

# Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia<sup>1</sup>

Jorge Márquez Valderrama

Departamento de Estudios Filosóficos y Culturales, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.

## Resumen

En la última década del siglo XIX, en Colombia, médicos de Bogotá y Medellín, las dos ciudades más populosas del país, llamaron la atención de la autoridad política acerca del alarmante aumento de casos de tuberculosis, diagnosticaron el problema, sus causas y propusieron medidas para corregirlo. A través del primer reporte médico publicado sobre la propagación de la tuberculosis en la ciudad, este artículo analiza el caso de Medellín. Delimita la concepción científico-médica, el estado del saber y las posibilidades de investigación sobre la tuberculosis a finales del siglo XIX en Antioquia.

## Palabras clave:

tuberculosis, sanatorio, historia de la enfermedad, historia del siglo 19, historia de Antioquia, historia de la medicina, prisiones

## Abstract:

In the last decade of the nineteenth century, in Colombia, doctors from Bogotá and Medellín, the two most populous cities in the country, brought the alarming increase in tuberculosis cases to the attention of political authorities. Further, they assessed the problem and its causes, and proposed measures to correct it. Based on the first medical report published about the tuberculosis spreading in the city, this article discusses the case of the city of Medellín, focusing in situating the scientific-medical conception, the advances in its study and the possibilities of research on tuberculosis. Also a first questioning is advanced about the conditions of possible development of the tuberculosis as an epidemic or endemic disease.

## Keywords:

tuberculosis, sanatorium, history of disease, history of 19th century, history of Antioquia, history of medicine, prisons

## Situación demográfica de Medellín a finales del siglo XIX

El movimiento demográfico de la ciudad de Medellín durante la segunda mitad del siglo XIX se aceleró. En 1808, la pequeña aglomeración urbana albergaba poco menos de 2.300 habitantes, mientras que el conjunto de la población del valle que

---

<sup>1</sup> Este artículo presenta resultados de la investigación «Emergencia de la medicina rural en Antioquia en el siglo XX», del Grupo de Investigación Producción, Circulación y Apropiación de Saberes — PROCIRCAS— de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, dirigida por el historiador Jorge Márquez Valderrama, cofinanciada por Colciencias y por la misma Universidad.

dominaba (el valle de Aburrá), alcanzaba casi los 17.000, dispersos en zonas rurales y en otros poblados. En 1843, ya eran poco más de 9.000 habitantes en el distrito de Medellín, aunque la cifra incluía población rural y urbana. En 1870, ya había unas 29.765 personas; en 1883, se aproximaba a 40.000; en 1905, a los 60.000, y en 1912, eran casi 70.000, de los cuales 40.000 habitaban el casco urbano.<sup>2</sup> Los datos anteriores revelan tasas de crecimiento por encima del 3% anual, en un lugar donde no hubo inmigración, como sí la hubo, para la misma época, en Buenos Aires, Argentina.

Pero el movimiento demográfico más notorio de Antioquia fue el de la concentración de la población en áreas urbanas, sobre todo en la capital de la provincia. De la aldea de comienzos del siglo XIX, Medellín se había convertido en un centro urbano a finales del siglo XIX. Aunque la Guerra de los Mil Días (1898-1901) dejó graves secuelas de escasez, des-institucionalización y miseria en muchos distritos de Antioquia, y habría provocado un aumento en el éxodo de campesinos pobres hacia la capital, el periodo 1848-1899 es el de la emergencia de Medellín como polo urbano importante. La ciudad se había transformado materialmente y ofrecía condiciones de vida inéditas a muchos de sus pobladores. A comienzos del siglo XIX, el espacio vital de que disponía cada habitante era enormemente más amplio que el que ofrecía la ciudad de 1899.

A partir de 1910 comenzó cierta reactivación de la economía, con un proceso de industrialización y de grandes obras de infraestructura, sobre todo en vías de comunicación, que aceleraron aún más el crecimiento de la población urbana. En los años 1920, Medellín se convertía en una capital industrial y comercial conectada por ferrocarriles y carreteras con numerosos distritos de dentro y fuera del departamento. Las actividades motoras de ese proceso de crecimiento económico y demográfico fueron el cultivo del café, la minería y, en menor grado, el comercio y la industria.

Las transformaciones por la concentración de población y la urbanización pudieron haber coadyuvado a desencadenar una nueva «patocenosis», propicia para la emergencia de varias enfermedades infecciosas, entre ellas la tuberculosis. Aunque para el historiador actual es difícil precisar si esta última era una «enfermedad dominante»<sup>3</sup>,

---

<sup>2</sup> El historiador Víctor Álvarez expone la tesis del acelerado crecimiento demográfico de Antioquia en el siglo XIX, comparado con el de las otras ocho provincias de Colombia. Antioquia sextuplicó su población en ese siglo, mientras que Colombia solamente la triplicó (Álvarez, 1996: 71). Otros datos demográficos fueron extraídos de los censos de 1843 y de 1870, publicados oficialmente: Secretaría de Relaciones Exteriores de Nueva Granada (1848) y Secretaría de Hacienda y Fomento de los Estados Unidos de Colombia (1876).

<sup>3</sup> Sobre los conceptos de «patocenosis» y de «enfermedad dominante»: «Las enfermedades que golpean a una población determinada durante un periodo histórico dado constituyen un conjunto llamado patocenosis. Se trata de un conjunto estructurado en el cual la repartición de las frecuencias de diversas enfermedades presenta ciertas características matemáticas. De esta manera, en toda patocenosis histórica existe un pequeño número de enfermedades muy frecuentes, de morbilidad extremadamente elevada, y existe también un gran número de enfermedades relativamente raras. Consideramos como *dominantes* las enfermedades a la vez muy frecuentes y que comportan consecuencias graves para la situación demográfica y la calidad de vida de una población general o de una subpoblación determinada.» (Grmek y Sournia, 1999: 271) (Traducción libre del autor).

los médicos colombianos de finales del siglo XIX así la consideraban, sobre todo en las ciudades.

