

CONTROL DE LA LEPRO Y CONTAGIONISMO EN SURINAM

Henk E Menke^a, Stephen Snelders^b y Toine Pieters^b

^aVU-University Medical Centre, department of Metamedica, Amsterdam.

^bUniversity of Utrecht, Descartes centre for the History and Philosophy of the Sciences and Humanities.

(Este trabajo es una traducción de Menke HE, Snelders S, Pieters T. *Leprosy control and contagionism in Suriname*. Acad J Sur 2011, 2, 168-175. Reproducido con el permiso de los autores).

RESUMEN

La lepra, aunque actualmente está desapareciendo, no ha sido derrotada todavía en Surinam. En la época colonial fue un gran problema para el gobierno colonial y la población, siendo la mayoría de pacientes (en la época pre-abolicionista) esclavos. En el siglo XVIII se estableció un sistema de control que ya incluía la en la legislación la detección y el confinamiento como métodos importantes. Los médicos holandeses que ejercían en Surinam durante el siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX propusieron modelos contagionistas de contención que sugieren que la lepra era causada por una mezcla de factores, siendo la infección uno de ellos. Pero durante la primera mitad del siglo XIX, los investigadores europeos rechazaron mayoritariamente la infección y prevaleció el anti-contagionismo, considerando la herencia y los factores medioambientales como su causa. Al mismo tiempo, en Surinam – puesto que la lepra estaba incontrolada – la lucha contra la lepra se reforzó promulgando leyes implacables para perseguir e identificar a los leproso. A su vez, Charles Louis Drogmat-Landré defendió el punto de vista (tesis Utrecht) de que solamente la infección es la causa de la lepra. Su argumento sobre el contagionismo fue rechazado en Holanda, pero posteriormente publicó sus ideas en francés y así llegaron a ser más conocidas internacionalmente e influyeron en el noruego Hansen. Este descubrió algunos años después el microorganismo causal. Se afirma que hay una relación entre el desarrollo de una forma de contagionismo típico surinamés, un sistema de control de la lepra brutal y la estructura política autocrática, no liberal (hacia los esclavos) de la colonia holandesa de Surinam.

PALABRAS CLAVE: lepra, contagionismo, anti-contagionismo, legislación, esclavitud. Drogmat-Landré.

SUMMARY

Leprosy is nowadays a disappearing but not yet defeated disease in Suriname. In colonial times it was a burden for colonial government and people, the majority of patients (in preabolition times) being slaves. In the 18th century a control system was established, with detection and isolation, anchored in legislation, as major methods. Dutch physicians working in Suriname in the 18th and first half of the 19th century proposed contingent contagionistic models, according to which leprosy was caused by a mixture of factors, infection being one of them. But in the first half of the 19th century European researchers generally denied infection as the cause of leprosy and the paradigm of anti-contagionism prevailed, considering heredity and environmental factors as its cause. At the same time in Suriname – because leprosy appeared uncontrollable – the fight against the disease was reinforced by promulgating more relentless laws to hunt and identify lepers. In line with this, the Suriname born Charles Louis Drogmat-Landré defended the view (thesis Utrecht) that infection is the one and only cause of leprosy. His extreme contagionism was sharply rejected in The Netherlands, but then he published his ideas in French and so could reach the international scene and influence the Norwegian Hansen. The latter discovered the culpable micro-organism a few years later. We claim a correlation between the development of a typical Surinamese form of contagionism, the brutal leprosy control system and the autocratic, non-liberal (towards the slaves) political structure of the Dutch colony Suriname.

KEY WORDS: leprosy, contagionism, anticontagionism, legislation, slavery, Drogmat-Landré.

Correspondencia a: Dr. H. E. Menke, 's-Lands werf 249, 3063GG, Rotterdam, Nederland. Tel: 00-31-10-2019405.
E-mail: henk@hemenke.demon.nl

