



¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia

Rumors, fear or epidemic? The bubonic plague of 1913-14 in the Atlantic coast of Colombia

El presente artículo resume uno de los resultados de la investigación 'Prácticas y discursos de medicalización e higiene en la formación de la salud pública en las ciudades del Caribe colombiano, 1880-1930', financiada por Colciencias y dirigida por el historiador Álvaro Casas Orrego.

Jorge Márquez Valderrama

Historiador de la Universidad
Nacional de Colombia
19, Chemin des Sablons
91300 Massy França
jorgem@libertysurf.fr

VALDERRAMA, J. M.: 'Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII(1): 133-71, mar.-jun. 2001

A fines del siglo XIX, el comercio internacional y la navegación a vapor facilitaron la tercera pandemia de peste bubónica que comenzó en China en 1891 y llegó al continente americano en 1898. Este flagelo parece haber tocado las costas colombianas entre 1913 y 1915, en pleno auge de la medicina pasteriana. Las deficiencias del aparato científico-sanitario estatal colombiano, basado en la bacteriología y la epidemiología nacientes no le permitieron al Estado y al cuerpo médico responder al miedo y a los rumores de epidemia que lograron afectar negativamente el comercio. Tampoco pudieron las autoridades enfrentar el problema con medidas apropiadas para el diagnóstico, el tratamiento de pacientes, el saneamiento urbano y el aislamiento de los lugares contaminados. Estas dificultades provocaron una confrontación entre el Estado y el cuerpo médico, suscitando una discusión sobre la real existencia de la peste. Esta discusión fue zanjada por la medicina oficial norteamericana que, en su veredicto, dio preferencia a los intereses comerciales de Estados Unidos, ignorando las urgencias sanitarias de la costa atlántica colombiana. PALABRAS-CLAVES: peste bubónica, sanidad de los puertos, higiene urbana, medicina colombiana, bacteriología.

VALDERRAMA, J. M.: 'Rumors, fear or epidemic? The bubonic plague of 1913-14 in the Atlantic coast of Colombia'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII(1): 133-71, Mar.-June 2001.

By the end of the 1800s, international trade and steam navigation made way for the third bubonic plague pandemic, which started in China in 1891 and reached America in 1898. This calamity apparently arrived in Colombia's coast between 1913 and 1915, during the apex of Pasteur medicine. The deficiencies of Colombian public scientific and sanitary apparatus, concerning the emerging bacteriology and epidemiology, prevented the government and the medical body from reacting against the fear and rumor of epidemic, which negatively affected the trade. The authorities were also unable to fight this problem with adequate diagnosis, enfeems treatment, urban sanitation, and isolation of infected places. These difficulties led to a confrontation between the government and the medical body, inciting an argument about the existence of the plague. This discussion was settled by the North American official medicine that, in its verdict, gave preference to the commercial interests of the United States, ignoring the sanitary urgencies of the Colombian Atlantic coast.

KEYWORDS: bubonic plague, health at harbours, urban hygiene, Colombian medicine, bacteriology.

Introducción

Durante siglos, la peste ha golpeado duramente a la humanidad, sin respetar edad, sexo o posición social. Su impacto devastador y el aislamiento de las ciudades contaminadas han trastornado la vida económica, social y religiosa de los lugares atacados. La medicina fue impotente frente a la “muerte negra” hasta finales del siglo XIX cuando los progresos en bacteriología, entomología médica y epidemiología permitieron cuestionar con herramientas positivas el halo misterioso, mágico y religioso de este flagelo y comprender que ratas y pulgas actuaban en la propagación y transmisión del germen productor de la peste bubónica, el *Yersinia pestis*, bacilo descubierto por el médico francés Alexandre Yersin.¹

Hasta 1894, los médicos europeos creían que las medidas de higiene urbana y la sanidad de los puertos eran eficaces contra la peste y evitarían revivir los dramas de la Edad Media y de la epidemia de Marsella (1720). Pero, entre el siglo XVIII y la tercera pandemia, la peste permaneció endémica en lugares como Egipto, el Imperio Otomano y el Oriente próximo y medio. A fines del siglo XIX, el comercio internacional y la navegación a vapor facilitaron la difusión universal de la peste que apareció en Yunan, China, en 1891 y siguió el curso siguiente: Hong Kong, 1894; Bombay, 1896; Suez, 1897; Madagascar, 1898; Portugal y el continente americano, 1898; Australia, 1900 (Politzer, 1954).

Hace algunos años, un biólogo, Jacques Ruffié, y un epidemiólogo, Jean-Charles Sournia (Ruffié *et al.*, 1984) consideraban como poco probable la aparición de una epidemia brutal y generalizada de peste pues, según ellos, las sociedades del siglo XX cuentan con armas para enfrentarla. La humanidad actual es más resistente al bacilo, lucha contra ratas y pulgas con medios eficaces y dispone de medicamentos antibióticos. Más tarde, otros investigadores comenzaron a considerar la peste como una amenaza actual. “Aunque conocemos el germen responsable, su hospedero, su modo de transmisión, y a pesar de que poseemos los antibióticos para tratar la enfermedad, cerca de 15 mil casos y mil quinientos decesos han sido notificados a la Organización Mundial de la Salud entre 1978 y 1992” (Carniel *et al.*, 1995, p. 180). Esta variación en la actitud científica respecto a esta enfermedad infecciosa muestra que hoy la ciencia admite la posibilidad de que la peste pase de ser una enfermedad endémica en varios puntos del planeta a otra de las enfermedades emergentes de nuestra época.

Hipótesis y objetivo

Tal vez nunca hubo epidemias de “peste bubónica” o de “neumonía pestosa” en Colombia antes de 1913. Todavía no se puede afirmar categóricamente que hayan sido formas de peste las epidemias de

“neumonía infecciosa” y mortal que se presentaron en los departamentos del Magdalena y del Atlántico en 1913 y 1914.

La historiografía de la medicina poco habla de la presencia de *Yersinia pestis* en territorio colombiano. La única referencia historiográfica a la peste (Quevedo *et alii*, 1993, p. 103) repite las afirmaciones que hizo el director nacional de higiene de Colombia en un informe ante la VI Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Montevideo en 1920 (García Medina, 1921). Es preciso evaluar históricamente los enunciados de los actores del problema debido a que se habla de una enfermedad epidémica grave con implicaciones negativas en la inserción de la joven nación colombiana dentro del comercio mundial.²

Las epidemias de la costa atlántica de 1913 y 1914 no se superaron en dos meses, como afirman Quevedo *et alii* (1993, p. 103). El primer brote epidémico de la supuesta “peste neumónica” apareció en abril de 1913 en algunas poblaciones del departamento del Magdalena; el segundo brote se manifestó en mayo y junio de 1914 en varios lugares del Atlántico y del Magdalena. Los dos acontecimientos estuvieron enlazados por el miedo, el recuerdo y los rumores sobre las muertes frecuentes y súbitas, en ocasiones sin ningún auxilio médico. En los dos acontecimientos, navíos colombianos sufrieron duras restricciones al libre tránsito en casi todos los puertos del Caribe y de Estados Unidos, restricciones que prevalecían aún en 1920 como lo muestra el citado informe de García Medina.³ Estas situaciones hacen necesario el estudio del problema histórico de las epidemias de la costa atlántica colombiana en 1913 y 1914.

Incluso, si no presentamos otro tipo de confirmación de la existencia de la peste y de su ocultamiento en los puertos del Caribe colombiano (como por ejemplo, un reconocimiento por parte de los norteamericanos o del gobierno colombiano), el corpus analizado en este artículo pone en evidencia la pericia de los médicos colombianos en la observación de la evolución de patologías colectivas, a partir de detalladas observaciones del comportamiento social y biológico de la enfermedad, para diferenciarla de otras entidades patológicas. Ello permite por otro lado avanzar la hipótesis de que en el conocimiento médico en Colombia, a comienzos del siglo XX, además del diagnóstico bacteriológico según los postulados de Robert Koch, se contaba con otros medios científicos de diferenciación de las patologías tales como:

- La observación clínica que estudia los síntomas, el pródromo, el desenlace para establecer diagnóstico y pronóstico.
- La observación epidemiológica que estudia las formas de transmisión, la contagiosidad, la mortalidad, la velocidad de propagación; que hace comparaciones diacrónicas y sincrónicas con otros eventos epidémicos utilizando el conocimiento de la historia natural de la enfermedad. (En el caso particular de la peste, su comportamiento respecto a las

cronologías, estaciones del año, a los meteoros, sus pródromos urbanos como la aparición de ratas enfermas y muertas cuando se trata de la forma bubónica, la observación de cambios en los tráficos marítimos, el advenimiento de nuevos factores biológicos como nuevas especies de ratas y de pulgas etc.). A este conocimiento lo podemos llamar “historia” o “memoria” epidemiológica.

Por otra parte, los médicos colombianos hicieron otra observación que los hacía sospechar la llegada de la peste a Colombia. Si la epidemia estaba ya presente en otros puertos del Caribe y del Atlántico, como La Guaira, Puerto España, La Habana, Curazao, Nueva York, Colón, todos más o menos alejados de los puertos colombianos, por qué iba a pasar de largo por ciudades-puerto insalubres como Cartagena, Barranquilla y Santa Marta que, además de mantener comercio constante con esos otros puertos, presentaban un índice elevado de comercio ilegal mediante el contrabando ejercido constantemente a través de puertos improvisados para pequeñas embarcaciones. Además, la documentación de archivos muestra claramente que los puertos principales de Colombia no contaban con medios de control del contrabando y mucho menos con medios de control sanitario del tráfico de enfermedades.

Si en 1913 el nivel de desarrollo de las ciencias biomédicas en Colombia estaba en capacidad de enfrentar la epidemia, el aparato sanitario estatal existía, casi solamente, en forma de declaraciones de buenas intenciones y como conjunto de legislaciones que no se cumplían por falta de recursos materiales. Paradójicamente, la participación de Colombia en las redes de comercio internacional en plena expansión exigía el desarrollo de la higiene de los puertos como saber y como práctica. Sin embargo, la aplicación de las medidas promulgadas por las convenciones sanitarias internacionales arriesgaba aislar los puertos colombianos que en ese momento servían los intereses de las compañías exportadoras de materias primas y de banano y de casas comerciales de importación de manufacturas.

Nuestra hipótesis es que los tráficos incontrolados y las condiciones de insalubridad por sí solos suponen una oportunidad favorable a la emergencia de epidemias provenientes de agentes infecciosos foráneos.

Esta hipótesis coincide en alto grado con el punto de vista de algunos de los médicos que vivieron los acontecimientos de 1913 y 1914, pero nosotros podemos cotejar, de manera sincrónica y diacrónica, un amplio corpus de documentos de la época.⁴

Al examinar el paso y el impacto de la tercera y última pandemia de peste en Colombia, nos proponemos plantear un problema histórico ignorado hasta ahora por la historiografía. Juntamos para ello las piezas dispersas de un expediente que aporta posibles respuestas a preguntas fundamentales como: ¿Hubo o no peste en los puertos colombianos? ¿Hubo o no una actitud negacionista de la peste por parte del gobierno colombiano y de las autoridades sanitarias de la United Fruit Company?

Sin embargo, nuestro principal objetivo es mostrar que la tercera pandemia dio un fuerte impulso al nacimiento de la epidemiología en Colombia y a su introducción como práctica en las políticas sanitarias estatales.

El miedo se apodera de la costa atlántica

De Santa Marta a Cartagena: el miedo de 1913

En 1913 y 1914, el terror a las epidemias se apoderó de los habitantes de la costa atlántica colombiana por la reaparición de la peste bubónica en algunos lugares de las Antillas y por la supuesta aparición de la forma pulmonar de la enfermedad en Usiacurí, Isabel López, Baranoa (Atlántico), Santa Marta, Aracataca (Magdalena) y Calamar (Bolívar). En esta ocasión, la alarma no era producida por las noticias sobre la peste en tierras lejanas, sino por su aparición en territorio colombiano. La información fue enviada a Cartagena por los corresponsales de la prensa comercial de Barranquilla.

En Cartagena, la respuesta oficial fue inmediata. La gobernación autorizó a la Junta Departamental de Higiene para que, “con la urgencia que el caso reclama, dicte las providencias necesarias a efecto de impedir la invasión y propagación en el departamento de la peste bubónica”.⁵ También se acudió a la Dirección de Sanidad del departamento para que dictara las medidas correspondientes y se le ordenó a los prefectos y alcaldes crear juntas de salubridad pública. El episodio de la peste entrega pistas sobre el funcionamiento del aparato sanitario colombiano, recientemente reorganizado por el gobierno nacional. Había que dictar reglamentos de urgencia. El ramo de salud, que permanecía descuidado, sólo se reactivaba con la amenaza de epidemias. El terror producido por la posibilidad de invasión de la peste bubónica hizo que las medidas de salubridad no se hicieran esperar, que no fueran letra muerta. Inmediatamente se aumentó el presupuesto para el ramo de higiene y salubridad que en 1913 aún estaba incluido en el de beneficencia (Asamblea Departamental de Bolívar, 1913).

El terror a la peste provocó una inusitada responsabilidad. Ordinariamente, las autoridades locales esperaban que la administración nacional cubriera los gastos de salubridad pública, argumentando que ese órgano sacaba mayor beneficio económico de la aduana de cada puerto. Según se decía, los puertos no beneficiaban tanto a las regiones costeñas como al conjunto de la república. Pero cuando la peste bubónica amenazaba, se acallaban los escrúpulos y se tomaban cartas en el asunto de la higiene urbana y de la policía sanitaria, sin esperar órdenes de Bogotá.

Se le pidió al gobernador del Magdalena, José María Campo, que confirmara la existencia de la peste bubónica en el puerto de Santa Marta y éste respondió que había sólo “casos sospechosos no

comprobados” y que se requería aún “observaciones y ensayos para precisar diagnósticos”.⁶

El 11 de abril de 1913, la gobernación de Bolívar ordenó importar “mil tubos de suero antipestoso” a través de la casa comercial Rafael Castillo & Cía. La Junta Departamental de Higiene de Bolívar⁷ emitió el acuerdo n° 1 de 1913 que ordenaba establecer “cordones sanitarios” para impedir toda comunicación del puerto de Cartagena con el de Santa Marta. Esta medida se hizo extensiva a las demás plazas que pudieran resultar “infestadas” y debía tomar en cuenta especialmente “los puertos fluviales que tiene el departamento en el río Magdalena”.