### **La tuberculosis como enfermedad contagiosa**

Un observador privilegiado de esa época fue el joven estudiante de medicina Jesús María Duque<sup>4</sup>, quien tenía 20 años cuando, en 1898, realizó una especie de primera epidemiología de la tuberculosis en Medellín. Es algo forzado calificar a su encuesta de «epidemiológica», pero era la primera vez que desde la medicina universitaria se indagaba por el problema de la propagación de la tuberculosis en la ciudad.

El interés de Duque por la tuberculosis comenzó incluso antes de obtener su diploma en Medicina y Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en 1899, pues trabajó como practicante en el Hospital de Caridad de Medellín entre 1894 y 1898, y en calidad de estudiante de medicina de último año, hizo un recorrido de observación clínica por algunos lugares de la vida colectiva de la ciudad y sus cercanías. El objetivo de su evaluación de terreno era estudiar el problema de la tuberculosis como requisito para doctorarse en medicina y cirugía. De esta observación Duque extrajo dos importantes conclusiones: 1. Desde 1894, había comenzado una epidemia de tuberculosis en la ciudad; 2. El lugar de origen más probable y el principal foco de propagación era el Presidio Departamental, prisión que albergaba unos 150 presos condenados por delitos graves. Duque concentró su atención en este establecimiento donde, a diferencia de las otras instituciones carcelarias, se aseguraba a los criminales peligrosos que debían cumplir largas condenas, y adonde llegaban condenados provenientes de las 12 cárceles del circuito que funcionaban en el departamento, lo cual lo convertía en una especie de puerta de ingreso de más enfermos a la ciudad.

---

<sup>4</sup> Jesús María Duque nació en Abejorral, Antioquia, el 17 de enero de 1878. Obtuvo su título de médico en la Universidad de Antioquia, el 22 de junio de 1899, con la tesis «Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia» (Medellín, Imprenta del Departamento, 1899, 73 pp.). En 1898, cuando se desató la Guerra de los Mil Días, se vinculó a las fuerzas de defensa del gobierno constitucional, sirvió como médico de campaña militar a las órdenes del general Albán y asistió al hundimiento del barco Lautano, en el cual falleció ese caudillo. Para completar su formación, viajó primero a Buenos Aires y, en 1908, a París, donde se especializó en enfermedades del aparato digestivo y vías urinarias así como en ginecología, aunque en el ejercicio de su profesión siempre se dedicó a la neumología. A su regreso de Europa, en 1913, ejerció temporalmente en su pueblo natal, pero luego se radicó en Medellín, donde se casó y tuvo hijos. En la Universidad de Antioquia fue profesor de terapéutica. Se destacó en muchos frentes de la reforma sanitaria que se inició en Colombia en 1913. Lideró la campaña oficial antituberculosa en Antioquia, cuyo eje principal fue la creación de un hospital, propuesta por él en 1899. Inclinado a la política, entró a formar parte del Directorio Conservador de Antioquia, del cual fue presidente. En repetidas veces fue elegido senador de la República. En esta corporación desempeñó la vicepresidencia en una ocasión. Falleció repentinamente en Medellín el 1 de junio de 1947, a los 69 años de edad y tras 48 de ejercicio profesional (Botero, 1989: 24-25).

La tesis de Duque se concentra en la prevención y la higiene, las que él engloba en la categoría «profilaxis de la tuberculosis». El autor se traza varios objetivos basados en las preguntas: ¿cómo y por qué se propaga la tuberculosis en Medellín? ¿Cómo se evita y cómo se le enseña a la gente común la prevención? Dicho de otro modo: dar a conocer las causas de «la propagación de la tuberculosis en Antioquia»; «señalar los medios más adecuados para evitar dicha propagación»; llamar la atención de las autoridades, ya que los establecimientos de castigo y otros edificios públicos, por su deficiente construcción o por ausencia de reglas profilácticas, se han convertido en focos de infección, y por último, «hacer conocer a los particulares el peligro que los amenaza», enseñándoles la verdadera profilaxis (Duque, 1899: 1).

Jesús María Duque basa su estudio en una concepción mixta de la tuberculosis. Por un lado, en cuanto a la clínica de la enfermedad, se apoya en la teoría del médico francés Michel Peter (1824-1893)<sup>5</sup>, seguidor de Laennec y, como él, anticontagionista. Para Peter, la tuberculosis no era una enfermedad contagiosa, pues su propagación estaba asociada a causas predisponentes como la miseria, el hacinamiento, el aire confinado, la alimentación deficiente y la escasa exposición a los rayos solares. Así, la tuberculosis es una especie de degeneración o decadencia del organismo que le hace producir tubérculos, y puede ser temporal, permanente, lenta, agravada o retardada (Peter, 182: 13). Aunque no la considera hereditaria, Peter pensaba que la predisposición sí se transmite de una generación a otra, y entonces existen personas más o menos «tuberculizables».

Después de un recorrido histórico por las diversas teorías etiológicas y clínicas de la tuberculosis, desde Hipócrates hasta Koch, Duque abraza el partido del pasteurianismo, el mismo de su presidente de tesis, el célebre médico y naturalista Andrés Posada Arango (1839-1923) (Márquez, 2005: 154-162). La etiología microbiana de la tuberculosis, según el pasteuriano y descubridor del bacilo, Robert Koch (1843-1910), forma el segundo pilar de la concepción de Duque, que se apoya en tres ideas: 1. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo de Koch, de características vitales resistentes y susceptible de contagios a través de las mucosas de las vías respiratorias infectadas; o sea, una enfermedad microbiana muy contagiosa. 2. No es hereditaria, pero está ligada a la pobreza, degenera la raza y, al mismo tiempo, los individuos «degenerados» son los más susceptibles de contraerla. 3. Para Duque, se trata de una enfermedad muy frecuente en Medellín, al punto que se atreve a hablar de una «epidemia», cuyo desencadenamiento remonta a 1894<sup>6</sup>: «Entre nosotros después

---

<sup>5</sup> Michel Peter (1824-1893) fue profesor de patología interna de la Facultad de Medicina de París, médico del *Hôpital de la Charité* y miembro de la Academia de Medicina de París. En 1875, fue galardonado por esa Academia por sus trabajos en cardiopatía y obstetricia. Publicó varios libros de texto para la enseñanza de la medicina clínica, la patología y la obstetricia. Era partidario de la teoría anticontagionista de la tuberculosis, defendida por el clínico René Laennec (1781-1826) (Pati, 2003).