INTRODUCCIÓN

El número anual de nuevos casos registrados de lepra revela una disminución anual a través de las últimas décadas (Lai A Fat and Sabajo, 2003). La incidencia (número anual de nuevos pacientes por 10.000 habitantes) disminuyó desde alrededor de 5 casos en los años 1970 hasta menos de un caso en 2008.² Esto se debe, sobre todo, a la disminución de los casos paucibacilares.³ Pero la incidencia de casos multibacilares permanece con alrededor de 0.7 casos, más o menos estable, durante las pasadas décadas.³ De manera que la lepra, como problema de salud pública, no ha sido derrotada. Además, parece ser que la reciente inmigración de Brasil ha traído nuevos casos de lepra a Surinam.⁴ Hay una ironía histórica en el hecho de que fue el mismo fenómeno de la inmigración el que convirtió la lepra en endémica en Surinam. La inmigración masiva durante el mercado de esclavos africanos cambió la ecología de la enfermedad de forma drástica en la colonia desde el siglo XVII. Un reservorio de lepra tuvo vía libre para acceder a Surinam y la enfermedad se convirtió en endémica.⁵ Desde entonces, la lepra ha azotado a la sociedad surinamesa, convirtiéndose en una pesada carga para la población y el gobierno. La migración desde el continente asiático a finales del siglo XIX y principios del XX trajo más casos de lepra. Probablemente, todas las personas que se establecieron en Surinam procedentes de países endémicos de lepra contribuyeron al reservorio de la enfermedad (Menke y Niemel 2003, p. 23). Este origen múltiple de la lepra en Surinam es consistente con los hallazgos de Monot et al. (2005), quien estudió el origen y la diseminación global (incluyendo la región del Caribe) de la enfermedad mediante genómica comparativa.⁶ Durante el siglo XX, Surinam tuvo uno de los índices de lepra más elevados del mundo. Esto se apoya en los datos que afirman que en la década de 1920 aproximadamente, un 1% de la población de Surinam y el 2.3% de la población en la capital Paramaribo tenía lepra (Flu, 1928, p. 65).

Desde el siglo XVIII, el gobierno colonial holandés consideró la lepra como un problema de salud pública y una amenaza para la economía de las plantaciones. Por tanto, estableció un sistema de control de la enfermedad muy riguroso mediante la detección y el aislamiento (apoyados por la legislación vigente) como principales objetivos. Este sistema de control culminó en el siglo XIX con una implacable legislación que permitía perseguir y aislar a los leprosos y la apertura de tres nuevos leprosarios (Menke y Niemel, 2003. pp. 25-26)

La idea de que la lepra es contagiosa es muy antigua, desde la época medieval e incluso aparece en la época bíblica. Sin embargo, este concepto fue muy criticado en el siglo XIX. La cuestión epidemiológica de cómo enfermedades que azotaron Europa en aquellos tiempos como la tuberculosis o el cólera se diseminaron y extendieron entre las poblaciones estuvo muy debatida. En los extremos de la discusión estaban los llamados contagionistas y anti-contagionistas, totalmente opuestos entre sí (Ackerknecht, 1948; Worboys, 200, pp. 1-43). El primer grupo sostenía que el control de las enfermedades endémicas debía ser mediante cuarentena y aislamiento. Los anti-contagionistas se definen por su oposición a tener un solo punto de vista como el contagio para explicar la prevención y el control de las enfermedades tipo epidémicas. Sin embargo, la mayoría de médicos no eran de ninguno de los dos extremos y podríamos denominarles contagionistas inciertos. El mismo debate se producía en las comunidades médicas internacionales que escribían sobre el control, con los distintos puntos de vista de los contagionistas, anti-contagionistas y contagionistas inciertos. Estos últimos tenían diferentes

ideas, que abarcaban los conceptos anteriores del siglo XVIII en que la causa de la enfermedad era el contagio con un “veneno” (transmitido por humanos), pero tenía que coincidir con una constitución débil para provocar la enfermedad.

Durante las décadas de 1850 y 1860 las tres principales hipótesis sobre la lepra procedían de tres escuelas de pensamiento anti-contagionista: hereditaria, sanitaria y dietética, siendo el debate científico internacional dominado por investigadores noruegos y británicos (Pandya, 1998, p. 374; Robertson, 2003). La información obtenida por los médicos holandeses que trabajaban en ultramar (en las Antillas así como Indonesia) se consideró importante en los círculos científicos de Holanda, dando lugar a tesis doctorales y otras publicaciones.⁷ En la década de 1860 un concepto (defendido por el médico Charles Louis Drogmat-Landré) originado en la colonia ya menos importante de Surinam (comparado con la Indonesia holandesa), influyó el curso del debate europeo de la lepra y la investigación (Drogmat-Landré, 1867; 1869). El trabajo de Drogmat-Landré ha recibido escasa atención en la historiografía moderna de la lepra (Menke et al., 2007; 2009; 2010).

En este trabajo preliminar, se describe el sistema de control de la lepra en Surinam poniendo énfasis en el siglo XIX, en el marco de: a) contexto socio-económico de la colonia de esclavos y b) los conceptos científicos sobre la causa de la enfermedad. Se prestará especial atención a la oposición y punto de vista de Drogmat-Landré y la forma en que influyó el debate y la investigación en Europa; también demostraremos que los conocimientos sobre la lepra originados en Surinam encontraron una seria oposición en Holanda. Finalmente, se debatirá brevemente la posible conexión entre el sistema político colonial de Surinam, el control estratégico de la lepra, y los conceptos científicos referentes a la causa de la enfermedad. Este trabajo se basa en fuentes primarias y secundarias que se publicaron sobre este tema junto al análisis de las leyes sobre la lepra de la colonia de Surinam incluso con la investigación, aunque limitada, de archivos originales.