Incluso para el ferrocarril se adoptaron medidas extraordinarias de vigilancia. También para los pequeños poblados, que se habían formado en torno a las estaciones, se ordenó la creación de “juntas de salubridad pública” locales. El acuerdo citado le ordenaba al médico de sanidad del puerto de Cartagena que durante las visitas a los buques le diera estricto cumplimiento a las leyes 17 de 1908 y 109 de 1912 aprobatorias de las convenciones sanitarias internacionales celebradas en Washington (1905) y en París (1912) (Congreso de Colombia, 1913).

Para prevenir la invasión de la “peste negra”, la Dirección de Sanidad debía administrar el personal de empleados de sanidad (inspectores y obreros), recibir los reportes de los médicos sobre casos sospechosos, reglamentar la destrucción de ratas por el sistema de primas,⁸ pedir a la facultad de medicina que sus estudiantes de grados avanzados participaran como “oficiales de sanidad”, establecer medidas sanitarias rigurosas en el puerto de Cartagena y pedir y distribuir el “suero antipestoso”. Además, se debían ubicar inspectores en todas las poblaciones ribereñas del departamento para vigilar el tráfico de embarcaciones e impedir que los pasajeros que vinieran con fiebre bajaran de los barcos provenientes de Santa Marta y de Barranquilla.

El servicio sanitario y la insalubridad de Cartagena: 1913

La temida “peste de Santa Marta” dejaba ver su impacto en las comunicaciones entre las pequeñas localidades que tenían como único medio de intercambio las vías marítima o fluvial. Las medidas de aislamiento se dirigían expresamente a estos lugares ribereños.

En abril de 1913, el gobierno nacional prohibió la comunicación, por cualquier vía, de Santa Marta, Ciénaga y Pueblo Viejo con el río Magdalena y suspendió “la navegación de todos los caños que comunican la ciénaga de Santa Marta con ese río” (Gobierno Nacional de Colombia, 1913). Sólo estaba permitida la comunicación por vía marítima “de manera que todas las embarcaciones que partan de allí, en esa dirección, toquen precisamente en la estación sanitaria de Puerto Colombia⁹ donde tanto aquellas, como los pasajeros, se sujetarán a las disposiciones de cuarentena, de desinfección etc., que ordene el inspector de sanidad del Atlántico o el médico de sanidad de Puerto Colombia”.¹⁰ El decreto

359 de 1913 ordenó cuarentenas fluviales en el río Magdalena para todo tráfico procedente de lugares sospechosos.

La amenaza de peste hizo aflorar testimonios sobre la insalubridad de Cartagena. A fines del siglo XIX y comienzos del XX, la prensa comercial denunciaba la indiferencia de las autoridades locales y de los particulares frente al terrible desaseo de la ciudad y ante la enorme proliferación de focos de infección. *El Porvenir* (14.4.1913) aprovechó la situación de alarma sanitaria para pedir que fueran retirados “los montones de basuras que por todas las afueras de la ciudad, especialmente sobre las murallas, se encuentran”. También se habló del problema del agua: “Preciso se hace, pues, que el gobierno obligue a la empresa del acueducto a suspender la venta de agua a los vapores que tocan el puerto a fin de que la ciudad no carezca de ella en la situación actual.”

Según las protestas, Cartagena era una ciudad desaseada donde las basuras y los cadáveres de animales se arrojaban en cualquier parte y en la cual no existía servicio público de agua potable. La ciudad pestilente podía ser presa fácil de cualquier epidemia. El doctor Quevedo Álvarez (1908) describió los mecanismos de propagación de la peste y llamó la atención sobre el descuido de los pueblos de la costa respecto a las condiciones mínimas de higiene: “Se comprende cuán complicada debe ser la labor de defensa contra una enfermedad semejante, sobre todo si se trata de un pueblo poco cuidadoso y con el cual hay grandes dificultades para obtener que implante siquiera alguno de los medios higiénicos de defensa.”¹¹

La supuesta peste bubónica en Santa Marta: 1913

Ante la amenaza de peste bubónica en Santa Marta, en 1913, el gobierno nacional creó una comisión sanitaria auxiliar que funcionaría por treinta días compuesta por los médicos Miguel Arango de Barranquilla y Rafael Calvo de Cartagena. La comisión debía ir a Santa Marta “para cooperar en el estudio de la enfermedad que ha aparecido allí últimamente” y unirse a la Junta Departamental de Higiene del Magdalena, al inspector sanitario del Atlántico y al médico de sanidad del puerto de Santa Marta para tomar las medidas necesarias en caso de confirmar el diagnóstico de peste bubónica (Presidencia de la República de Colombia, 18.4.1913).

El 17 de abril de 1913, el gobernador del Magdalena le transmitió a las autoridades sanitarias y del gobierno de Barranquilla, Cartagena y Bogotá los resultados de los exámenes clínicos y de laboratorio practicados por la Junta Departamental de Higiene del Magdalena. “Los casos sospechosos indican neumonías infecciosas”; los resultados de las autopsias practicadas “no dan nada positivo sobre la naturaleza de otra infección, se encuentra todavía un bacilo en estudio”; “hasta establecer pruebas finales, nosotros negamos la existencia de peste

bubónica en Santa Marta”; “la mortalidad en la población no excede límites ordinarios”, este hecho “hace creer en la no existencia de la peste”.

En una comunicación proveniente de Barranquilla, el 18 de abril, un tal Arango le escribió desde Barranquilla al médico Manuel F. Obregón de Cartagena: “Santa Marta comienza hoy confesar la bubónica.” No obstante, el 19 de abril, Pedro A. Infante, médico de Santa Marta, confirmó el mensaje del gobernador. Frente a este cruce de telegramas, los redactores de *El Porvenir* (19.4.1913) se preguntaban: “¿Qué hay en el fondo de esta debatida cuestión de la bubónica? ¿Está o no está en Santa Marta? Si está ¿por qué la niegan los médicos americanos? Si no está ¿qué empeño hay en hacerla aparecer como existente?”

El 22 de abril de 1913, el gobernador del Magdalena envió desde Santa Marta mensajes a Cartagena, Barranquilla y Bogotá anunciando con satisfacción los resultados de los exámenes de laboratorio practicados en Barranquilla por un “experto bacteriólogo”, Samuel Darling¹² y su ayudante, el gerente general del departamento médico de la United Fruit Co., el doctor Swigrat. “Dan resultados completamente negativos sobre la existencia de la peste bubónica (aquí en Santa Marta) y en este sentido han telegrafiado distintos puntos extranjeros.” El concepto de los médicos norteamericanos fue “neumonía infecciosa” y ellos mismos ratificaron el mensaje del gobernador.

La supuesta peste bubónica de Santa Marta de 1913 despertó gran temor en la costa y en el extranjero y sirvió para revelar las precarias condiciones en que se realizaban los exámenes bacteriológicos, de acuerdo con las mínimas normas científicas aconsejadas por la “medicina moderna”. A fines de 1913, el gobierno nacional expidió una ley destinando 25 mil pesos oro para el saneamiento del puerto de Santa Marta y para la creación de un laboratorio de bacteriología que funcionara en esa ciudad y que fuera organizado y administrado por la Junta Departamental de Higiene del Magdalena (Junta Central de Higiene, 1914). Todo esto prueba que no había laboratorio estatal y que los supuestos exámenes tuvieron que hacerse en un laboratorio improvisado *ad hoc* o en uno de la United Fruit Co.

¿La peste en Bogotá?

Por increíble que parezca, las autoridades sanitarias municipales de Bogotá le solicitaron al gobierno nacional que apoyara su iniciativa de proteger al altiplano de la invasión de la supuesta peste de Santa Marta.

El 12 de abril de 1913, Manuel N. Lobo y Víctor Ribón, presidente y secretario de la Dirección de Higiene y Salubridad Municipal, respectivamente, le preguntaron al presidente de la Junta Central de Higiene si era necesario “tomar algunas providencias en esta ciudad para evitar la invasión del flagelo y cuáles deben ser éstas” (Dirección

de Higiene y Salubridad Municipal de Bogotá, 1913a). Cinco días después le afirmaron al presidente del Concejo Municipal que la ciudad no estaba preparada para defenderse de la peste bubónica. “Carecemos de un local apropiado para aislar los enfermos que pudieran presentarse” y Bogotá no cuenta con “una oficina de desinfección, sin la cual la lucha contra la peste es casi un imposible”.

Además de la creación de una oficina de desinfección, los empleados de la Dirección Municipal de Higiene le solicitaron al concejo formar “cuadrillas sanitarias” para las operaciones de desinfección, como se hizo en La Habana durante la epidemia de peste bubónica que asoló a esta ciudad en julio de 1912; aportar desinfectantes, venenos y trampas para ratones, vacuna y suero antipestosos para distribuirlos gratuitamente en caso de epidemia; instalar un “laboratorio bacteriológico bien montado”, puesto que “el diagnóstico precoz de la peste bubónica es de importancia capital”; “solicitar del gobierno general ceda, tan pronto como se necesite, al municipio de Bogotá parte de la vacuna y suero antipestosos que ha pedido para las costas” y, por último, “proveer al laboratorio municipal de los elementos que puedan necesitarse para el diagnóstico bacteriológico de la peste” (Dirección de Higiene y Salubridad Municipal de Bogotá, 1913b).

La peste de 1914 en la costa atlántica

La peste se había posesionado de La Habana desde julio de 1912 y en abril de 1914, el cónsul de Colombia en esa ciudad, Yutrenifree (1914), todavía le informaba al gobernador del Magdalena sobre la existencia de algunos casos de peste. Según decía el cónsul, la alarma, las medidas sanitarias y la “desratización” en diversos países eran exageradas y los puertos de Estados Unidos y del Caribe habían ya comenzado a suprimir las cuarentenas para las procedencias cubanas. En resumen, según el cónsul, la situación sanitaria en el Caribe ya estaba controlada y la mayoría de los casos reportados eran de otras dolencias. En 1914, Yutrenifree envió varios reportes del movimiento de la enfermedad en La Habana en los que hablaba de situación sanitaria controlada y elogiaba la sanidad cubana.

Sin embargo, uno de los informes del cónsul, el del 2 de julio, es diferente a los otros. En éste hacía una solicitud relacionada con Colombia. “Indiqué a usted la urgencia que tenía de saber si los casos de bronconeumonía ocurridos en los departamentos del Magdalena y Bolívar eran realmente casos de peste de esa forma porque el gobierno cubano ha establecido cuarentenas rigurosas para todos los barcos procedentes de esas costas, y como carezco de antecedentes utilizables para reclamar medidas tan radicales, repito mi súplica a fin de que se me informe detalladamente.”

Esta nueva carta del cónsul da cuenta de los temores de las autoridades de La Habana respecto a las procedencias colombianas muy controladas

debido a las noticias sobre la epidemia de abril y mayo de 1914 que azotó diversos lugares de la costa atlántica.

El presidente del Consejo Superior de Sanidad (CSS) de Colombia, Pablo García Medina (1914), recibía en Bogotá los reportes de la enfermedad enviados desde distintos puntos de la costa y con este material se propuso elaborar la “relación completa” de la epidemia.

El primer brote de la enfermedad de 1914 se presentó en Usiacurí. Se trataba de un individuo que volvía de la región bananera de Aracataca, “quien pasó ya enfermo por Barranquilla, y fue a morir a aquel pueblo el 19 de diciembre de 1913 de pulmonía”. También fueron atacados del mismo mal, y murieron, la esposa del citado enfermo y el médico que los asistió, el doctor Fernández (Arango, 1914, p. 482), quien “cumpliendo su deber fue víctima del contagio” (García Medina, 1914, p. 311).

En la primera semana de abril, el Consejo Superior de Sanidad tuvo reportes de la enfermedad en Usiacurí, Isabel López y Sabanalarga, en los cuales los médicos hablaban de un 95% de mortalidad. El 21 de abril, la Junta de Higiene del Atlántico reportó dos casos en Baranoa y el 22, el médico de sanidad de Cartagena le informó al inspector de sanidad del Atlántico sobre cuatro muertes en Calamar, departamento de Bolívar. Ese mismo día, la Junta de Higiene del Atlántico reportó el primer caso de neumonía mortal en Barranquilla y el contagio de otras dos personas. El 11 de mayo se reportaron casos en el corregimiento de Santa Lucía, en el Dique, a tres leguas de Calamar, pero parece haber sido una falsa alarma. También el 11 de mayo, dos enfermos provenientes de Orihueca, zona bananera, fueron atendidos por el doctor Luis Salcedo en el hospital de Santa Marta donde contagiaron a otra persona. El 18 de mayo, la enfermedad apareció en Ciénaga.

“Sobre la supuesta peste”: rumor en Cartagena

En 1914, *El Porvenir* publicó las disposiciones sanitarias del gobierno nacional, pero puso en duda la necesidad de aplicarlas. En las mismas páginas del diario, la Junta Departamental de Higiene de Bolívar se opuso a la alarma causada por los rumores sobre la existencia de la peste en el departamento:

No sólo el puerto de Cartagena está indemne respecto de la peste de Oriente, sino que también lo está toda la circunscripción sanitaria de Bolívar que, por consiguiente, este puerto no debe considerarse contaminado, ni siquiera sospechoso. Que al tenor de la convención sanitaria de Washington de 14 de octubre de 1905, a la cual se ha incorporado Colombia, la circunscripción sanitaria de Bolívar no debe ser privada de la libre comunicación con el exterior puesto que en ella no existe ninguna de las enfermedades que son objeto de las restricciones que impone dicha convención.

La declaración de la Junta de Higiene fue enviada al gobierno nacional para que hiciera valer, ante las cancillerías extranjeras, las disposiciones en favor de la apertura de los puertos de Bolívar.¹³ El documento estaba firmado por médicos notables de Cartagena, algunos pertenecían a la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar, pero ninguno había sido comisionado oficialmente para la observación de la epidemia. Se quería impedir el aumento, a nivel internacional, de la mala reputación sanitaria de Cartagena, pues la misma Junta Departamental de Higiene de Bolívar había reportado varios casos de “neumonía *con bubones*” en Calamar y en Santa Lucía (García Medina, 1914, pp. 309, 315).

El diario *El Porvenir* recogió otros testimonios sobre la inexistencia de la peste en el departamento de Bolívar. Según una carta de Mazzlo,¹⁴ el Dr. Colbert, bacteriólogo de la compañía frutera, participó en una junta médica en Barranquilla el 11 de mayo de 1914 para examinar un preparado al microscopio y “no encontró caracteres distintivos del bacilo pestoso”.