<sup>6</sup> Duque no es el único que reporta un incremento de la tuberculosis a finales del siglo XIX. Ya el médico antioqueño Manuel Uribe Ángel lo había señalado para Medellín en un artículo (Uribe, 1898). Respecto a la ciudad de Bogotá, los autores de la época mencionan un aumento alarmante de la

del cáncer quizá es la enfermedad que más víctimas hace. Muy pocas son las familias, sobre todo las familias pobres, que no cuentan entre sus ascendientes un caso de tuberculosis. De veinte años a esta parte ha tomado un incremento increíble.» (Duque, 1899: 20).

Hay que apuntar que se trata del testimonio de un único observador, quien difícilmente podía establecer en ese momento un diagnóstico preciso de alguna enfermedad infecciosa. El Hospital San Juan de Dios, u Hospital de Caridad de Medellín, no contaba con laboratorio bacteriológico. El único que había en la ciudad era privado, pertenecía al médico y profesor Juan B. Montoya y Flórez, quien lo utilizaba, desde su instalación en 1892, para enseñar la microbiología a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Márquez, 2005: 151-153). Por otro lado, según el relato de Duque, la indagación clínica en los establecimientos que él observó (cárceles, colegios, cuarteles, hospital) se verificaba de manera muy apresurada y se clasificaba como «casos sospechosos» a todos los pacientes que presentaban síntomas de enfermedades pulmonares. Además, no existía aún una organización sanitaria municipal: la Academia de Medicina de Medellín, fundada en 1887, cumplía la labor de aconsejar al Estado en materia de higiene, pero los textos médicos de finales del siglo XIX muestran que la insalubridad reinaba sin control, y la reforma sanitaria para Colombia y para Antioquia comenzó sólo en 1913 (Márquez y García, 2006). Estos elementos nos llevan a considerar las ideas de Duque sobre la tuberculosis en Medellín como serios indicios de un grave problema sanitario.

De todas maneras, su concepción acerca de la tuberculosis combina varias ideas: la enfermedad es microbiana-contagiosa, ligada a la miseria, no hereditaria, por ende, colectiva y muy frecuente (epidémica o endémica). «No se nos hace raro la estadística que hemos visto en el anfiteatro (72 por 100) al examinar los focos de contagio que existen en Medellín, en todas las comunidades y la indiferencia con que es mirado por las autoridades asunto de tanta trascendencia para el bien general.» (Duque, 1899: 39). Relata que su experiencia clínica le ha mostrado que la mayoría de casos de contagio en Medellín y Antioquia se verifican en instituciones «donde por cualquier motivo hay reunión permanente de muchos individuos.» (Duque, 1899: 23). Esta concepción convoca medidas sanitarias y una política respecto a la enfermedad. «Nos hemos propuesto [...], mostrar el modo como se contagia la tuberculosis entre nosotros, dar una voz de alerta al Gobierno y a los directamente encargados de los establecimientos públicos, dar a conocer a los particulares el peligro que nos amenaza y al mismo tiempo dar las reglas que sean necesarias para evitarlo.» (Duque, 1899: 23).

El contagio de la tuberculosis se verifica principalmente por las vías aéreas, y Duque dedica varias páginas al esputo y a sus formas de circulación. Sin embargo, sostiene también la tesis del contagio por vía gástrica. La referencia a la tuberculosis bovina, por medio de sus observaciones en el matadero de la ciudad de Medellín y de

---

tuberculosis (Torres, 1912: 24) que pasó, entre 1887 y 1912, de ser una enfermedad esporádica a ser una endemia frecuente. Un médico e historiador de la medicina habla de «la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá» de «1870-1920» (Idrovo, 2001: 217).

las de un médico de Bogotá (el Dr. Restrepo H.) en el matadero y en el mercado público de esa ciudad, ofrecen los argumentos a favor de esa vía de contagio, a la que da una gran importancia, pues le dedica diez páginas (Duque, 1899: 23-33), en las que explica con observaciones y argumentos lógicos la tesis según la cual las vías intestinales y los epitelios gástricos no son indemnes a la infección del bacilo tuberculoso.

Para Duque, no sólo los esputos de los humanos tuberculosos son fuente de contagio del bacilo, lo son también la leche materna y la saliva, y menciona cuatro prácticas que pueden ser fuente de propagación: escupir en cualquier parte, sin precauciones higiénicas, el beso, el amamantamiento y compartir plato y cuchara al comer (Duque, 1899: 28-29). «Está probado que la espiración de un tuberculoso no lleva bacilos; estos buscan siempre un vehículo apropiado, como los esputos u otra secreción que los saque fuera del organismo.» (Duque, 1899: 30).

El matrimonio puede ser otra de las causas de contagio de la tuberculosis. El más desaconsejable es el matrimonio entre tuberculosos pobres, pues no tienen alimentación ni condiciones de vida que les permitan sobreponerse al ataque del bacilo, por tanto su prole casi siempre será tuberculosa. No sucede lo mismo con los tuberculosos de la clase acomodada, pues estos pueden seguir las prescripciones higiénicas y preservarse de seguir propagando la enfermedad de una generación a otra. «La mala alimentación, la miseria, la vida en espacios reducidos, la reunión de gentes, el alcoholismo y las enfermedades debilitantes de toda especie; forman en una persona sana un terreno apropiado para el desarrollo del bacilo de Koch.» (Duque, 1899: 38).