ECONOMÍA, ESCLAVITUD Y ENFERMEDAD

En el año 1667, Surinam pasó a ser colonia de Holanda mediante el “intercambio” por lo que se conocería como Nueva York, como parte del Tratado de Paz con los británicos. La colonia en la “costa salvaje” se convirtió en el centro de un modesto imperio antillano (den Heijer, 2002, p. 140). A pesar de la escasez crónica de esclavos africanos – un suministro anual “limitado” de 2000 esclavos de la Compañía de las Indias Orientales significaba un precio muy elevado por esclavo – la economía era próspera. La exportación de azúcar, café, tabaco y madera se incrementó significativamente al mismo tiempo que el número de plantaciones creció aproximadamente de 25 en 1667 a 400 un siglo después y el número de esclavos pasó de unos pocos miles a sesenta mil. Pero Surinam resultó tener un ambiente malsano para los recién llegados, tanto europeos como esclavos africanos, que fueron objeto de distintas afectaciones. Enfermedades intestinales, venéreas, pulmonares y oculares, así como síntomas cutáneos se presentaban frecuentemente, incluyendo el muy contagioso “jas”, “jaas, o “Jans” (framboesia tropical), una devastadora enfermedad tropical. El índice de mortalidad de los esclavos en las plantaciones presentó un incremento muy acentuado, estimado en 40 por 1000 habitantes;

por tanto, Surinam tenía una mala reputación entre las colonias de plantaciones del Caribe (Oostindie, 1989, pp.1, 131). Mantener el número de esclavos en las plantaciones constituía una gran preocupación para los terratenientes. Repercutía en su propio beneficio mantener el máximo tiempo posible a sus esclavos. Pero para mantener una elevada productividad, la salud de los esclavos era un prerequisite fundamental.

LEGISLACIÓN DE LA LEPROSIA

Los primeros intentos en el siglo XVIII de tener el “jaas o cualquier otra afectación” en Surinam bajo control mediante una legislación se llevaron a cabo con la intención de proteger a los colonos blancos. En el año 1728, el gobierno de Surinam adoptó las primeras medidas contra las enfermedades infecciosas, basadas en la sospecha de que los esclavos eran una fuente de infección (Schiltkamp en de Smidt, 1973, pp. 395-396). Por tanto, se proclamó legalmente que a un esclavo que padeciese una enfermedad infecciosa no se le permitiría deambular por una vía pública por el riesgo que reportaba para las personas mayores, especialmente los niños blancos. El propietario del esclavo se exponía a una multa por incumplir esta norma. Sin embargo, en la práctica, la ley parecía ser incapaz de controlar la enfermedad. Por eso se aplicaron leyes más estrictas. La lepra se menciona por primera vez en los textos históricos de Surinam en 1759 (Oostindie, 1989 pp. 140-141). Con la revisión en 1761 de la citada ley, “boasie” (lepra) aparece nombrada por primera vez en una ordenanza legal (Schiltkamp en de Smidt, 1973, pp. 707-708). Se impusieron mayores sanciones a los propietarios de los esclavos que ignorasen las normas sobre enfermedades contagiosas. La lepra ya se reconocía como una enfermedad grave e importante. Pero no fue hasta 1790 que se divulgaron leyes nuevas y más estrictas, incluyendo el aislamiento de los afectados (Schiltkamp en de Smidt, 1973, pp. 1144-1147). Ese año, el gobierno decretó que la plantación Voorzorg en el río Saramacca fuera lugar de aislamiento de esclavos y “mulatos y negros libres” que padeciesen lepra. A los residentes blancos que presentaran esta enfermedad se les permitió permanecer en sus propias casas, y podían mantener contacto con otros solamente en casos estrictamente necesarios. Otro artículo de esta ley (modificada en 1791 y 1792) intentaba prevenir que los recién llegados con lepra diseminaran la enfermedad: los esclavos que acababan de llegar de África y eran diagnosticados de boasie por el médico que inspeccionaba el barco eran llevados a custodia, y si no eran deportados se les recluía en Voorzorg (Schiltkamp en de Smidt, 1973, pp. 1159-1160 y pp. 1167-1168). Pero otra vez, a pesar de estas leyes, no se consiguió vencer la lepra.