Otro argumento de Mazzlo contra la existencia de la peste es contundente: “El dr. Darling, bacteriólogo de Estados Unidos y Panamá, fue quien examinó el año pasado los pretendidos pestosos de Santa Marta. Negó peste. Aquí la enfermedad presenta idénticos caracteres clínicos que los del caso de Santa Marta. Si aquella no fue peste, por rigor lógico, esta tampoco.” Mazzlo asevera que el cónsul americano expidió “patentes limpias” y que el gobierno de Washington anunció su beneplácito por la inexistencia de la peste en Colombia y termina diciendo: “Es conveniente no seguirse por la prensa local, publica noticias según impresiones, da alarmas ordinariamente pesimistas. Dios nos salve de la peste de forma neumónica.”

Según García Medina (1914, pp. 318-9), efectivamente el 11 de mayo el doctor Colbert llegó a Barranquilla para estudiar la enfermedad e hizo análisis bacteriológicos en Santa Marta en el mismo mes. De esos estudios concluyó que no se trataba de la peste, como lo supo el Consejo Superior de Sanidad por rumores, pues el Dr. Colbert “comunicó a algunos comerciantes y agentes de navegación que no había peste; pero a la Junta de Higiene no quiso darle opinión alguna, no obstante que ese organismo puso a su disposición los materiales para el estudio”. “Esta extraña conducta, continúa García Medina, indica que él no estaba seguro de lo que había comunicado en la ciudad a los comerciantes y comisionistas.” Según dice en el mismo informe, “es digno de notarse que el doctor Colbert, quien afirmaba que la neumonía epidémica no era de naturaleza pestosa, se inoculó en Barranquilla e inoculó a su esposa suero Yersin como medida preventiva”.

La publicidad del miedo

Varios testimonios atacaron a la prensa comercial por emitir avisos constantes sobre la supuesta peste e infundir así el terror en los habitantes

de la costa perjudicando las actividades, sobre todo el comercio en los puertos. Los comerciantes, en cambio, aprovecharon el miedo a la epidemia. Los hermanos Espriella (1914) utilizaron la prensa para promocionar productos de su casa comercial como “preventivos para la epidemia que nos amenaza” y los ofrecieron “sólo para sus buenos clientes”. Estos fueron sus avisos:

Pmenol Boboeuf para la higiene de la boca y para la desinfección de pisos y habitaciones en general.

Obleas de papel de Armenia para mantener puro el ambiente, muy especialmente para los dormitorios de cuarteles, colegios, conventos y toda habitación en que duerman más de dos personas.

Jabón Salvavidas para el baño y lavado de la ropa interior.

Polvos de Spiros para contrarrestar el sudor de las axilas y de los pies.

Dri-Foot, impermeabilizador (*sic*) absoluto del calzado. Este artículo deja el calzado a prueba de agua en las suelas, cuero y costuras.

Calzado de nuestra acreditada marca que por sus buenos materiales y su esmerada confección preserva de todo contagio.

Esta publicidad profiláctica, dirigida a las clases pudientes, muestra ciertos hábitos del aseo personal que ya tenían los pocos cartageneros que disponían de agua en sus interiores domésticos como comprar jabón de baño, usar y mantener el calzado. Es la época de los desinfectantes, del buen aire, del aire puro, sin microbios. La amenaza de la peste era un buen pretexto para mejorar las ventas del instrumental del aseo y la asepsia. El mejor lugar para estas promociones era la contaminada Cartagena, sin servicios públicos, sin alcantarillados, con sus abundantes muladares y sus muchos caños pestilentes de agua sucia, una ciudad donde el acceso al agua potable era un claro privilegio de los adinerados (Casas, 2000).

La quejas de los funcionarios y de los empresarios contra la prensa comercial, a la que calificaban de exagerada y alarmista, fueron apoyadas por la Junta Departamental de Higiene de Bolívar que se pronunció también en contra de la publicidad periodística sobre la supuesta amenaza de peste. “Cree la junta ... que sería conveniente, y así lo encarece, que ni los particulares ni la prensa propalasen noticias sobre peste que no procedan de las autoridades sanitarias a fin de evitar alarmas inconvenientes que perturben grandemente la marcha ordinaria de los negocios y susciten desconfianzas infundadas de grandes consecuencias en el exterior.”

Surge de nuevo el miedo al miedo. La Junta de Higiene dispuso medidas para detectar los primeros signos de la epidemia. Como “la

muerte extemporánea de ratas precede de ordinario a las primeras manifestaciones de una epidemia de peste” y como la manera de evitar “que estalle la epidemia” es “conocer los primeros focos de ella para localizarlos y extinguirlos”, la junta resolvió que “es obligatorio para toda persona, así como para los inspectores y peones de sanidad, el denunciar oportunamente ... el hecho de encontrarse una o más ratas muertas sin causa conocida y la casa o sitio en que se hayan encontrado”.

Los cadáveres de las ratas encontradas, antes de ser incinerados, serían objeto “de riguroso examen necrópsico (*sic*) y bacteriológico para precisar la causa de la muerte” y poder así “dictar las medidas urgentes de desinfección que extingan el foco pestoso que haya podido ocasionar la muerte de aquellos roedores e impedir de ese modo el desarrollo epidémico de la mencionada enfermedad”. La resolución se extendió a todas las localidades del departamento y se convirtió en el decreto nº 660 de la Gobernación de Bolívar (Junta Departamental de Higiene de Bolívar, 1914).¹⁵

La “peste de Usiacurí” de 1914: un problema de miedo nacional

El 11 de abril de 1914, la Junta Departamental de Higiene del Magdalena le informó al Consejo Superior de Sanidad los resultados de los exámenes bacteriológicos practicados en Barranquilla bajo su supervisión. “Comisión trasladose Isabel López, encontró cadáver neumónico. Extirpale ganglio inguinal. Examen practicado no revela bacilo Yersin. Animales inoculados hace tres días, sin reacción. Resumen: no trátase peste bubónica sino neumonía infecciosa, caracteres mortales” (García Medina, 1914, p. 304).

En Bogotá, después de exámenes bacteriológicos, el Consejo Superior de Sanidad declaró como pestosos los casos de Usiacurí. Esta noticia despertó la peor alarma y miedo en esa semana de mayo de 1914, cuando Mazzlo y la Junta Departamental de Higiene del Atlántico enviaron notas tranquilizadoras a Cartagena y Santa Marta. El 15 y 16 de mayo, el gobernador del departamento del Magdalena le comunicó la declaración del Consejo Superior de Sanidad a las autoridades locales de los diversos municipios.

El alcalde de Remolino (Magdalena), preocupado por los problemas de salubridad de su municipio, emitió de inmediato un decreto donde incluía parte del texto del gobernador: “Que la mayoría de médicos de Barranquilla asegura la presencia de la peste en esa ciudad. Que deben dictarse medidas encaminadas sobre todo al aseo de la población y a la destrucción de las ratas. Que con urgencia, en vapor correo que salió el 15 de este mes de Barranquilla, siguió un ayudante de la inspección sanitaria del Atlántico para organizar servicio sanitario fluvial” (Alcaldía de Remolino, 1914).

Las opiniones de las autoridades de los departamentos de la costa atlántica sobre la existencia de la peste estuvieron divididas. El gobernador del Magdalena prefirió ignorar los argumentos de barranquilleros y cartageneros para desmentir la presencia de la peste en la región y se guió por la declaración de los bacteriólogos de Bogotá, quienes, según el médico Miguel Arango, fueron los únicos entre los científicos consultados que determinaron la presencia del bacilo de Yersin en las muestras de Usiacurí enviadas a Bogotá por los doctores Jorge Calvo y Eusebio de La Hoz.

El dictamen de los médicos Federico Lleras Acosta (Obregón, 1997) y Luis Zea Uribe, comisionados por el Consejo Superior de Sanidad para verificar la existencia de la peste de tipo neumónico en Usiacurí (Atlántico), puso en alerta a los habitantes de la costa atlántica desde comienzos de mayo de 1914. Particularmente en el departamento del Magdalena, donde habían sido reportados varios casos de “bronconeumonía”, los resultados presentados por la comisión de Bogotá obligaron a extremar las medidas sanitarias.

El presidente de la Junta de Higiene del Magdalena, doctor Manuel Cotes, expresó claramente la alerta: “Esa gobernación tiene conocimiento de que en Usiacurí se han presentado casos de bronconeumonía que caracterizan la peste bubónica, según los exámenes verificados por el Consejo Superior de Sanidad en los esputos de los enfermos.” Cotes reclamaba medidas urgentes y por esto le pidió al gobernador que nombrara un cuerpo de policía de sanidad que tuviera por jefe un médico y que pudiera “actuar con actividad e inteligencia entre este puerto, Ciénaga y Pueblo Viejo” para impedir a las embarcaciones procedentes de Barranquilla y demás lugares del río Magdalena llegar a dichos puertos desprovistas de “patente limpia” expedida por la junta de sanidad del respectivo distrito o por el médico del lugar con aprobación del alcalde.

Conociendo la resistencia de las autoridades civiles y de la población a cumplir los reglamentos médicos, Cotes dice que “en virtud de que son más eficaces las órdenes que emanan directamente de la gobernación, me permito encarecerle que por telégrafo se comunique lo resuelto a los lugares que se hallan a orillas del ‘Magdalena’ desde Barranquilla hasta Calamar” (Junta Departamental de Higiene del Magdalena, 1914a).

El doctor Cotes también le envió al gobernador, entre otros documentos (12, 14, 19, 20 de mayo), las resoluciones elaboradas por la Junta de Higiene sobre medidas de salubridad contra la propagación de la peste en el Magdalena y los nombramientos de los empleados de sanidad. Desde Santa Marta y para todo el departamento, se redoblaron así las medidas sanitarias, su severidad, el número de empleados y el presupuesto para el ramo de salubridad.

En mayo de 1914, el Congreso de la República de Colombia expidió la Ley Primera “por la cual se dan autorizaciones al gobierno en relación con la actual epidemia de la costa atlántica” (Congreso de la República

de Colombia, 1914). Se trataba de poner en práctica estrictas medidas sanitarias en la región de la costa atlántica y en “cualquiera otra región del país donde se presente la peste, la fiebre amarilla o el cólera”. El gobierno nacional propuso contratar “un bacteriólogo de reconocida competencia, en Europa o Estados Unidos, para que ayude a estudiar la actual epidemia” y “para que a la vez preste sus servicios en la organización de los institutos bacteriológicos que se establezcan en la república”.¹⁶

En Bogotá y en las regiones, los funcionarios del Estado no confiaban en la bacteriología colombiana pues, con raras excepciones, la práctica de esta disciplina era sólo discursiva. La iniciativa del gobierno nacional de impulsar la bacteriología, como práctica oficial a nivel nacional, era reciente. Sólo en 1913, cuando se reorganizó la legislación sanitaria nacional, se fijó un presupuesto para establecer laboratorios bacteriológicos oficiales en las principales ciudades de Colombia. A pesar de la legislación, en 1914 era notoria la ausencia de lugares especializados para aislamiento en los puertos (“hospitales de cuarentena”) y esto obligó a redoblar las visitas médicas a los buques que venían del exterior y a evitar la entrada al país de “individuos portadores de enfermedades infecciosas”.

Repercusiones en Antioquia

En mayo de 1914, se había propagado la alarma nacional con el establecimiento de las misiones oficiales de médicos. El perjuicio que la alarma ocasionó al comercio se hizo patético con las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias del departamento de Antioquia, región aparentemente alejada de los lugares “apestados” de la costa. A comienzos del siglo XX, Colombia era un territorio todavía unido casi exclusivamente por sus vías fluviales y marítimas y, tal vez, no era completamente descabellado el temor de las gentes del interior ya que la navegación a vapor, sin control sanitario, había transportado la fiebre amarilla hasta regiones altas en los Andes colombianos provocando numerosas epidemias en el siglo XIX y aun en el siglo XX (Cuervo Márquez, 1915, 1891).

El pánico se apoderó también de los antioqueños. “Según informes recibidos del Consejo Superior de Sanidad, no hay duda de que la bubónica se ha presentado en varias poblaciones de los departamentos del litoral del Atlántico y del río Magdalena y, ... hoy por hoy, es imposible atender a la higiene sanitaria de los puertos fluviales pequeños” (Junta Departamental de Higiene de Antioquia, 1914). Por estas razones, las autoridades antioqueñas cerraron, “para el comercio interior del departamento, los puertos menores que existen en territorio antioqueño sobre los ríos Magdalena, Cauca y Nechí”, dejando para el servicio comercial y “para embarcaciones de motor mecánico” sólo a Puerto Berrío y Zaragoza. Las embarcaciones pequeñas podían traficar

solamente si procedían de “sitios no infectados por la peste y que no se hayan puesto en relación con buques y otras embarcaciones que vengan de lugares donde se hayan presentado casos de bubónica”.

Sin reparar casi en los perjuicios, se intentó así aislar del circuito fluvial una extensa región colombiana que dependía de las vías fluviales para el comercio y las comunicaciones. Sin embargo, la presión de los comerciantes y la escasa fuerza del sistema de policía sanitaria impidieron la realización de estas medidas. El Consejo Superior de Sanidad se quedó solo frente a la labor de saneamiento y divulgación de la profilaxis y no tuvo el suficiente apoyo del gobierno nacional, pues éste decidió apoyar los intereses de los empresarios y comerciantes: “No podemos explicarnos la actitud hostil del gobierno en ese entonces para con todas las disposiciones del consejo, estando como estábamos en frente de un peligro inminente” (Mendoza Contreras, 1914, p. 16).

El cinematógrafo y la epidemia de Aracataca

En 1914, el presidente de la Junta Departamental de Higiene del Magdalena, Manuel Cotes, recibió informe de Luis Manjarrés Delgado, presidente de la comisión de sanidad de Aracataca, sobre el recrudecimiento de “la epidemia de bronconeumonía que estaba al extinguirse” (Junta Departamental de Higiene del Magdalena, 1914b). Evitando el uso de la palabra “peste”, Manjarrés cuenta que los casos se multiplicaban en una pequeña población en la que no había “ni hospital, ni casa para aislar a los enfermos que se van presentando”.