### **Lugares de convivencia colectiva: las prisiones**

Al examinar el Presidio Departamental, que fungía como establecimiento carcelario para reos condenados de todo el departamento de Antioquia, lo primero que Duque analizó fue la enfermería: «[...] una pieza estrecha para 15 camas», 11 de ellas ocupadas, «[...] separadas unas de otras por un espacio de 40 centímetros y con tendidos asquerosos» [...] «Había ese día en el presidio un tuberculoso tísico y tres individuos con signos muy sospechosos de tuberculosis» (Duque, 1899: 39). No se conocía allí el uso de la escupidera y la costumbre de los pacientes así hacinados era escupir contra el suelo o contra las paredes. Ahí se secaban los esputos, «[...] perpetuando de esa manera el germen de la tuberculosis». (Duque, 1899: 39).

Examinamos después el patio y corredores que sirven de refectorio. La primera impresión desagradable que recibimos fue la de ver allí un tuberculoso en tercer período a quien habíamos tenido ocasión de tratar en el Hospital de San Juan de Dios. Nos acercamos a un grupo de unos 50 individuos a preguntar si alguno de ellos sufría del pecho y pudimos contar más de 15 personas que nos contestaron afirmativamente. Lamentamos no disponer del tiempo necesario para examinar a cada uno de los presos. (Duque, 1899: 39).

Duque sospechó de la existencia en el Presidio de muchos casos de tuberculosos que «pasan inadvertidos». Examinó los dormitorios y observó que, aunque sí tienen pequeños agujeros o «respiraderos», solamente los abren dos veces al día y por eso no penetra «[...] la luz solar, que pudiera destruir los millares de bacilos que indudablemente hay allá» (Duque, 1899: 40).

«Duermen en esa sala 149 personas, de las cuales sin duda hay muchas tuberculosas. Componen el lecho una estera, una cobija y una almohada. Sólo alcanzamos a ver en un rincón, precisamente en el rincón más oscuro de la pieza, una cama de madera [...] destinada para *el tísico* [...]». Y al preguntar en dónde arrojaba los esputos el dueño de la cama, «[...] nos contestaron sencillamente *que en la pared, que era donde menos se notaba.*» (Duque, 1899: 40). Las camas estaban organizadas en tres filas, sin separación entre ellas, «haciendo así dormir juntos a los enfermos con los sanos. [...] Son encerrados en el dormitorio desde las seis de la tarde hasta las cinco de la mañana, tiempo más que suficiente para viciar un espacio tan reducido, viéndose obligados por consiguiente a hacer la rumiación del aire.» (Duque, 1899: 40).

Con la deficiente alimentación de los presos, que no llegaba a ser ni «la quinta parte de la que necesita un tuberculoso, ni la tercera parte de la que necesita un hombre sano: [...] Lo que admira es que entre esos infelices haya algunos cuyos pulmones resistan a los ataques diarios del bacilo de Koch» (Duque, 1899: 41).

Para Duque lo que ocurría en Medellín con la tuberculosis podía calificarse de verdadera epidemia. Sospechaba que la primera oleada de infecciones había ocurrido en el Presidio, en 1894, con la llegada de un preso tuberculoso, «[...] que permaneció el tiempo suficiente para contagiar algunos y dejar el bacilo en un medio apropiado» (Duque, 1899: 41). Su trabajo como practicante del Hospital San Juan de Dios de Medellín le permitió observar que, entre 1894 y 1898, muchos de los pacientes atendidos por tuberculosis provenían de tres de los establecimientos penitenciarios de la ciudad: la Cárcel de Varones, el Presidio Departamental y la Casa de Reclusión. Sin embargo, el más peligroso foco de infección era el Presidio, donde se reunían «las causas para la propagación rápida del mal». Había allí desaseo, hacinamiento, falta de ventilación y luz solar, y los reclusos, mal alimentados, eran destinados a «trabajos forzados».

Todo influye para que en el Presidio se hagan tuberculosos los pocos sanos que debe haber. El pesar producido por la libertad perdida, el recuerdo de un hecho criminoso, el simulacro de alimentación que tienen, la permanencia durante toda la noche en una sala estrecha para tantas personas y donde tienen que hacer la rumiación de un aire lleno de bacilos, el trabajo de individuos que no están suficientemente alimentados, y en fin, el régimen de vida tan favorable al desarrollo de la tuberculosis [...] (Duque, 1899: 45).

Otra era la situación de la Cárcel de Varones o Penitenciaría, porque aunque «el local y la alimentación dejan mucho que desear, [...] no hay hacinamiento» y «la permanencia de los encarcelados es relativamente corta, pues o pasan al Presidio o salen

definitivamente [y] no están sujetos á trabajos forzados.» Por ende, «[...] en la Cárcel de varones hay menos probabilidades de contagio», aunque tampoco allí se observan «buenas reglas higiénicas» y la alimentación es casi la misma del Presidio. «Hay poco más o menos 30 dormitorios y 24 de ellos son cuartos asquerosos con paredes sucias y desvencijadas y 3 o 4 lechos desaseados que explican la inaguantable fetidez que se desprende de esas piezas al abrirlas. La mayor parte permanecen cerradas todo el día, y durante toda la noche.» (Duque, 1899: 45).

Cuando visitó la Cárcel de varones había 109 encarcelados. Observó un «excusado», pequeño cuarto que albergaba una letrina, según le informaron, llena siempre de agua estancada, materias fecales y desperdicios de la cocina en constante pudrición. De ese cuarto «[...] se desprenden emanaciones deletéreas que van a perjudicar a los individuos que habitan los calabozos cercanos, quienes no son atendidos, a pesar de las reclamaciones que hacen.» (Duque, 1899: 46).

Por la escasez de agua, que apenas sí alcanzaba para cocinar, ninguno de los dos establecimientos, ni el Presidio ni la Cárcel de Varones, brindaba condiciones para que los reclusos se pudieran bañar.