Manjarrés denunciaba también la falta de apoyo del alcalde de la localidad, pues aunque la comisión de sanidad le solicitó “que dictara una resolución suspendiendo toda función pública en que haya aglomeración de gentes”, el funcionario no quiso dictar ninguna providencia “de tal manera que del cinematógrafo, cumbiambas, merengues, a donde concurre un número de gentes extraordinario, salen un poco de trabajadores enfermos”. Según las quejas de Manjarrés, la comisión tampoco tenía una gota de desinfectante, como petróleo, sulfato de cobre y otros similares: “La junta ha dictado algunas providencias a fin de acabar con el flagelo, pero ha tropezado con la indiferencia de las autoridades que no han hecho una rigurosa limpieza en la población, matadero y algunos otros focos de infección.”

Las organizaciones sanitarias, definidas por la legislación colombiana de 1913 y 1914, no podían funcionar sin el apoyo de las autoridades civiles y militares. Nada podía hacer una comisión de sanidad sin policías, obreros e inspectores. Manuel Cotes le aseguraba al gobernador del Magdalena haber apoyado “el cumplimiento efectivo de las medidas profilácticas”, pero las autoridades policiales de las poblaciones distantes de la capital, por negligencia o por ignorancia sobre su valor, no cumplían las medidas higiénicas prescritas por los médicos oficiales.

Pero, el anterior no era el único ejemplo de la soledad en que se hallaban los médicos frente a los problemas sanitarios que aquejaban a los costeños. El mismo Luis Manjarrés Delgado, dos días después de haberse quejado ante la Junta Departamental de Higiene por el poco apoyo que le brindaba el alcalde al no prohibir los espectáculos públicos, le envió una nota para que permitiera “las funciones del cinematógrafo por no ser ellas contrarias a las prescripciones higiénicas”. Las consideraciones para con el señor Luis Rocha, de no prohibirle su espectáculo público, se fundaban en los argumentos que el mismo Rocha había enunciado en un memorial del día anterior dirigido al presidente de la comisión de sanidad. Rocha convenció a Manjarrés alegando los altos costos de su empresa y la limpieza y buenas condiciones de higiene del lugar donde funcionaba. Además, Manjarrés persuadió al alcalde de la “buena fe” del memorial de Rocha (Comisión de Sanidad de Aracataca, 1914).

No obstante este relajamiento de las medidas sanitarias, el médico Manuel Cotes le solicitó al gobernador del Magdalena “que el médico del hospital de aislamiento de la circunscripción sanitaria de Aracataca y el inspector de sanidad de la misma circunscripción (continúen) ejerciendo sus funciones hasta tanto se extingan por completo las enfermedades infecciosas que allí reinan”. Esta misma solicitud fue hecha por la comisión de sanidad del mismo distrito “en atención a los nuevos casos de bronconeumonía que se han presentado allí” (Junta Departamental de Higiene del Magdalena, 1914c).

Retorno de la epidemia: Santa Marta, 1915

Al cabo de tantos años, quizá no seamos los más autorizados para decidir si el brote epidémico, que apareció primero en Santa Marta en 1913 y después en Barranquilla, Usiacurí, Ciénaga y Aracataca en 1914, fue peste del tipo neumónico o si fue bronconeumonía o “neumonía lobar”. No pretendemos resolver inmediatamente una controversia en la que los protagonistas no lograron ponerse de acuerdo. Tal vez nunca se resuelva este misterio. Lo que nos interesa ahora es presentar evidencias de una cierta cantidad de casos de infecciones que atacaban las vías respiratorias y que con alta frecuencia llegaron a ser mortales, según Manuel Cotes, más por la ausencia de servicios médicos en las áreas apartadas de las grandes poblaciones, como Barranquilla y Santa Marta, que por la misma gravedad de la afección (Junta Departamental de Higiene del Magdalena, 1914d).

Podemos valernos de un texto redactado en 1915 por el doctor Pablo García Medina, presidente de la Junta Central de Higiene, para sumar testimonios sobre el carácter mortal de la epidemia. Basándose en el informe oficial del doctor Manuel Cotes, García Medina expone las pésimas condiciones de vida de los soldados del “cuartel en que se halla el regimiento que hace la guarnición en Santa Marta”: “Desde

fin de marzo y principios de abril (de 1915), es decir en la misma época que el año pasado, apareció en el regimiento una neumonía infecciosa de gravedad tal que casi todo soldado afectado de ella moría, no obstante la actividad con que se le tratara” (Junta Central de Higiene, 1915, p. 38).

Con esta información es fácil confirmar que las tres epidemias de neumonía o de peste, como se las quiera llamar, de la costa Atlántica, sucedieron en la misma época del año, es decir, entre abril y junio (de 1913, 1914 y 1915). Aunque de la última se habló poco en Colombia, el presidente de la Junta Central de Higiene la califica como “de extrema gravedad” y “de alta mortalidad”. Además, García Medina no vacila en comparar la epidemia de 1915 con la del año anterior, aunque omite cuidadosamente expresiones que parecen estar vedadas en los vocabularios oficial y periodístico de 1915, tales como “peste bubónica”, “peste neumónica”, “enfermedades pestilenciales”. El mismo informe deja ver que en los puertos de las Antillas y Estados Unidos continúan vigentes, aún en 1915, serias medidas sanitarias contra las procedencias colombianas.

El cuadro clínico

En enero de 1918, Carlos Manotas,¹⁷ médico de Barranquilla y miembro de la Junta Departamental de Higiene del Atlántico, expuso en Cartagena sus argumentos en favor de la hipótesis de la existencia de la “peste bubónica” en la costa atlántica en 1913 y 1914.

La inexistencia de la epidemia, de la que estaban convencidos algunos colegas suyos, fue considerada por Manotas como una “creencia infundada” que se generalizó por dos razones: primero, porque “se supusieron erradas ciertas investigaciones bacteriológicas¹⁸ que fueron verificadas sobre bases de un tecnicismo anticientífico” y segundo, porque “un facultativo,¹⁹ cuya autoridad tradicional nos ha creado nuestra inferioridad científica”, opinó con “criterio infalible” que no eran de peste los casos en cuestión. Manotas describe las epidemias de 1913 y 1914 como “infección aguda de carácter grave, eminentemente contagiosa, de variada sintomatología”. Según dice, a pesar de la variedad de síntomas en los casos estudiados por él mismo, el del “síndrome bronco-pulmonar” prevalece.

Manotas (1921, pp. 150-1) se sentía autorizado para argumentar que sí se trataba de peste neumónica y no solamente de “neumonía infecciosa”, como afirmó Darling. Sus argumentos eran respaldados por su misión oficial, pues era miembro de la comisión sanitaria especial, designada por la Dirección Departamental de Higiene del Atlántico, cuando la epidemia reapareció en abril de 1914 en ciertas poblaciones de ese departamento. La comisión, compuesta por varios médicos, tenía el propósito de “salvaguardar los intereses del país”, reprimiendo oportunamente la propagación del flagelo. “En tal virtud, dice Manotas,

podimos apreciar personalmente en todos sus detalles, libre de prejuicios, el aspecto clínico de la enfermedad, sus reacciones terapéuticas y demás concomitancias que nos han guiado para formular, hasta donde lo han permitido las circunstancias, una opinión aproximadamente exacta de la epidemia en referencia.”

Los casos, cuya “semiología particular” describió detalladamente Manotas, fueron observados por él durante los meses de abril y mayo. No negó su carácter epidémico e incluso afirmó que la enfermedad “azotó a la mayor parte de las poblaciones del Atlántico” (Manotas, op. cit., p. 154).

Como médico oficial de la emergencia epidémica, Manotas consideraba su labor como una misión patriótica. Sin embargo, a nivel oficial, se aceptó el dictamen del bacteriólogo norteamericano Samuel J. Darling, ignorando la opinión de varios médicos colombianos.²⁰ Manotas vio en ello una afrenta contra la ciencia colombiana y elaboró una argumentación en defensa de las investigaciones clínicas y bacteriológicas de colegas suyos que también tuvieron que aceptar a regañadientes el veredicto de Darling.

Manotas (op. cit., p. 150) relató a sus colegas sus experiencias de médico rural como una defensa de la medicina colombiana y como un ejemplo de actuación patriótica que evitó una posible catástrofe. “Un error en la apreciación clínica de un diagnóstico puede ser funesto, no solamente a la vida de un individuo, sino lo que es más grave aún, a las de una nación entera.” Debemos analizar su presentación del cuadro clínico de la “neumonía pestosa” para situarla en el contexto del conocimiento clínico y epidemiológico de la peste a comienzos del siglo XX.

Al examinar a Manuel Urueta, vecino de Usiacurí, quien se había contagiado “cuando estuvo cerca del lecho de un hombre moribundo a causa de neumonía infecciosa”, Manotas describió, entre otros, los siguientes síntomas: elevación de la temperatura, “respiración laboriosa”, pulso rápido, tinte ictérico en la piel del rostro y el tórax, lengua húmeda; en la auscultación del tórax por percusión, “matidez leñosa” y falta de resonancia; inflamación inguinal.

El médico diagnosticó inicialmente “infección mixta de malaria e influenza neumónica” y, según dijo, optó por este diagnóstico porque en ese momento no creía en la existencia de la peste en la costa atlántica y porque la “endemia de más común ocurrencia en esa región del departamento” eran las “fiebres intermitentes”. Trató al paciente como si tuviera gripe mezclada con paludismo. Es decir, suministrándole quinina y un “sintomático estimulante para combatir los estragos de la crisis gripal”. No hubo reacción favorable y, al contrario, “la enfermedad asumía mayor intensidad con caracteres alarmantes hasta el décimo día que sucumbió el paciente, víctima de aquella virulenta afección” (Manotas, 1921, p. 152).

Aunque Manotas (op. cit., p. 153) no creía entonces en la existencia de la peste bubónica, obedeció las recomendaciones profilácticas del Consejo Superior de Sanidad y procedió a inmunizar “con vacuna de Haffkine a todos los individuos que rodeaban al enfermo y a todas las demás personas que de alguna manera estuvieron en contacto con las primeras víctimas de la epidemia”.

Un incidente le sirvió a Carlos Manotas para reforzar sus sospechas sobre la existencia de la peste en Usiacurí: sólo el hijo mayor de la familia del difunto quedó sin vacunar por estar ausente ese día. Cuarenta y ocho horas después de muerto Urueta, cayó enfermo el hijo, atacado con “una novedad idéntica a la de su señor padre”. El muchacho “era de los que más cerca rodeaban al paciente y hasta descalzo penetraba al aposento”. El médico le aplicó suero antipestoso de Yersin, pues no tenía ya reservas de vacuna de Haffkine y el muchacho sanó. Como se ve, en este relato hay al menos dos argumentos en favor de la hipótesis de la existencia de la peste: primero, el contagio rápido por el solo contacto con un enfermo como sucede con la peste de tipo neumónico; segundo, la reacción favorable del paciente al suero de Yersin.²¹

A partir de esta experiencia exitosa, Manotas tenía la certeza de que se trataba de neumonía pestosa o peste del tipo neumónico y procedió a tratar todos los casos mediante la misma operación “seroterápica”. Con la utilización del “suero antipestoso de Yersin”, el médico dijo haber salvado a muchas personas de morir de una enfermedad que parecía esporádica al comienzo, pero que con el correr de los días “tenía tendencias a tomar las proporciones de verdadera epidemia”.

Otro carácter de la enfermedad reinante en el Atlántico en abril y mayo de 1914, era la rapidez de la evolución de los síntomas y del desenlace final. Esto concuerda con la descripción actual de la forma neumónica. “La peste neumónica primaria es una enfermedad fulminante. El tiempo que media entre el contacto inicial y la muerte oscila entre dos y seis días” (Palmer, 1991, p. 741). Miguel Arango (1914, p. 448) sintetizó así el cuadro clínico de la peste neumónica: “Fiebre alta y continua; tos; dolor en el pecho; esputos sanguinolentos y adherentes al vaso, a veces verdaderas hemoptisis; estado general septicémico que va agravándose hasta la muerte. Duración de dos a ocho días.”

La prueba bacteriológica

En 1913 y 1914, hubo intensas discusiones sobre la existencia de la peste bubónica en la costa atlántica colombiana en las que participaron periodistas, funcionarios y médicos. Las dudas no pudieron ser disipadas a causa del ruido en sordina de los constantes rumores que hacían circular versiones heterogéneas por todas partes. Tampoco quedó claro qué se entendía por ‘epidemia’. No se sabía cuántos casos se debían

contar estadísticamente en una misma localidad para concluir que había epidemia; tampoco estaba claro si se hablaba de ‘epidemia’ por la aparición súbita del mal, por su carácter contagioso y su desenlace trágico o por su supuesto origen foráneo.

En enero de 1918, en la sesión de “patología tropical” del Tercer Congreso Médico Nacional que se reunió en Cartagena, Miguel Arango y Carlos Manotas expusieron sus puntos de vista sobre las supuestas epidemias de peste bubónica o neumónica de 1913 y 1914 para esclarecer dudas sobre su “verdadera naturaleza” (Arango, 1921; Manotas, 1921).

En su informe, Miguel Arango (op. cit., p. 136), médico de sanidad del puerto de Barranquilla, comparó “los métodos de estudio adoptados y las opiniones emitidas por los que intervinieron directamente en este asunto”. Expuso los dictámenes científicos de otros médicos sobre la “peste de Usiacurí”, sin emitir una opinión propia al respecto y mostrando el asunto como un problema científico nunca resuelto, aunque en su artículo se refirió a los brotes epidémicos de 1913 y 1914 como si se tratara de una sola y misma “epidemia que reinó en Santa Marta y en la zona bananera en 1913 y en el Atlántico (Barranquilla, Usiacurí etc.) al año siguiente”.²²

El informe de Arango no resuelve el problema de la naturaleza de la enfermedad, pero da pistas sobre las escasas posibilidades de realizar un estudio de la etiología y naturaleza de un brote epidémico en la región de la costa atlántica colombiana en 1914, según los protocolos de la bacteriología, pues todo parece indicar que esta práctica científica no había sido aún oficialmente implantada en las ciudades costaneras. En efecto, en 1915, el doctor Julio A. Vengoechea, inspector de sanidad del Atlántico, le sugirió a la Junta Central de Higiene “establecer un laboratorio bacteriológico en Barranquilla como lo ordena la ley sobre laboratorios en los puertos” (Junta Central de Higiene, 1915, p. 59). Este laboratorio debía funcionar en la Estación Sanitaria de Puerto Colombia, donde se le había destinado un local. Así mismo, el 8 de noviembre de 1913 se había ordenado la creación de un laboratorio de bacteriología para el puerto de Santa Marta (Junta Central de Higiene, 1914, p. 3991) organizado y administrado por la Junta Departamental de Higiene del Magdalena y situado en la estación sanitaria. Sin embargo, la Estación Sanitaria de Santa Marta sólo fue inaugurada en julio de 1915 y sin laboratorio de bacteriología (Junta Central de Higiene, 1915, p. 39).