Al referirse a la Cárcel y a la Reclusión de mujeres, habla de condiciones higiénicas muy aceptables, sin hacinamiento, dormitorios amplios, limpios y bien aireados, y de una sola reclusa enferma, en un lugar donde pocas mujeres se enferman (Duque, 1899: 46). No menciona el número de reclusas.

Hay que citar *in extenso* la descripción que hace Duque de la Casa de Reclusión de Varones o Penitenciaría:

Preguntamos al encargado de ese Establecimiento si había enfermos en él y nos contestó que muchos de los reos se quejaban sobre todo de enfermedades del pecho, que muchos esputaban sangre, que continuamente tenían catarros inveterados, que se los explicaba él por el mucho polvo que se levanta al barrer la casa y que había algunos picados de tisis. [...] Por cierto que no nos extrañó semejante contestación, después de examinar los dormitorios. Hay nueve piezas destinadas a ese objeto, seis de las cuales nos parecieron inadecuadas. El primero que vimos es una pieza estrecha que contiene trece camas, casi todas unidas por sus bordes y colocadas en todas direcciones, cosa que hace muy difícil el aseo. Si alguna de estas camas está ocupada por uno de los tuberculosos que hay allí, no dudamos en afirmar que antes de un año, serán doce más los atacados por esta enfermedad. (Duque, 1899: 47).

Verifiqué además que otros dormitorios, para más de diez personas, estaban en las mismas condiciones que el anterior, eran cuartos estrechos y mal ventilados, con 31 camas, deseadas y sin ninguna separación, contrario a todas las reglas de higiene.

Alguno nos dijo que cuando estaba en la Reclusión dormía cerca de un reo, que todos consideraban como tísico y que casi siempre al despertar encontraba esputos sanguinolentos sobre el tendido de su cama, probablemente porque el tuberculoso no acertaba con el rincón a donde quería arrojarlos. [...] El agua



que llega a esta Penitenciaría es muy poca. El vestido de los reclusos, desaseado y asqueroso, es un terreno apropiado para el desarrollo de animales parásitos. La alimentación es casi la misma que la del Presidio [...] No se toman precauciones de ninguna clase, dejando esputar a los tuberculosos en el punto que ellos eligen, generalmente en rincones oscuros a donde difícilmente penetra la luz solar, que es el único defensor con que cuentan los individuos de los Establecimientos de castigo. (Duque, 1899: 47-48)

### **El Hospital de Caridad, otro foco de infección**

El lugar donde este aprendiz de médico se formó directamente en la práctica, donde, desde sus 16 años, veía pacientes a diario, es denunciado por él como un foco de infección tuberculosa en la ciudad. De este hospital no se conservan archivos y casi ninguna descripción. Ese silencio, y algunos documentos del periodo 1868-1871 (cuando se lo intentó modernizar mediante una colecta de caridad pública), nos enseñan que era un refugio de miserables sin ninguna otra opción de vida o de curación, y quizá nadie querría tener que acudir a él. Una época menos dura para el Hospital se dio desde cuando la Facultad de Medicina, creada en 1871, comenzó a graduar algunos médicos (los primeros en 1875) y a unir de manera cada vez más estrecha sus labores de enseñanza con las prácticas médicas hospitalarias. A pesar de estos primeros pasos en la medicalización del Hospital de Caridad de Medellín, este seguía siendo a finales del siglo un lugar de socorro cristiano y una institución sin recursos. Esto se corrobora en la descripción de Duque de las condiciones de vida, hecha para reforzar su denuncia de la amenaza de la tuberculosis al conjunto de la ciudad.

Hospital. —Es en nuestro concepto, después del Presidio y la Reclusión de varones, el Establecimiento donde se verifica con más frecuencia el contagio. [...] se toman muy pocas reglas profilácticas, a pesar de que hay en él gran número de tuberculosos, muchos de ellos del Presidio y demás establecimientos de castigo. Una cama que ha sido ocupada durante más de medio año por un tuberculoso, se da al día siguiente de su salida a un enfermo de neumonía, de gripa, fiebre tifoidea, o cualquiera otra enfermedad que prepara un terreno de innegables aptitudes para el desarrollo del bacilo. Es cierto que a los tuberculosos se les proporcionan vasos para que recojan sus esputos, pero los enfermos salen continuamente al corredor y no se cuidan de arrojarlos en el piso o contra la pared; además, esos mismos vasos son usados después por los primeros enfermos que llegan a la sala. [...] Aun suponiendo que los esputos se recogieran en los vasos, las moscas se encargarían de transmitirlos a las camas, vestidos y alimentos de los enfermos. [...] Los tuberculosos están diseminados en todas las salas, tanto de hombres como de mujeres. [...] hay una que nos hemos empeñado en llamar sala de tuberculosos, porque en ella habitan algunos de los que hay en el Hospital, pero también lo es de leprosos, sifilíticos, neumónicas, palúdicos, cancerosos &c. &c. (Duque, 1899: 48-49).

La situación higiénica del Hospital de Caridad y las condiciones de vida de sus pacientes eran lamentables y propicias para la propagación de la tuberculosis: mala alimentación, hacinamiento, promiscuidad patógena, exposición a diversos contagios, «respiración de un aire viciado». «No se nos hace extraño que en tres años y medio de práctica hospitalaria diaria, no hayamos visto un sólo tuberculoso, a quien la enfermedad haya dado tregua, deteniéndose siquiera en su evolución. Se encuentran siempre en ellos lesiones más avanzadas el día de su salida, que el primer día de su entrada.» (Duque, 1899: 50).

### **Cuarteles y otros lugares de promiscuidad**

Ahorremos al lector la descripción de los dormitorios de policías, gendarmes y soldados, muy semejante a las de los establecimientos de castigo. Digamos solamente, con Jesús María Duque, que al hacinamiento, la mala alimentación, las deficientes condiciones de higiene, la escasez de agua y los escusados inmundos, los militares añaden otras «causas predisponentes» al contagio de numerosas «enfermedades microbianas». No duermen noches completas y viven en constante zozobra. Además, siempre se exponen a las enfermedades venéreas.

Entre nosotros se cumple casi al pie de la letra lo que dice Peter en sus clínicas hablando de los cuarteles como medio de tuberculización: «Para disimular el fastidio que habitualmente tiene, el soldado fuma mal tabaco, bebe aguardiente peor aún y degrada por el *tabaquismo* y el alcoholismo (agreguemos el *chichismo* entre nosotros), un organismo alterado ya por la insuficiencia de aire y de alimentos. Por complemento, la gonorrea o la sífilis lo fuerzan a menudo a cambiar el medio del cuartel por el del hospital, donde ni el aire es más puro, ni el oxígeno más abundante y donde su degradación orgánica continúa». (Duque, 1899: 52-53).

La Medellín de finales del siglo XIX dejaba de ser una aldea perdida en las montañas y empezaba a vivir cierto dinamismo de ciudad capital. Por eso ya había hoteles, que Duque consideraba como otros focos de infección de tuberculosis, pues en ellos casi no se observaban normas de higiene. Los huéspedes eran aceptados siempre y cuando pagaran por la estadía, nunca se hacía alguna selección ni se les podía obligar a respetar normas. El aseo de los cuartos consistía solamente en barrerlos y en sacudir los muebles, lo cual ponía «en movimiento los gérmenes microbianos», que podían infectar a cualquier persona de «constitución debilitada». En ningún hotel de Medellín se practicaba lo que ya estaba en boga en Europa: desinfectar completamente las habitaciones después de cada uso. Dice Duque: «Nuestros hoteles son un foco continuo de contagio; son visitados constantemente por toda clase de personas y no hay nada que se parezca a la observación [...] de las más elementales reglas de profilaxis.» (Duque, 1899: 53-54).

Luego se ocupa de los «talleres»:

¿Cómo es posible que no exista la tuberculosis en un lugar donde permanecen muchos obreros, la mayor parte de ellos alcohólicos viejos y por lo general mal alimentados, llevando una vida sedentaria, moviendo no más que los músculos de sus brazos, y si alguno de ellos es tuberculoso, lo que no es raro, arrojando en una pieza estrecha, oscura y mal aereada (sic), las secreciones de los pulmones? (Duque, 1899: 54).

En los talleres el riesgo de contagio era mayor cuando el personal trabajador era femenino, y esto se debía, según Duque, a la debilidad natural de la mujer, que siempre vivía «en un aire confinado» y rara vez al aire libre, y cuya vida era sedentaria. La mujer era, pues, «un medio más favorable al desarrollo del bacilo», la «tuberculización de la mujer» era más frecuente que la del hombre porque, y cita a Peter, «no es cuestión de útero, es cuestión de costumbres». (Duque, 1899: 54-55).

Sin embargo, algunos oficios producían más vulnerabilidad a la infección que otros. Y Duque se refiere especialmente al oficio femenino de enrollar el tabaco:

[...] ¿qué diremos del modo como viven las mujeres en nuestros aliños (cuartos donde se arregla el tabaco)? Desde las primeras horas del día, se reúnen veinte, treinta o más obreras a fumar y a arreglar grandes rollos de tabaco. Se sientan una cerca de otra, en un cuarto, por lo general estrecho y húmedo, que permanece cerrado mientras no se trabaja en él. El aire que respira una obrera en una pieza de éstas, ha estado muchas veces en los alvéolos pulmonares de todas sus compañeras. [...] Basta con que [...] haya alguna que esté atacada de tuberculosis para que todas estén en inminente riesgo de adquirirla, pues ajenas a la educación y a todo conocimiento de profilaxis, arrojan sus esputos en el suelo, y como no cambian de lugar forman grandes depósitos de saliva y esputos junto a ellas. (Duque, 1899: 57).

### **Viviendas como focos de infección**

Novedad urbana de una ciudad que comienza a volverse populosa: las viviendas amontonadas, los cuartuchos, las casas divididas para hacer inquilinatos, y el régimen de vida de las clases pobres son otras de las causas para que la tuberculosis sea tan frecuente.

Habitan algunas familias, compuestas de cuatro, cinco ó más personas, en un cuarto de pequeñas dimensiones y con una sola entrada del aire, la puerta, que felizmente para la aereación (sic), es siempre mal hecha. Esta pieza sirve a la vez de dormitorio, refectorio, cocina y en algunos casos de corral de aves y de excusado. Están estas familias por lo general mal alimentadas, en un estado de desaseo permanente y sufriendo constantemente las pesadumbres que traen

consigo el alcoholismo y la miseria. No es raro pues que la tuberculosis las azote con tanta frecuencia. (Duque, 1899: 57).

Cuando se refiere a las viviendas de la clase burguesa, Duque señala como focos de infección a «los sirvientes», muchos de ellos «tuberculosos que viven en relación íntima con los habitantes de la casa» (Duque, 1899: 58).

### **Vida y cuerpo individuales: con y contra la infección**

Los modos de vida de los individuos forman el segundo conjunto causal de la tuberculosis descrito por Jesús María Duque. Una costumbre que creaba vulnerabilidad era el abuso de alcohol. Se le puede llamar una «causa indirecta», pues produce en sus víctimas enfermedades y cambios de régimen («degradación orgánica»), que las predisponen a la tuberculización. Pero hay que distinguir entre dos tipos de alcohólicos: los de situación social acomodada y los pobres. Estos últimos se encuentran sobre todo en los establecimientos penitenciarios y en la «clase obrera» o «clase tuberculizable» (Duque, 1899: 59).

Las demás causas fisiológicas que predisponen a la tuberculosis son los estados provocados por el cáncer, el paludismo, la bronquitis aguda, la bronquitis crónica, la viruela y otras «enfermedades debilitantes» (Duque, 1899: 60-62).