Las investigaciones sobre las causas y naturaleza de las epidemias se hacían con medios escasos, el laboratorio en el que se hicieron las primeras pruebas en Barranquilla fue improvisado *ad hoc*. Los médicos recogieron muestras de tejidos extraídas de enfermos o de cadáveres de personas que habían muerto de la enfermedad. Con estas muestras hicieron “cultivos” que enviaron para su análisis a laboratorios bacteriológicos de diversas partes del mundo, pues querían recibir conceptos de diversos investigadores. Aunque el gobierno colombiano tenía médicos formados en el curso de *microbie technique* del doctor

Émile Roux, en el Instituto Pasteur de París (Márquez, 1995, cap. 4), se consideraba que ellos no poseían los medios y el prestigio suficiente para realizar las pruebas requeridas. Esta circunstancia dificultó más la investigación.

Los primeros ensayos se hicieron en Barranquilla el 7 de abril de 1914 con muestras recolectadas en Usiacurí e Isabel López. El estudio bacteriológico, típicamente pasteriano, consistió en hacer preparaciones en “gelosa y caldo” para lograr el cultivo del bacilo, proceder así a su aislamiento mediante la tinción con diversos colorantes y, finalmente, inocular ratones, curies y conejos para tratar de enfermarlos y obtener otro tipo de prueba diagnóstica.

Tras examinar las pruebas, García Medina (1914, pp. 303-5, las cursivas son del original) afirmó provisionalmente que sólo se podía hablar de la existencia de “una enfermedad calificada como neumonía infecciosa, que da casi una mortalidad de 95 por 100, que no es producida por neumococo, puesto que no lo han hallado en las preparaciones; además, si fuera neumococo habrían muerto las ratas, pues este microorganismo produce en ellas una enfermedad rápidamente mortal; hay como agente productor de la enfermedad un microorganismo que *no toma el gram*”.

La no coloración con gram le hizo sospechar al médico que sí se trataba de peste, pues el resultado era igual al de las pruebas hechas durante la epidemia de Santa Marta en abril del año anterior. Además, era protocolo normal identificar el bacilo de Yersin por esta característica bacteriológica. Por eso, el Consejo Superior de Sanidad dio una voz de alerta prudente, aunque alarmante, el 13 de abril de 1914: “Urgen cultivos, inoculaciones, comprobar reacciones colorantes, inclusive gram. Avisen resultados y si disponen ratones, conejos, curies. Manden frotis. Entretanto, rigurosas medidas aislamiento. Consejo solicitará conferencia telegráfica” (idem, ibidem).

Los informes de Arango y de Manotas muestran cómo se hacían los análisis bacteriológicos en la costa atlántica. Los doctores Jorge Calvo y Eusebio de La Hoz tomaron un “material de estudio” de “esputos y sangre de un enfermo neumónico en Usiacurí y de un ganglio inguinal extirpado en un cadáver, en Isabel López” (Arango, 1921, p. 137).²³ Sembraron “tubos de gelosa glicerizada inclinados y a la temperatura de 37 grados”. En Bogotá, una parte de estos primeros cultivos la utilizaron Luis Zea Uribe y Federico Lleras Acosta²⁴ para hacer cultivos, multiplicarla y enviarla a otros especialistas del mundo.²⁵ Según Arango, las muestras llegaron tarde a todas partes, incluso a su primer destino en Bogotá: “Esas siembras fueron hechas en Usiacurí y en Isabel López el 8 y 9 de abril, respectivamente y llegaron a manos de los colegas bogotanos el 4 de mayo, es decir, 24 días después de hechas.”

Los resultados de las pruebas fueron todos negativos. La comisión médica de Bogotá²⁶ opinó que no se trataba de neumonía ordinaria, pero tampoco pestosa. De todas maneras, a todos los asistentes de los

enfermos se les inoculó suero antipestoso de Yersin y se dispuso la creación de una junta de médicos que prestara servicio permanente en Usiacurí e Isabel López. El Consejo Superior de Sanidad ordenó establecer medidas sanitarias como si se tratara de peste, es decir, estableciendo rigurosos cordones sanitarios con apoyo militar para el aislamiento de las poblaciones atacadas. Finalmente, los doctores Luis Zea Uribe y Federico Lleras Acosta, después de dar las recomendaciones para hacer correctamente las pruebas bacteriológicas en la costa, le pidieron a los doctores Jorge Calvo y Eusebio de la Hoz hacer “siembras, no con productos cadavéricos, sino con procedentes de personas vivas” (García Medina, 1914, p. 308).

Según Manotas (1921, pp. 154-5), una muestra de “linfa de un ganglio superficial” fue examinada primero en Barranquilla, “en un laboratorio *ad hoc*”, donde “suscitó una polémica entre algunos colegas de aquella ciudad, pues unos opinaban que sí era el bacilo de Yersin el que aparecía fijo y coloreado en la placa que estaba bajo el microscopio y otros, que no”. Algunos médicos alegaban que la preparación del cultivo, los métodos de fijación, aislamiento, coloración etc., “no eran en verdad los que recomendaban los bacteriólogos de reconocida autoridad”.

En Barranquilla, también se practicaron inoculaciones experimentales en ratas y conejos para verificar el postulado de Koch, según el cual, para comprobar la existencia de un determinado microorganismo patógeno, un animal sano debía sufrir los mismos síntomas de un animal enfermo con cuya linfa, sangre u otro tejido había sido inoculado. Los resultados causaron también divergencias de opinión, pues no se cumplió el postulado de Koch por ausencia de síntomas en los animales. “En Bogotá no se practicaron inoculaciones, porque el cultivo enviado de Barranquilla tenía más de un mes cuando llegó y en ese tiempo los cultivos del Yersin han perdido muchísimo su virulencia” (García Medina, 1914, p. 316). Las pruebas e inoculaciones de Barranquilla siempre dieron el mismo resultado: se encontraba un “bacilo refractario al gram”.

El doctor Insignares viajó de Barranquilla a Bogotá para llevar los cultivos realizados por Jorge Calvo y Eusebio de la Hoz. Las pruebas comenzaron el 4 de mayo de 1914.²⁷ El 2 de mayo, el Consejo Superior de Sanidad le había llamado la atención al ministro de gobierno sobre la sospecha de la existencia de la peste de tipo neumónico, de acuerdo con los nuevos progresos de la enfermedad y la reacción del bacilo, negativa al gram.

Las pruebas hechas en Bogotá dieron como resultado la existencia del bacilo de Yersin. El Consejo Superior de Sanidad se creyó obligado a “comunicar al gobierno nacional y a los gobernadores y juntas de Bolívar, Atlántico y Magdalena los resultados de estas investigaciones que le daban la convicción de que desgraciadamente teníamos en nuestras costas la peste”. El Consejo Superior de Sanidad debía “declarar

una enfermedad pestilencial, *aun en el caso de sospechas fundadas*”, pues a esto se había comprometido Colombia al firmar las convenciones sanitarias internacionales y también consideraba que la lenta expansión de la enfermedad “podía infundir una falsa confianza, mucho más perjudicial que el alarma” (García Medina, op. cit., p. 313).

El 7 de mayo, la Junta de Higiene del Atlántico informó al Consejo Superior de Sanidad que, en asocio con las autoridades departamentales, provinciales y municipales había acordado solicitar al gobierno nacional la importación desde Nueva York de cinco mil ampollas de suero antipestoso porque “sangres anteriores no habían cultivado; última, tomada enferma que murió hoy, *cultivó y encontró bacilo Yersin* doctor Calvo” (García Medina, op. cit., p. 314, las cursivas son del original). A raíz del hallazgo de Jorge Calvo se formó una junta de comerciantes para recolectar fondos para impedir el avance de la peste. Se pidió la creación de un hospital de aislamiento definitivo para la ciudad de Barranquilla con fondos aprobados por el Congreso de la República por un monto igual al que se invirtió en la construcción de la Estación Sanitaria de Puerto Colombia, que no incluía las sumas necesarias para enfrentar la epidemia de ese momento.

Ante esta alarma, el Consejo Superior de Sanidad pidió al ministro de gobierno crear un cuerpo de policía sanitaria especial, enviar recursos a Barranquilla, Cartagena y Medellín (“para la defensa de Puerto Berrío”) e importar los aparatos Clayton²⁸ para desinfección, el suero de Yersin y la vacuna de Haffkine. Los cuerpos de policía sanitaria se crearon por el decreto 520 del 11 de mayo. El gobierno colombiano resolvió despejar la situación indefinida de la epidemia, “solicitando del gobierno americano permitiera, a costas de aquel, la venida a este país de un bacteriólogo experto. Así tuvo lugar la venida a Barranquilla del profesor Samuel Darling” (Manotas, 1921, p. 155) quien anunció su partida de Colón hacia Barranquilla para el día 21 de mayo.

El Consejo Superior de Sanidad le pidió al Ministerio de Gobierno de Colombia aplazar por un mes el viaje de Darling mientras se formaba una comisión que hiciera el estudio epidemiológico completo en una gran zona, se hicieran la profilaxis y las desinfecciones, se estudiaran las condiciones higiénicas de Barranquilla y de Puerto Colombia y se presentara un informe completo sobre la sanidad de estos puertos. La comisión debía equiparse con los elementos de laboratorio indispensables para sus estudios. Todo esto, sin embargo, no pasó de ser un proyecto, pues el ministro de gobierno no autorizó el plazo alegando que ya no había enfermos que examinar y que no se podía retardar el viaje de Darling (García Medina, 1914, pp. 320-1).

Los médicos colombianos se reunieron en Usiacurí con el médico norteamericano, le entregaron el conjunto de sus observaciones clínicas, bacteriológicas y epidemiológicas. También lo invitaron a ver algunos casos de la epidemia en Isabel López, a sólo cinco kilómetros de Usiacurí. Darling se negó a ir “pretextando argumentos fútiles y

reconociendo hartamente convincentes los datos recogidos allí para el fin que los necesitaba”. Tampoco quiso examinar los esputos de varios enfermos recogidos por Manotas y manifestó que la epidemia era sólo “una franca neumonía lobular, causada por el neumococo y no la bubónica” (Manotas, 1921, p. 155).

Según Manotas (op. cit., p. 156), es posible que el veredicto de Darling estuviera viciado por prejuicios. “Lo cierto es que a aquel concepto del doctor Darling, que bien podría tacharse de empírico antes que de científico, se le dio todo el valor de un fallo inapelable.” Y tal parece que el veredicto era vulnerable, pues Arango y Manotas coinciden en decir que “el material de investigación estaba viciado de error y así lo comprobaron más tarde los irrefutables dictámenes emitidos por celebridades como el Laboratorio Inglés, en Trinidad, y el de Pasteur, en París”. Según García Medina (1914, p. 322), antes de llegar Darling, el Consejo Superior de Sanidad ya presumía su concepto. “En cuanto a la opinión que emita el doctor Darling, es seguro que será la misma que él emitió en Santa Marta cuando vino en abril del año pasado a esa ciudad con motivo de la epidemia de ese año: que es neumonía infecciosa.”

El concepto de Darling fue considerado por los médicos colombianos como arbitrario y empírico. En contra de esa tesis había argumentos tomados de textos del doctor José Peña²⁹ y de sus alumnos. “La forma neumónica de la peste presenta una analogía extrema con la neumonía gripal, la neumonía común y la bronconeumonía. El examen bacteriológico de los esputos establece el diagnóstico de una manera clara y precisa. Los esputos encierran una gran cantidad de bacilos específicos solos o asociados al neumococo y el estreptococo” (Frontini, 1904, p. 74).

En la descripción de Miguel Arango se notan dudas respecto a los procedimientos de laboratorio, pues pasó mucho tiempo entre la fecha de la toma de las muestras y la de su recepción por los distintos laboratorios. Además las muestras llegaron malogradas. Según uno de los investigadores consultados, el doctor J. R. Dickson, “una investigación de esta clase sólo puede llevarse a efecto con material original haciendo inoculaciones con el material tomado del bazo, bubón, pulmón etc.”.³⁰

Los veredictos científicos variaron de acuerdo con tres maneras de interpretar la información analizada: primero, admitir la presencia de la peste bubónica en la costa atlántica colombiana (Dickson, Zea Uribe y Lleras Acosta); segundo, negar su presencia y asegurar que se trataba sólo de “una neumonía ordinaria” (Samuel J. Darling) y tercero, la posición de Émile Roux, según la cual pudo existir primitivamente el bacilo de Yersin “en los productos originales y en los enfermos de los cuales se tomaron para hacer los cultivos, pero por ciertas circunstancias, gérmenes extraños, como la bacteria antracide (*bacillus anthracis*), se desarrollaron en asociación (simbiosis) con el bacilo de Yersin, quedando este último suplantado por el primero”.³¹

Las posiciones primera y tercera dan como veredicto la presencia de la peste bubónica y la segunda, su ausencia. Dickson y Roux afirmaron que, aunque la prueba bacteriológica era casi irrealizable por deficiencias y mezclas en los cultivos que recibieron, los datos clínicos y epidemiológicos aportados por los médicos colombianos hacían creer que “las víctimas de la epidemia de Usiacurí han sucumbido a la peste” (Roux, *apud* Arango, 1914, p. 494). Además, Dickson (*apud* Arango, 1914) afirmó que “los caracteres del organismo aislado (es decir, tener coloración bipolar, ser negativo al gram, inmóvil y su morfología), agregados al hecho de que el material fue tomado de un “bubón” en un ser humano, son sugestivos de peste”. Estas afirmaciones podían ser determinantes si se admitía la existencia de la enfermedad, pues las naves colombianas o extranjeras que hubieran tocado los puertos colombianos serían sometidas a cuarentena al llegar a otros puertos del Caribe. Como esto era un grave inconveniente para el comercio, no es extraño que hubiera personas en Barranquilla que quisieran, de alguna manera, poner en duda los procedimientos analíticos y sus resultados.

Era la época de la higiene pasteriana. La medicina y la higiene se creían dotadas de nuevas herramientas que las convertían en ciencias positivas y en técnicas eficaces. La higiene y la medicina ya no eran especulativas, ya no se dedicaban a perseguir focos de infección atribuidos al carácter malsano de los lugares, sino que enfocaban sus intereses sobre seres vivos que prosperaban entre las inmundicias del medio exterior y en el medio interior de los organismos, seres visibles al microscopio y manipulables por los métodos de la bacteriología.

Parece que los resultados de las experiencias no eran tan indefinidos como pretendía Manotas, pues aunque en un primer momento en Bogotá no se practicaron inoculaciones en animales, sí se hicieron cuando ya se contaba con cultivos dignos de confianza. Todos los procedimientos bacteriológicos descritos por el médico Federico Lleras Acosta (1914b, pp. 327-8), el 22 de mayo de 1914, correspondían a los usos comúnmente para detectar el bacilo de la peste. Los cultivos fueron mostrados a varios médicos de Bogotá y aunque hubo conceptos diferentes, todos estuvieron de acuerdo en que sí se había formado “la película en la superficie del cultivo, en el aspecto claro del caldo y en el depósito coposo abundante. Todos los autores describen estos caracteres en los cultivos del bacilo pestoso.”

Pero la prueba bacteriológica más convincente, aunque no indispensable en la determinación del diagnóstico, seguía siendo lograr enfermar experimentalmente un animal de “septicemia pestosa”. Cuando ya se había logrado tener cultivos más puros y contar con un local más adecuado para las pruebas, los bacteriólogos de Bogotá procedieron a efectuar las inoculaciones que antes habían rehusado. “Inyectamos dos ratones blancos, uno por vía intraperitoneal, y otro por vía subcutánea, en la región del muslo izquierdo. Después de diez horas murió el ratón inoculado en el peritoneo y hoy en la mañana hicimos la autopsia.”

Encontraron “el mismo microbio, es decir, el de Yersin, de coloración bipolar intensa y que no toma el gram” (Lleras Acosta, 1914b, p. 329).

Los argumentos de la epidemiología

En octubre de 1914, Mendoza Contreras (1914, pp. 14, 9) concluyó su tesis de medicina sobre las llamadas “enfermedades pestilenciales” (fiebre amarilla, peste bubónica y cólera asiático). El autor escogió el tema por tres razones: primero, por ser ellas “las más aterradoras y de muy fácil propagación”; segundo, “porque en nuestras costas marítimas ha habido brotes de ellas en varias ocasiones” y tercero, “porque no es raro que, careciendo como carecemos de las defensas sanitarias indispensables, tarde o temprano vuelvan a presentarse y entonces invadan el interior de la república”.

Este alumno de Pablo García Medina no vacila en “creer que la epidemia mortífera que en 1913 azotó a la ciudad de Santa Marta y que un año después, en abril de 1914, se presentó con caracteres alarmantísimos en Usiacurí, Isabel López y otros puntos de la costa atlántica, fue la peste bubónica en su forma neumónica” (Mendoza Contreras, op. cit., p. 15). Dos caracteres de la epidemia de “neumonía adinámica franca” le dan fuerza al argumento de Mendoza: su “contagiosidad inusitada” y su “grado de mortalidad aterrador”. En cuanto al grado de contagio, Mendoza dice que sólo bastaba aproximarse al lecho de un enfermo para ser víctima de la enfermedad. En cuanto a la mortalidad, el inspector sanitario del Atlántico reportó que era de 90% cuando comenzó la epidemia.

En el terreno de la terapéutica experimental, existen al menos dos testimonios de médicos de la costa que emplearon el suero antipestoso de Yersin como preventivo y curativo. Por la especificidad de este remedio profiláctico, Mendoza, Manotas, Arango y García Medina fueron partidarios de la existencia de la peste bubónica de forma neumónica en la costa atlántica, pues los pacientes, “a quienes previamente se inyectó el suero de Yersin, no fueron contaminados” y “algunos enfermos graves tratados por el mismo suero no murieron” (Mendoza Contreras, op. cit., pp. 15, 16). Según los postulados de la bacteriología, más o menos mundialmente aceptados en ese momento, el suero específico no tenía por qué surtir efecto en presencia de otro tipo de infección. Para Mendoza, la prueba de la especificidad terapéutica es suficiente para “desechar la idea de una neumonía vulgar provista de una virulencia extrema por haberse injertado en organismos de raza inferior, como lo dice Darling”.

Ya se vio como el argumento de Darling contra la tesis de la existencia de peste bubónica en Colombia estaba basado, en parte, en las deficiencias de la “prueba bacteriológica”. Para Mendoza, en cambio, aunque esa prueba “no se ha dado todavía con toda la perfección científica”, las epidemias de que se trata sí fueron de peste bubónica.

Y añade argumentos basados en la observación epidemiológica: “No es raro que la peste haya visitado nuestras costas, si consideramos que las repúblicas vecinas, Ecuador y Venezuela, así como las Antillas, están contaminadas desde hace años y si recordamos que nuestros puertos no han sido saneados y que las prescripciones sanitarias para evitar la invasión de enfermedades pestilenciales hasta ahora empiezan a ponerse en práctica” (Mendoza Contreras, op. cit., p. 16).

Y Mendoza añade otros argumentos de epidemiología. En varios documentos se hablaba de la muerte masiva de ratas como signo premonitorio de la llegada de la epidemia de peste bubónica. Este signo, observado desde hacía varios siglos, no parece haberse presentado en las epidemias de la costa atlántica colombiana y su ausencia sirvió como argumento a los partidarios del diagnóstico de neumonía ordinaria. Mendoza defiende su posición apoyándose en Paul-Louis Simond,³² reconocida autoridad mundial en la lucha contra la peste. “Se ha creído que la mortalidad insólita de las ratas, dice Mendoza, se observa constantemente en la peste; pero debe tenerse presente que en la forma neumónica sucede con frecuencia que ella no se presenta.”³³

Por último, “un hecho de observación muy antigua” es que “la peste importada a una localidad no desaparece después de una primera epidemia. Esta epidemia es siempre seguida de una calma engañadora a la cual sigue una recrudescencia epidémica más o menos grave” (Simond, *apud* Mendoza Contreras, 1914, p. 19). Según Simond, se ha observado comúnmente que entre un brote y otro hay un año de distancia y que la siguiente epidemia aparece siempre en la misma estación del año que la anterior. Mendoza confirma este último hecho. Según él, la segunda epidemia colombiana (abril de 1914) fue de igual severidad que la primera (abril 1913), pero su radio de acción fue mucho más dilatado y mucho mayor su mortalidad. Por lo demás, habría que esperar para “observar si esas recrudescencias anuales vuelven a presentarse en los años venideros” (Mendoza Contreras, 1914, p. 20).³⁴

Las observaciones de los médicos colombianos durante las epidemias de 1913 y 1914 en la costa atlántica muestran la urgencia y la improvisación en la realización del estudio, pero los razonamientos científicos esgrimidos durante las epidemias de fiebre amarilla, que azotaban a la costa atlántica y a los pueblos ribereños del río Magdalena, indican también el estado de los conocimientos en epidemiología, materia renovada en su valor y en sus métodos a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX en Colombia.

En 1913 y más tarde en 1914, los recursos científicos se canalizaron hacia el estudio de la presunta peste, aunque no se contara con un aparato sanitario adecuado. Con los pocos recursos que se tenía, sin haberse instaurado en Colombia la práctica de la estadística sanitaria municipal, se observaron algunos casos y quizá muchos quedaron por fuera de los registros médicos. Entre el 1º de abril y el 6 de mayo de 1914, el Consejo Superior de Sanidad elaboró un cuadro estadístico

utilizando la información enviada por los médicos de la costa. El cuadro no incluía los casos observados por el señor Joaquín Lafaurie, alcalde del distrito de Suan, población ubicada en la margen izquierda del río Magdalena. Estos fueron cuatro mujeres adultas, dos niños y un hombre adulto, de los cuales sólo se salvaron tres. Todos eran familiares o los unían lazos de amistad, presentaron los mismos síntomas observados en Usiacurí y en casi todos aparecieron bubones inguinales (Arango, 1914, pp. 482-5).

El cuadro es el siguiente:

<i>Poblaciones</i>	<i>Enfermos observados</i>	<i>Muertos</i>
<i>Usiacurí</i>	11	8
<i>Isabel López</i>	16	14
<i>Sabanalarga</i>	3	2
<i>Baranoa</i>	3	2
<i>Barranquilla</i>	7	5
<i>Calamar</i>	3	2
<i>Santa Marta</i>	3	2
<i>Ciénaga</i>	3	
<i>Total</i>	49	35
<i>Sual</i>	7	4
<i>Total</i>	56	39

El 1º de mayo de 1914, el doctor Oscar A. Noguera, presidente de la Junta Departamental de Higiene del Atlántico, presentó al Consejo Superior de Sanidad sus consideraciones sobre la epidemia de la costa, basándose en sus observaciones y en su práctica médica de veinte años en la región. Hasta antes de 1914, él no había llegado a asistir sino a tres enfermos de neumonía entre su numerosa clientela. Por eso se mostró sorprendido por lo súbito y mortal de la epidemia, por la gran cantidad de casos en tan pocos días, por la alta contagiosidad y por el corto periodo de desarrollo y desenlace fatal que nunca superaba los ocho días (García Medina, 1914, p. 311).

Los argumentos de la observación epidemiológica son expuestos por varios autores, algunos testigos de la epidemia y otros no. Al comienzo, los médicos comunicaban los datos quizá sólo porque estaban alarmados y querían luchar contra la peste, pero muy pronto el objetivo fue mostrar que el concepto de Darling fue apresurado, sin bases científicas y que tal vez obedecía a intereses extraños a la salud pública.

En 1914, Arango prefirió llamar a la enfermedad “neumonía tropical” para distinguirla de las “neumonías francas de los climas fríos”. Según el médico, la primera enfermedad se diferencia de la segunda, ante todo, por su gran contagiosidad. Esta es la primera debilidad del concepto de Darling, pues él dijo que se trataba de “neumococcias altamente

contagiosas”. Se sabía que la neumonía infecciosa no tenía esta característica epidemiológica y por eso Darling se vio obligado a explicar de manera extraña, recurriendo a lo invisible, la alta contagiosidad, diciendo que se trataba del neumococo asociado en simbiosis a un “organismo ultramicroscópico”.³⁵

Otro hecho de observación epidemiológica es la curva decreciente de la mortalidad a medida que la epidemia avanza. En los primeros casos ésta puede ser de un 90% o hasta del 100%, pero va disminuyendo hasta llegar al 40%. Esta variación se observó también respecto a la contagiosidad y a la extensión de la epidemia, decrecientes con el paso del tiempo. Sin embargo, estas observaciones de Arango están muy mal fundamentadas y él lo explica por la ausencia de la práctica de la estadística sanitaria municipal. De todas maneras, se podía echar mano de observaciones realizadas en otros lugares y en otras epidemias y todo indicaba que la peste perdía fuerza con el paso del tiempo, como se observó en Londres en 1665 y en Bombay y Egipto entre 1897 y 1898. La lentitud del avance, de una parte a otra de la ciudad o de un caserío a otro, podía explicarse por la pérdida progresiva de virulencia de la peste y no por la poca contagiosidad. La explicación bacteriológica que dio Arango (1914, p. 487), apoyado en J. F. Payne y A. Yersin, es que el bacilo de la peste pierde fácilmente su virulencia “por su poca resistencia a las condiciones del medio ambiente”.

El argumento de la reaparición cíclica de la peste³⁶ también está presente en el estudio de Arango de 1914, pues “es un hecho admitido por todos los que entre nosotros se han ocupado de esta enfermedad” que se trata de una única entidad que se ha presentado por dos años consecutivos, aunque las observaciones médicas de Santa Marta en 1913 aparecen rodeadas de misterio porque siempre son citadas por referencias y nunca se publicaron.

La epidemia de Panamá en 1905 fue explicada por Darling en términos demográficos o de contactos catastróficos entre poblaciones. Sólo cuando se traían nuevos trabajadores para la construcción del canal de Panamá, aparecía con toda su fuerza la neumonía infecciosa en los recién llegados y en los que ya estaban. Es “la llegada de individuos que la hayan tomado en contacto con la civilización” la que explica, según Darling, la aparición súbita de las epidemias de Panamá y de Colombia. En Santa Marta, Barranquilla y demás localidades afectadas durante las epidemias de 1913 y 1914 no hubo, según Arango, grandes movimientos de población que pudieran confirmar la hipótesis de Darling sobre cambios demográficos bruscos como causa predisponente.

Disimulaciones de la peste y soberanía de la investigación

En septiembre de 1913, el señor Antonio Araújo L. recibió una comunicación de un amigo colombiano donde le informaba la presencia

de la peste bubónica en California y le advertía sobre la necesidad de dictar medidas para evitar la invasión de la enfermedad en los puertos panameños y colombianos del Pacífico. Según el corresponsal, “(en Panamá), los interesados en que no se sepa han podido ocultar la noticia” y expandir rumores sobre su falsedad diciendo que se trata de exageraciones inventadas por la compañía de rieles intercontinentales para perjudicar a la Pacific Mail S. S. Co. (*El Porvenir*, 20.9.1913).

De manera análoga, varios médicos colombianos (García, Manotas, Arango, Mendoza) sospecharon una disimulación de la peste por parte de autoridades sanitarias norteamericanas y de los funcionarios del gobierno colombiano durante y después de la epidemia de 1914 en la costa atlántica.

En este artículo hemos mostrado un debate que jugó un importante papel en la definición de las estrategias profilácticas que serían adoptadas en Colombia con motivo de la peste. Fue una confrontación entre diversos actores: el Estado; los médicos rurales oficiales y no oficiales; el cuerpo médico como institución científica; los comercializadores de banano que parecían contar con su propio aparato científico-sanitario y hospital y, finalmente, la prensa, que a veces publicaba posiciones oficiales no homogéneas y que asumía también posiciones, sobre todo en Cartagena, en favor de sus clientes, los comerciantes locales. Este debate puso en evidencia la precariedad de los medios y la inexistencia de centros de investigación en Colombia. Si bien había medios de investigación, no se habían creado aún centros de investigación oficiales y los tres laboratorios bacteriológicos de que se tiene noticia en 1914 eran privados: el de Jaun B. Montoya y Flórez en Medellín, el de Federico Lleras Acosta en Bogotá y el que decía poseer la United Fruit en Barranquilla. De estos tres, sólo el de Bogotá parece haber participado en la definición del debate sobre la presencia de la peste en Colombia. Sin embargo, la epidemia de peste neumónica de 1913 y 1914 en Colombia no sólo planteó el problema de las deficiencias materiales y técnicas de la práctica científica, sino que aportó argumentos en favor de la definición de políticas de salud pública.