Su concepción acerca de la influencia de los hábitos individuales en la propagación de la tuberculosis se completa en su exposición acerca de la profilaxis. Los padres tuberculosos producen prole «tuberculizable», pero si a esos niños se les cambian las condiciones de vida y se les aporta «vitalidad suficiente», podrían contrarrestar las causas que se presentan en la vida social para adquirir la tuberculosis. No hay que separarlos totalmente de sus padres, pero se les debe evitar la lactancia y el beso de la madre tuberculosa, y deben dormir en pieza separada de los padres. «Si ha nacido en una ciudad, donde abundan las causas de contagio, retirarlo de ella y llevarlo a un lugar elevado y sano donde haya aire puro y luz solar; en una palabra, hacer del candidato para la tuberculosis un ‘campesino’, como decía Peter.» (Duque, 1899: p. 63).

Aparece la primera objetivación en el discurso médico de Medellín de esa especie de niño débil que exigirá atención especial por parte del Estado, el «niño tuberculizable»<sup>7</sup>, que «[...] se reconoce por la irregularidad en el desarrollo de los sistemas muscular y óseo, crece en longitud, es flaco, pálido, está sujeto continuamente a eczemas, blefaritis, hipertrofias amigdalinas, catarro crónico y el desarrollo de su inteligencia y de su sistema nervioso es casi siempre precoz.» (Duque, 1899: 63). Hay que detectar a esos niños y tratarlos de manera especial para cambiarles los hábitos corporales y así alejarlos de la fatiga causada por el exceso de trabajo o «surmenage», los abusos de tabaco y de alcohol y los excesos de concupiscencia (Duque, 1899: p. 64).

---

<sup>7</sup>Este imaginario médico-higiénico de la infancia está bien analizado para el caso de Argentina (Armus, 2007: 75-103).

Aunque Duque estaba convencido del origen microbiano de la tuberculosis, consideraba la herencia como un conjunto de factores que predisponen, y que se adquieren al nacer o durante los primeros años de vida. No necesariamente se nace tuberculoso, pero sí con la predisposición a serlo. No obstante, no fue partidario de aislar al tuberculoso de su familia, porque ella puede ayudarlo a curarse, y si sus miembros sanos siguen las prescripciones higiénicas, no se contaminan (Duque, 1899: 65).

### **«Profilaxis de la tuberculosis»: el esputo**

Según Duque, y según una opinión dominante en la medicina de su época<sup>8</sup>, el esputo es el medio más frecuente de contagio de la tuberculosis, el médico y la familia del tuberculoso lo deben vigilar y controlar. Primero, el enfermo jamás debe ingerir sus esputos, pues no haría sino empeorar su estado. Debe siempre expulsarlos, y estos deben recogerse en el mismo recipiente.

Si el tuberculoso está ya reducido a la cama, debe tener para su uso personal y único dos escupideras que se estén renovando. [...] desprovistas de tapas, [...] porque el tuberculoso está continuamente esputando y necesita por lo tanto que la escupidera esté descubierta; y porque muchas veces se quedan adheridos a ellas los esputos y la saliva, substancias tan peligrosas por los bacilos que contienen. (Duque, 1899: 65).

Duque propone el uso de escupideras desechables, de papel y madera, que se puedan destruir diariamente por incineración. Proscribe totalmente el uso del pañuelo como escupidera. Aconseja la desinfección diaria de las escupideras no desechables y poner siempre en su fondo sustancias antisépticas. Todo tuberculoso que se desplace debe cargar su propia escupidera y asearla correctamente. Los esputos siempre deben destruirse y no deben desecharse por ningún otro medio. De esta lógica del esputo y la saliva como principales contaminantes, y previendo que el bacilo puede sobrevivir por varias horas incluso en medio externo, se sigue que la habitación del tuberculoso debe estar separada de todas las demás de la casa.

Según otros principios profilácticos de la tuberculosis, el encierro produce varios inconvenientes: la mala circulación del aire provoca acumulación de bacilos que lo infestan, y la «rumiación del aire» que reinfecta al paciente y a quienes lo rodean; nunca debe escasear el oxígeno, indispensable para el tuberculoso, a él y a la pieza que habita solamente les conviene la luz solar y muy poco la de velas y lámparas de aceite; la luz

---

<sup>8</sup> Aparece por primera vez expuesta en un texto médico antioqueño la «guerra contra el esputo», considerado como el medio más frecuente de contagio, pero se sabe que no se trata de una representación exclusivamente médica. Estas ideas de Duque son coincidentes con lo que Diego Armus ha descrito para la ciudad de Buenos Aires en términos de «obsesión del contagio» y «cultura de la higiene» (Armus, 2007: 226-230).

solar es la que más ayuda a que no sobrevivan los bacilos que están en el exterior del cuerpo. Las habitaciones de los tuberculosos deben ser, pues, aireadas, espaciosas, iluminadas naturalmente y muy austeras, porque el cuarto adornado con tapices, cortinas y toda clase de ropas aumenta la posibilidad de adhesión de los bacilos y la fetidez y el envenenamiento del aire (Duque, 1899: 66-67).

El tuberculoso no debe ingerir alcohol, fumar ni practicar el acto venéreo, prácticas todas debilitantes que además aumentan las posibilidades de contagio. Lo que sí debe practicar es la hidroterapia, la equitación, el ejercicio moderado al aire libre y la buena alimentación.