Abrimos nuestra descripción analítica a partir de un conjunto de testimonios de la época y preferimos cerrarla de esta misma forma, mostrando la agudeza de esta conclusión para el futuro:

Se ve pues la necesidad urgente de establecer laboratorios en los principales centros de población de la república. Satisfacer esta necesidad es, no sólo proteger nuestras poblaciones y completar los esfuerzos que hemos hecho por tener las estaciones sanitarias que ya comenzamos a poseer, sino buscar una independencia intelectual que tanto necesitamos en nuestros estudios científicos y no estar sometidos a opiniones de extraños (Arango, 1914, p. 493).

Para lanzar la discusión

Tanto en la investigación de Marcos Cueto (1997) sobre la peste bubónica en el Perú, como en esta que presentamos, puede verse una emergencia de la epidemiología como práctica investigativa de terreno, emergencia promovida por la aparición de una epidemia mortífera. Tanto en Perú como en Colombia, la peste aceleró una modernización de la administración municipal en general y de la vigilancia sanitaria en particular.³⁷

Sin embargo, al comparar las dos investigaciones, se nota que el paso de la tercera pandemia por el Perú y por Colombia, constituyó dos conjuntos de acontecimientos muy diferentes. Primero, la dimensión de la epidemia peruana y el hecho de que la peste se haya vuelto allí endémica llevaron a los investigadores y a las autoridades a preguntarse por los orígenes del problema para poder atacarlo en su raíz. Segundo, las enormes diferencias en el compromiso de recursos, en las medidas sanitarias, en las campañas y acciones oficiales, mucho más fuertes en el Perú, donde la negación de la peste no fue promulgada de manera oficial como en Colombia. Tercero, los puertos peruanos estaban quizá mucho más expuestos que los puertos caribes de Colombia, pues aquellos mantenían relaciones comerciales directas con puertos de Asia suroriental donde la peste se había expandido rápidamente a partir del foco chino. Cuarto, la existencia en el Perú de reservorios diferentes a las ratas urbanas, como por ejemplo el cuy, roedor doméstico que convive con los humanos en estrechas habitaciones y que forma parte de su dieta.

Esto último nos lleva a elaborar la pregunta de por qué la peste no se quedó en Colombia como endemia. Esta pregunta es inseparable de estas otras: ¿Qué especies de pulgas, de piojos y de roedores existían en la costa atlántica colombiana en 1913 y 1914 y cuáles (nuevas) pudieron haber ingresado en ese momento? ¿Cómo fue introducida la peste en Colombia? ¿De dónde provenía?³⁸

Para resolver estas preguntas habría que plantear otro tipo de investigación que rebasaría los límites de una historia social de las epidemias y entraría más bien en su historia natural. Se trataría de un estudio paleo ecológico de los roedores, las pulgas y los piojos de las ciudades afectadas, o sea, una investigación epidemiológica con las herramientas de la epidemiología actual. En efecto, desde un punto de vista ontológico y biológico, se sabe que la peste no es una enfermedad propiamente humana. Los humanos somos víctimas, pero son otras víctimas, los roedores, quienes pueden perpetuarla y transportarla. Y precisamente, la tercera pandemia de peste (según Henri Mollaret, de las dos primeras poco se sabe sobre el verdadero papel de los roedores y de las pulgas) estuvo dominada por la rata y sus desplazamientos por el mundo transportando en su cuerpo el parásito *Xenopsylla cheopis*, pulga específica de la rata parda y de la rata negra, capaz también de

picar al hombre. Se sabe también que las dos primeras pandemias fueron pestes estrictamente humanas. La enfermedad circulaba directamente de un cuerpo humano a otro por medio del *Pulex irritans*, pulga cosmopolita, esencialmente humana, pero que puede habitar también los roedores y transmitirles el bacilo de la peste (Mollaret, 1990).

Ahora bien, Mollaret (1990) presenta varias investigaciones (Sacqueppe y Garcin, 1913; Raynaud, 1924; Gaud, 1931; Blanc y Baltazard, 1945; Blanc, 1961) que han demostrado la ocurrencia de epidemias sin pródromos epizooticos en las que la cadena de transmisión fue comenzada por un primer enfermo y se continuaba por la sola interacción humana. Dos vías principales han sido privilegiadas en las hipótesis explicativas de este tipo de peste: la vía respiratoria y los piojos y pulgas humanos. La primera vía, más que la segunda, ha sido más considerada por la mayoría de investigadores. Sin embargo, Mollaret (1990) propone una medida aproximada de la velocidad de propagación de la peste entre varias especies de roedores en medio natural: “dos kilómetros por año”. Por su parte, Biraben (1976) propone una velocidad de progresión de la peste humana en Francia, en 1348, a lo largo de itinerarios más o menos obligados, variable entre treinta y 130 kilómetros por mes. El otro argumento en favor de una transmisión interhumana es que la peste del siglo XIV progresa en Europa siguiendo los grandes ejes de circulación de la época. Esto es lo que hace pensar a estos tres investigadores que en la segunda pandemia el vector era *Pulex irritans* y que los roedores salvajes no jugaron ningún papel. Pero ¿en qué momento la humanidad re-contaminó de peste a los roedores? O ¿cuándo se volvieron éstos “epidemiológicamente operacionales”? Mollaret (1990) dice que no hay elementos suficientes para responder a esta pregunta. No obstante, a partir de su hipótesis, podemos suponer que durante la tercera pandemia la presencia de dos tipos de peste (bubónica y pulmonar) equivale a la acción de dos tipos de transmisión (humana y animal) y el corpus que analizamos permite pensar que pudo ser la primera la que se presentó en Colombia; también que la segunda fue la que tuvo más fuerza en el Perú y en el Brasil y, finalmente, que ambas recorrieron los puertos del Caribe.

NOTAS

¹ Actualmente, la microbiología distingue también el *Yersinia pseudotuberculosis* como agente de la peste pulmonar (Mollaret, 1987). Según el historiador Mirko Grmek (1993, p. 293), “las condiciones biológicas y ecológicas de la transmisión de la peste de los roedores a los humanos siguen siendo en gran parte desconocidas”.

² El médico e historiador de la medicina Emilio Quevedo, en una discusión durante el XI Congreso Colombiano de Historia (Bogotá, 22-25. 8. 2000), afirmó que, a partir de lo que puede encontrarse en los archivos de la Fundación Rockefeller sobre la United Fruit Co. y la peste en Colombia en 1913-14, no se puede asumir que hubo peste ni tampoco que la United Fruit intentó ocultar la realidad de la peste. Sin embargo, me sorprendería que en archivos oficiales norteamericanos apareciera un reconocimiento escrito de esta posición negacionista y por eso pienso que para saber si hubo peste o no hubo lo que hay que consultar son los archivos colombianos, sobre todo los regionales.

- ³ Este mismo autor se refiere a un tercer ciclo epidémico en Santa Marta, en abril de 1915 (García Medina, 1921).
- ⁴ El problema de los tráficos, en la perspectiva de una historia de la epidemiología como práctica científica y como práctica biopolítica, lo hemos estudiado en otro artículo (Márquez Valderrama, 2000).
- ⁵ Firman este documento José Gómez Recuero, gobernador del departamento de Bolívar y Manuel F. Obregón, médico de Cartagena y secretario de la gobernación (Gómez Recuero, 1913).
- ⁶ Telegrama de la gobernación de Bolívar enviado a la gobernación del Magdalena el 8 de abril y respuesta del 9 de abril de 1913 (Gómez Recuero, 1913).
- ⁷ Las juntas departamentales de higiene habían sido creadas en 1886 como cuerpos consultivos del Estado. En esta función, ponían en práctica la difusión científica según directrices discutidas y afinadas en las sesiones ordinarias de las sociedades médicas, formadas en el siglo XIX, pero también sesionaban autónomamente y, en esta medida, comenzaron a reemplazar en esas tareas (legislación y asesoría científica en higiene pública) a las sociedades científicas (Junta Central de Higiene de Colombia, 1890).
- ⁸ Sistema que consistía en pagar a todo ciudadano cada una de las ratas que recolectara y matara.
- ⁹ La Estación Sanitaria de Puerto Colombia había sido puesta en servicio el 15 de abril del mismo año (Presidencia de la República de Colombia, 1913a).
- ¹⁰ Según el mismo decreto n° 254 de 1913, el inspector de sanidad del Atlántico con sede en Barranquilla tenía a su cargo la responsabilidad de las operaciones sanitarias en la costa Caribe y en el río Magdalena. Había otro inspector de sanidad del Pacífico con sede en Buenaventura.
- ¹¹ Fragmentos de este artículo fueron publicados cinco años más tarde en *El Porvenir* (11. 4. 1913, p. 2).
- ¹² Samuel Darling, jefe del laboratorio bacteriológico del Hospital de Ancón, en Estados Unidos, llegó a Barranquilla comisionado por el gobierno norteamericano para atender la solicitud del gobierno colombiano de enviar un bacteriólogo experto que despejara las dudas sobre la presencia de la peste en Colombia (Manotas, 1921, p. 155).
- ¹³ Firman Manuel Pájaro (presidente de la Junta Central de Higiene), Camilo S. Delgado (secretario de la junta), Rafael Calvo, Vicente Villa (miembros de la junta), Antonio R. Blanco (médico de sanidad del puerto de Cartagena), Antonio C. Merlano (director departamental de higiene).
- ¹⁴ Según Mazzlo (1914), Colbert era especialista en peste y fue designado por el gobierno norteamericano para que realizara los exámenes bacteriológicos durante la epidemia de peste en San Francisco (California) en 1913 y publicó trabajos especializados sobre el tema.
- ¹⁵ Insistimos en presentar las medidas sanitarias para llamar la atención del lector sobre la ausencia de una política sanitaria tendiente a evitar la convivencia entre ratas y humanos o dirigida a cambiar las técnicas de construcción de las edificaciones o las condiciones de vida de los habitantes. Es enorme el contraste entre esta higiene de emergencia y el saneamiento preventivo practicado por los norteamericanos en Panamá durante la epidemia de peste bubónica y pulmonar de 1905 (Gorgas, 1918). Hay que anotar también el contraste con la coyuntura peruana en la misma época (Cueto, 1997).
- ¹⁶ Se contrató a Darling, pero éste sólo cumplió a medias los objetivos. Sus juicios crearon hostilidades en Colombia entre el Estado y el cuerpo médico y entre este último y la United Fruit Company.
- ¹⁷ El artículo tiene fecha de diciembre de 1917. Fue presentado al Tercer Congreso Médico Nacional de Colombia en 1918 y publicado en 1921 (Manotas, 1921).
- ¹⁸ Manotas se refiere a los “bacteriólogos de Bogotá”, Luis Zea Uribe y Federico Lleras Acosta.
- ¹⁹ Se refiere a Samuel J. Darling.
- ²⁰ La opinión de Manotas era la misma que la de Mendoza Contreras.
- ²¹ En la misma época, el médico argentino Ernesto Frontini (1904, p. 76) escribió: “Un elemento útil para el diagnóstico es la sero-reacción; tiene, se puede decir, el mismo valor que la sero-reacción en la fiebre tifoidea, presentándose casi con la misma frecuencia. La reacción positiva en un caso de peste confirma el diagnóstico; sin embargo, su ausencia no lo desautoriza.”
- ²² Miguel Arango M. y Rafael Calvo C. fueron comisionados en 1913 por el gobernador de Bolívar para evaluar la existencia de la “peste” en Santa Marta y sus alrededores. Sin embargo, en su informe ante el Congreso Médico Nacional de 1918, el autor sólo habla de los casos de 1914 en Usiacurí e Isabel López en el departamento del Atlántico.
- ²³ Ver también esta apreciación de Manotas (1921, p. 154): “No está demás advertir que fue a este señor, José de los S. Bujato, a quien postmortem se le extrajo uno de los ganglios inguinales superficiales que tenía infartado y con cuya linfa se obtuvo el cultivo que, preparado bacteriológicamente, resultó contener en colonias aisladamente, según opinión de algunos colegas, el bacilo de Yersin.”
- ²⁴ Médicos comisionados por el Consejo Superior de Sanidad para estudiar las dos supuestas epidemias de peste bubónica.

²⁵ Samuel Darling, jefe del servicio bacteriológico de la zona del Canal de Panamá; J. R. Dickson, jefe del servicio bacteriológico de la Isla de Trinidad; Émile Roux, director del Instituto Pasteur de París.

²⁶ La “conferencia telegráfica”, ordenada por el Consejo Superior de Sanidad, sí se realizó y su texto fue publicado por García Medina (1914, pp. 306-7).

²⁷ Según Miguel Arango, el estudio de Bogotá se hizo en el “laboratorio particular” del doctor Federico Lleras Acosta.

²⁸ “Aparato Clayton. Este aparato produce gas sulfuroso suficientemente frío para no atacar los metales ni los tejidos y es indispensable para fumigar las habitaciones y los navíos que estén infectados. Se compone de un horno semi-cilíndrico, donde se quema el azufre. La temperatura de este horno alcanza a 600° y 700°. Está colocado sobre un refrigerador, compuesto de tubos, por los cuales circula una corriente de agua fría. Tiene, además, un ventilador y tubos especiales para proyectar el ácido sulfuroso en el lugar a que se le destina. Tiene también un conducto destinado para aspirar el aire que debe desinfectarse y llevarse al horno de combustión” (Blum Caycedo, 1917, p. 44).

²⁹ Este médico argentino dirigió en Buenos Aires varias tesis sobre el tema de la peste bubónica en Sur América, conocidas por sus colegas colombianos: Anaya (1902), Frontini (1904), Guerrero (1906), Carbonell (1907) y Iglesia (1908).

³⁰ Las inoculaciones a que se refiere Dickson consistían en lograr con la inyección de un suero, supuestamente virulento, enfermar experimentalmente de peste a algún animal de laboratorio (Arango, 1921, p. 139).

³¹ Esta última hipótesis de la variabilidad de los microorganismos era discutida por muchos científicos en 1914.

³² Médico francés que trabajó en Bombay durante la epidemia de 1897 en reemplazo de Alexander Yersin. Simond fue quien descubrió, a partir de experiencias realizadas en diversos puntos de la India entre los años 1897-98, el papel de la pulga en la etiología de la peste bubónica (*apud* Brossollet *et al.*, 1994).

³³ Según Mendoza Contreras (1914, pp. 18-9), en 1910, durante la gran epidemia de peste neumónica de Manchuria no hubo mortalidad de roedores, la que en cambio sí se ha presentado como “pródromo” común a las epidemias de peste bubónica.

³⁴ Vale recordar aquí las afirmaciones de Pablo García Medina sobre la tercera epidemia de marzo-abril de 1915 en los soldados del cuartel del Regimiento en Santa Marta (Junta Central de Higiene, 1915, p. 38).

³⁵ También contó Darling que en 1905 hubo una epidemia semejante en la zona del canal de Panamá. Dijo que se trató igualmente de neumonía infecciosa y que la mortalidad fue “sólo del 52 por 100”. Estas afirmaciones de Darling en 1914 son completamente opuestas al informe oficial de William Grawford Gorgas (1918, p. 277) sobre la presencia de la peste bubónica y neumónica en Panamá en 1905 y la gran alarma que causó en Cartagena.

³⁶ Blackmore, médico que hacía parte del servicio inglés contra la peste en Calcuta y Bombay en 1897, publicó observaciones epidemiológicas en *The Lancet* del 23 de junio de 1900. La peste no apareció, según él, bruscamente en la India; la primera epidemia fue leve y al año siguiente, en el mismo mes, apareció con mucha más gravedad y una tasa más alta de mortalidad.

³⁷ Hay que anotar que también en Brasil, la llegada de la peste desencadenó una movilización y una modernización de las políticas de higiene, un movimiento particularmente importante en el campo científico pues, según el relato de Célio Rodrigues, la tercera pandemia determinó el nacimiento del Instituto Fiocruz que comenzó como un centro de investigaciones sobre la peste (Fernandes e Torres Montenegro, 1996).

³⁸ Si en este artículo las referencias a las pulgas como vectores de la peste son mínimas (incluso si en la época 1913-14 este hecho ya formaba parte del conocimiento médico-epidemiológico), es sobre todo porque los textos del corpus que estudiamos apenas mencionan a las pulgas y en cambio sí señalan el grave peligro que representa la proliferación de ratas en los poblados y ciudades. Explicamos esta ausencia por el hecho de que la peste, que se presentó en los puertos de la Costa Atlántica de Colombia, Venezuela, Panamá y quizá en otros del Caribe, fue sobre todo la de tipo neumónico, de alta contagiosidad, es decir, transmisible por contacto interhumano, de las personas sanas con las secreciones pectorales de los enfermos o por picaduras de piojos y pulgas humanos provenientes de personas contaminadas (esta última posibilidad no fue considerada por los médicos colombianos). El privilegio, por parte de los médicos colombianos, de la hipótesis de la transmisión por secreciones de las vías respiratorias humanas, explica la alerta concentrada en evitar los tráficos de personas por agua o por tierra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía de Remolino* 1914 ‘Decreto de 16 de mayo de 1914’. Archivo General del Magdalena Grande, Santa Marta.
- Anaya, Fernando* 1902 *Consideraciones sobre seroterapia de la peste y profilaxia de algunas enfermedades infecciosas*. Tesis para el doctorado en medicina, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.

- Arango, Miguel*
1921
'Algunas opiniones científicas sobre las epidemias de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia'.
Revista Médica de Bogotá, 39:462, 473, pp. 136-41.
- Arango, Miguel*
1914
'Notas sobre las neumonías epidémicas'.
Revista Médica de Bogotá, 32:387, 388, pp. 482-94.
- Asamblea Departamental de Bolívar*
10.4.1913
'Ordenanza por la cual se abre un crédito adicional al presupuesto de gastos del año 1913, 9 de abril'.
El Porvenir, 11: 4495, p. 3.
- Biraben, J.-N.*
1976
Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens.
Paris, Mouton.
- Blum Caycedo, Carlos*
1917
Saneamiento de puertos. Tesis para el doctorado en medicina, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Brossollet, Jacqueline et Mollaret, Henri*
1994
Pour quoi la peste? Le rat, la puce et le bubon.
Paris, Gallimard.
- Carbonell, Santos F.*
1907
Las manifestaciones externas de la peste bubónica. Tesis para el doctorado en medicina, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Carniel, Elizabeth et Baranton, Guy*
1995
'Le retour de la peste'.
La Recherche, 26:273, pp. 180-1.
- Casas Orrego, Álvaro*
2000
'Los circuitos del agua y la higiene urbana en la ciudad de Cartagena a comienzos del siglo XX'. En Diana Obregón, *Culturas científicas y saberes locales.* Bogotá, CES-Universidad Nacional de Colombia, pp. 283-327.
- Comisión de Sanidad de Aracataca*
1914
'Oficio de Luis Manjarrés Delgado, 20 de junio, que contiene la resolución n° 2 excitando al alcalde de Aracataca para que permita las funciones del cinematógrafo en el municipio'.
Archivo General del Magdalena Grande, Santa Marta.
- Congreso de Colombia*
3.7.1914
'Ley primera del 19 de mayo de 1914 por la cual se dan autorizaciones al gobierno en relación con la actual epidemia de la costa atlántica'.
Gaceta Departamental de Antioquia, 3:742.
- Congreso de Colombia*
1913
'Ley 109 de 23 de noviembre de 1912 (nov. 23) por la cual se aprueba una convención sanitaria suscrita en París el 17 de enero de 1912'.
Gaceta Departamental de Bolívar, pp. 748-63.
- Cuervo Márquez, Luis*
1915
Geografía médica y patológica de Colombia: contribución al estudio de las enfermedades inter tropicales.
Bogotá, Librería Colombiana Camacho Roldán y Tamayo.
- Cuervo Márquez, Luis*
1891
La fiebre amarilla en el interior de Colombia.
Curazao, Imprenta de la Librería de A. Bethencourt e hijos.
- Cueto, Marcos*
1997
'La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la costa peruana, 1903- 1930'.
En *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX.*
Lima, IEP, pp. 26-58.
- Dirección de Higiene y Salubridad Municipal de Bogotá*
1913a
'Nota número 464 dirigida al presidente de la Junta Central de Higiene el 12 de abril de 1913'. *Registro Municipal de Higiene*, 2:4, p. 267.

- Dirección de Higiene de Bogotá*
1913b
14. 4. 1913
19. 4. 1913
20. 9. 1913
- Espriella, hermanos*
16. 5. 1914
- Fernandes, Tania e Torres Montenegro, Antônio*
jul-out.1996
- Frontini, Ernesto*
1904
- García Medina, Pablo*
1921
- García Medina, Pablo*
1914
- Gobierno Nacional de Colombia*
14. 4. 1913
- Gómez Riquero, J. A. y Obregón, Manuel F.*
10. 4. 1913
- Gorgas, William Grawford*
1918
- Grmek, Mirko*
1993
- Guerrero, Pedro Antonio*
1906
- Iglesia, Alberto*
1908
- Junta Central de Higiene*
1915
- Junta Central de Higiene*
1914
- Junta Central de Higiene*
1890
- Junta Departamental de Higiene de Antioquia*
1914
- ‘Nota número 498 dirigida al presidente del Concejo Municipal de Bogotá y Salubridad Municipal el 18 de abril de 1913’. *Registro Municipal de Higiene*, 2:4, pp. 267-9.
- Notas sueltas, aseo público. *El Porvenir*, 11:4498, p. 3.
- La bubónica no existe. *El Porvenir*, 11:4503, p. 2.
- Notas varias sobre la peste. *El Porvenir*, p. 3.
- ‘La peste bubónica vencida’. *El Porvenir*, 13:4814, p. 1.
- ‘A peste em Exu: a narrativa de Célio Rodrigues’. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. III (2), pp. 349-68.
- La peste de Oriente*. Tesis de doctorado en medicina, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- ‘Informe del delegado de Colombia a la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana, reunida en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920’. *Revista Médica de Bogotá*, 39:462-73, pp. 4-81.
- ‘La epidemia en el departamento del Atlántico’. *Revista Médica de Bogotá*, 32:384, pp. 301-29.
- ‘Decreto 359 de 13 de abril de 1913 por el cual se dictan algunas disposiciones de policía sanitaria’. *El Porvenir*, 11:4498, p. 2.
- ‘Decreto 193 de 10 de abril de 1913 por el cual se toman medidas sobre higiene pública’. *El Porvenir*, 11:4495, p. 3.
- Sanitation in Panama*. New York and London, D. Appleton and Co.
- ‘Le concept de maladie émergente’. *History and Philosophy of the Life Science*, 15:3, pp. 281-96.
- Diagnóstico y tratamiento de la peste bubónica*. Tesis de doctorado en medicina, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Peste bubónica: epidemia de posadas*. Tesis de doctorado en medicina, Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Exposición de la Junta al Congreso Nacional de 1915*. Bogotá, Imprenta y Litografía de J. Casís.
- ‘Acuerdo sobre creación de un laboratorio de bacteriología para el puerto de Santa Marta’. *Gaceta Departamental de Antioquia*, 3:633, p. 3991.
- ‘Acuerdo 12 sobre reglamento de las Juntas Departamentales de Higiene’. *Revista de Higiene de Colombia*, 24:30, pp. 76-9.
- ‘Acuerdo 9 de 12 de mayo de 1914’. *Gaceta Departamental de Antioquia*, 3:707, pp. 4580-1.

- Junta Departamental de Higiene de Bolívar*
16. 5. 1914 'Resolución 6 de 14 de mayo de 1914'.
El Porvenir, 13:4814, p. 2
- Junta Departamental de Higiene del Magdalena*
1914a 'Oficio 25, Santa Marta, 8 de mayo'.
Archivo General del Magdalena Grande.
- Junta Departamental de Higiene del Magdalena*
1914b 'Oficio 55 de 18 de junio que contiene oficio de Luis Manjarrés Delgado dirigido a la Junta y nota para el gobernador firmada por el médico Manuel Cotes'. Archivo General del Magdalena Grande, Legajo 112.
- Junta Departamental de Higiene del Magdalena*
1914c 'Oficio 59 de 26 de junio dirigido al secretario de gobierno del departamento'.
Archivo General del Magdalena Grande.
- Junta Departamental de Higiene del Magdalena*
1914d 'Oficio 49 de 4 de junio, firmado por el presidente de la junta, Manuel Cotes'.
Archivo General del Magdalena Grande.
- Lleras Acosta, Federico*
1914a 'Diagnóstico bacteriológico de la peste'.
Revista Médica de Bogotá, 32:383, pp. 236-44.
- Lleras Acosta, Federico*
1914b 'Comunicación a la Academia Nacional de Medicina sobre la epidemia de la costa atlántica'. *Revista Médica de Bogotá*, 32:384, pp. 325-9.
- Manotas, Carlos M.*
1921 'Un concepto sobre la epidemia de neumonía infecciosa o peste bubónica de 1914 en la costa atlántica'.
Revista Médica de Bogotá, 39:462-73, pp. 150-7.
- Márquez Valderrama, Jorge*
22-25.8.2000 'Emergencia en la emergencia: políticas, tráficos, saber y sanidad en Colombia, a comienzos del siglo XX'. En *Memorias del XI Congreso Colombiano de Historia*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Márquez Valderrama, Jorge*
1995 *La química pasteriana en la práctica médica, la medicina y la medicalización de la ciudad de Medellín, a finales del siglo XIX*. Tesis para obtener el título de historiador, Medellín, Universidad Nacional de Colombia. (mimeo.)
- Maurange, Gabriel*
1899 'Algunas nociones sobre la peste'.
Revista Médica de Bogotá, 22:248.
- Mazzlo*
15.5.1914 'Comunicación dirigida al señor Arturo Aycardy, fechada en Barranquilla el 13 de mayo de 1914'. *El Porvenir*, 13:4813, p. 2.
- Mendoza Contreras, Jesús*
1914 *Inspección sanitaria de la navegación del río Magdalena*. Tesis para el doctorado en medicina, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Mollaret, Henri*
mai 1990 'Quelques remarques sur la peste en guise d'introduction'. In 'La peste dans l'histoire catalogue de l'exposition' número hors série de la revue *Sources travaux historiques*, pp. 9-13.
- Mollaret, Henri*
1987 'A personal view of the history of the genus *Yersinia*'.
Contribution to Microbiology and Immunology, 9, pp. 1-13.
- Obregón, Diana*
1997 'De la veterinaria a la bacteriología: Federico Lleras Acosta o la lucha por la construcción de una carrera científica en Colombia'. Em Arboleda Luis Carlos (org.), *Nacionalismo e internacionalismo en historia de las ciencias y la tecnología en América Latina*. Memoria del IV Congreso LAHCT. Cali, Universidad del Valle, pp. 229-55.
- Palmer, Darwin*
1991 'Peste y otras infecciones por *Yersinia*'.
En Harrison, *Principios de medicina interna*. 12^a edición, México, McGraw Hill.

- Politzer, R.*
1954
La peste. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- Presidencia de la República de Colombia*
14.7.1913
'Decreto 254 de 14 de marzo de 1913 sobre policía sanitaria de los puertos de la república'. *Gaceta Departamental de Bolívar*, 886, p. 2821.
- Presidencia de la República de Colombia*
18.4.1913
Decreto 366 de 16 de abril de 1913.
El Porvenir, 11:4502, p. 2.
- Quevedo Álvarez, Tomás*
1908
'La peste bubónica'. *El Porvenir*, 26 y 27 de mayo.
- Quevedo, Emilio; Hernández, Mario y Miranda Canal, Néstor*
1993
'La medicina colombiana de 1910 a 1930: los primeros pasos de la medicina de laboratorio y de la escuela norteamericana'. *Historia social de la ciencia en Colombia*, tomo VIII, Bogotá, Colciencias.
- Ruffié, Jacques et Sournia, Jean-Charles*
1984
Les épidémies dans l'histoire de l'homme, de la peste au sida.
Paris, Flammarion.
- Yutrenifree, R.*
1914
Correspondencia con el gobernador del Magdalena desde La Habana: 28 de abril, 27 de junio y 2 de julio.
Archivo General del Magdalena Grande, Santa Marta.

ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS CONSULTADOS

Sala de Historia de la Medicina de La Biblioteca Médica de la Universidad de Antioquia, Medellín
Sala de Libros Raros y Manuscritos de la Biblioteca Luis Ángel Arango de Bogotá
Archivo Histórico General del Magdalena Grande, Santa Marta
Archivo Histórico de Cartagena
Archivo Histórico del Atlántico
Archivo Municipal de Barranquilla
Archivo Histórico de Medellín

Recebido para publicação em março de 2000.

Aprovado para publicação em dezembro de 2000.