### «Profilaxis pública» de la tuberculosis

En Medellín, la más urgente reforma propuesta por Duque, para contrarrestar la propagación de la tuberculosis, fue cambiar las condiciones de vida del Presidio, la Cárcel de Varones, la Casa de Reclusión y la Cárcel y Reclusión de Mujeres. Había que volver a construir los edificios o refaccionarlos enteramente. Se debía abrir ventanas en los muros de los dormitorios; proveer a cada preso de cama individual con todo su avío para evitarles la humedad del suelo; separarlos en el dormitorio, al menos un metro de distancia entre las camas; cada preso debía tener su escupidera y debía enseñársele la higiene completa del esputo, que se acabe la costumbre de escupir contra las paredes y en el piso; se debía desinfectar completamente el edificio, y luego de ello separar a los tuberculosos de los que aún no lo eran; las raciones de carne de los presos eran muy pobres y debían aumentarse, pues eran desproporcionadas respecto a los pesados trabajos que realizaban; las enfermerías de los establecimientos carcelarios no tenían por qué albergar tuberculosos ni sospechosos de tuberculosis, solamente debían atender a enfermos con «afecciones transitorias»; a los presos se los debía obligar a bañarse con frecuencia y a cambiarse de ropas, para ello era necesario que cada prisión se aprovisionara en agua y baños, inexistentes en algunas, mientras que en otras había uno solo para toda la población.

Sin embargo, la reforma principal, la verdadera campaña contra la tuberculosis consistiría, según Duque, en la «creación de un hospital de tuberculosos», «de imperiosa necesidad», donde fueran «llevados todos los tuberculosos y los sospechosos de tuberculosis, de los establecimientos que ya hemos señalado». El hospital debía ubicarse fuera de la ciudad, «en un lugar elevado y sano dispuesto como la higiene lo ordena. [...] No es preciso que se haga un hospital lujoso, basta con que sea regularmente cómodo y amplio.» (Duque, 1899: 72).

El problema de la historia social y cultural de la tuberculosis en Antioquia apenas sí ha sido planteado por los investigadores (Vélez y López, 2001; Congote y Casas, 2007). Las estadísticas de mortalidad y morbilidad de Medellín y Antioquia sólo comenzaron a ser ordenadas y publicadas juiciosamente desde 1916. Una lectura cruzada de las cifras y los discursos sobre la tuberculosis de finales del siglo XIX y comienzos del

siglo XX debería ayudar a responder si se trató de un verdadero problema sanitario y colectivo, en términos biomédicos y epidemiológicos, o si formó solamente un conjunto de representaciones sociales y culturales basadas en el estigma sociocultural atribuido a esta enfermedad en ese periodo.

En la historia de las políticas de salud pública y de las reformas de higienización en Medellín, que comenzaron en 1913, la lucha contra la tuberculosis aparece como la cristalización de un discurso, representada en una institución y en un dispositivo técnico: la Junta Departamental Organizadora de la Lucha Antituberculosa<sup>9</sup>, y la construcción de un hospital de aislamiento<sup>10</sup>. Desde la fundación de este primer hospital para tuberculosos en Medellín (el Hospital La María), el doctor José María Duque trabajó en este proyecto como médico y como científico. Dedicó todos sus esfuerzos a su buen funcionamiento, por lo cual, con justicia, uno de los pabellones del nuevo hospital llevaría más adelante su nombre.

## Bibliografía

- ÁLVAREZ, Víctor, (1996), «Poblamiento y población en el Valle de Aburrá y Medellín, 1541-1951». En: Melo, Jorge O., *Historia de Medellín*. Vol. I. Medellín: Suramericana de Seguros, 56-84.
- ARMUS, Diego, (2007), *La ciudad impura, salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- BOTERO RESTREPO, Juan, (1989), *La medicina antioqueña en el sector rural*. Medellín: s.n.
- CONGOTE DURANGO, Jana y CASAS ORREGO, Álvaro, (2007), *Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín. 1900-1930*. Tesis de historia. Medellín: Universidad de Antioquia.
- DUQUE, Jesús María, (1899), *Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia*. Tesis. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina y Cirugía, Imprenta del Departamento.
- GRMEK, Mirko et SOURNIA, Jean Charles, (1999), «Les maladies dominantes». En: Grmek, M., (dir.) (1999), *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Vol. 3, «Du romantisme à la science moderne». Paris: Seuil, 271-293.
- IDROVO, Álvaro (2001), «Notas sobre el inicio de la epidemia de tuberculosis pulmonar en Bogotá 1870-1920». *Biomédica*, 21: 216-223.

---

<sup>9</sup> La Junta fue creada por el Acuerdo N.º 4 de enero de 1920. *Crónica Municipal*. Año IX, N.º 265 - 268, 21-19, Medellín: 29 de enero de 1920.

<sup>10</sup> Inaugurado el 12 de octubre de 1923. «Felicitación al Concejo». *Crónica Municipal*. Año XII, N.º 383, 3023, Medellín: 20 de octubre 1923.

- MÁRQUEZ, Jorge y GARCÍA, Víctor, (2006), «La Comisión Sanitaria Municipal de Medellín: surgimiento de un modelo de control higienista». En: Márquez y García (2006), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- MÁRQUEZ, Jorge, (2005), *Ciudad, miasmas y microbios: la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- PATI, Amalia, (2003), «La tuberculosis y su rol cultural en el siglo XIX y principios del siglo XX». Reseña del libro de David Barnes (1995), *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth Century France*. <http://www.clinica-unr.org/Cultura/Cultura5.htm> (consulta: 25-09-09).
- PETER, Michel, (1882), *Leçons de Clinique médicale tome II*. (3<sup>e</sup> édition). Paris: Asselin,
- SECRETARÍA DE HACIENDA Y FOMENTO de los Estados Unidos de Colombia, (1876), *Anuario estadístico de Colombia de 1875*. Bogotá: Imprenta de Medardo Rivas.
- SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES, (1848), *Estadística General de la Nueva Granada*. Bogotá: Imprenta J. A. Cualla.
- TORRES, Calixto, (1912), «Profilaxis de la tuberculosis en el medio obrero». *Repertorio de medicina y cirugía de Bogotá*, 4 (37): 23-37.
- URIBE ANGEL, Manuel, (1898), «Tuberculosis pulmonar». *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 9 (11): 342-347.
- VÉLEZ ALZATE, Mariela y LÓPEZ UPEGUI, Armando, (2001), *Medellín en los años veinte: la industrialización y la fundación del Hospital la María*. Tesis. Medellín: Universidad de Antioquia.