En el año 1823, el gobierno decidió que Voorzorg tenía que ser abandonada como colonia para leprosos por su cercanía a las plantaciones y a la única población, Paramaribo. Por decreto, los leprosos fueron trasladados a la plantación de Batavia situada en la orilla derecha del río Coppename, mucho más alejada de Paramaribo. Sin embargo, la deportación no fue una tarea fácil. Los esclavos leprosos se resistieron hasta el final, a pesar de que sus cabañas fueron incendiadas (Klinkers, 2003, p. 51). No fue hasta 1831 que se hizo efectiva la obligación legal de internar en Batavia a todos los esclavos y parte de la población libre, es decir aquellos afectados por lepra. Esta se basó en una nueva ley, de hecho una revisión profunda de las leyes anteriores referentes a la lepra (Gouvernements Blad, 1830). Según esta nueva ley, los dueños de esclavos estaban obligados a informar a las autoridades de cualquier esclavo

que fuese sospechoso de padecer lepra. Todo aquel que lo incumpliera podía ser multado con 200 florines por cada esclavo infectado. Además, se introdujo un “sistema de informante” secreto de casos sospechosos y una penalización por no informar deliberadamente. Una comisión especial para la lepra llamada “*Commissie tot onderzoek naar de ziekte der Melaatschheid en besmettelijke Elephantiasis*” decidía, después de un detallado examen, si un esclavo estaba afectado o no.⁸ Esta comisión estaba compuesta por seis miembros, entre ellos el *Stads Geneesheer* (el médico local) y el *Stads Chirurgijn* (el cirujano local). Si un esclavo estaba infectado, su destino final era Batavia. En casos de duda, se le clasificaba como “sospechoso” y se le permitía regresar con su amo con la condición de no frecuentar lugares públicos. Al cabo de un año, se le sometía obligatoriamente a un segundo examen. Anualmente, se declaraban infectados de 30 a 50 esclavos, con un máximo de 194 casos en 1831, el año en que se introdujo la ley. Para las personas “libres” se aplicaba la misma categorización, pero solo cuando una persona “libre” con lepra incumplía las reglas de “aislamiento” saliendo de casa y entrando en lugares públicos y en caso de problemas con su alojamiento, las autoridades podían decidir deportarlos a Batavia. Las brutales consecuencias de las leyes de la lepra de 1830 se manifestaron de manera que cuando un esclavo considerado “sospechoso” por la comisión fuese visto en la vía pública este recibiese una paliza con cañas como castigo; al residente “libre” que hiciese lo mismo se le nombraba en el periódico local. Las inspecciones de las casas no sólo eran por sospechas de esconder a una persona infectada, sino que las revisiones sistemáticas de todas las viviendas en Paramaribo una vez cada tres años eran un procedimiento formal. Sin embargo, se puede imaginar hasta donde llegaba el brazo de la ley en la práctica diaria.

La proporción entre “libres” y “no-libres” en Batavia era de 1:25, para una población total de 486 habitantes en el año 1847 (ten Hove, 2003, pp. 42-43). Asumiendo que la población de Surinam era de 50.000 habitantes aproximadamente, esto significa que a los 17 años de haber introducido la ley menos del 1% de la población estaba aislada en Batavia. A primera vista, el examen de 2.813 casos sospechosos de estar infectados en un período de quince años (desde 1831) y de las 1.289 personas de verdad infectadas, parece impresionante (Duchassaing, 1858). Pero el refuerzo de las leyes en 1845 y otra vez en 1855, plantea serias dudas sobre la efectividad de las medidas legales tomadas por el gobierno (*Gouvernementsblad*, 1845; 1855). La abolición de la esclavitud en 1863 no produjo grandes cambios en los planteamientos tan severos para luchar contra la lepra. Catorce años después, el renombrado experto inglés en lepra G. Milroy describió a Surinam como un país que trata la lepra de un modo bárbaro: “*Ellos [los pacientes de lepra] son tratados como parias, siendo expulsados y excluidos rigurosamente (por el resto de sus vidas) de la sociedad, privados no solamente de su libertad personal, sino también de sus derechos civiles*” (Edmons, 2006, p. 55). Por cierto, que el punto de vista de Milroy no fue sorprendente, ya que era un feroz oponente del aislamiento de los pacientes de lepra.

De todo lo anterior se deduce que la lucha contra la lepra no fue fácil. Para poner en marcha las leyes, las autoridades dependían de la colaboración de toda la comunidad. Tanto económica como socialmente había un conflicto de interés a nivel individual y colectivo. Igual que en la Guyana Británica o en otros puntos del Caribe, la estigmatización y los mitos construidos alrededor de la lepra, así como la tensión intrínseca entre la disuasión y la compasión desempeñan un importante papel en relación a la enfermedad (Edmond, 2006 pp. 1-23). Los pacientes

de lepra eran considerados como impuros, pecadores o malditos (“kunu”) por la población criolla (Klinkers, 2003). Los pacientes, independientemente de su etnia, eran considerados una amenaza para la comunidad, y para proteger la pureza y el orden moral, se les excluyó de la sociedad. Al mismo tiempo, el cuidado de los afectados de lepra era visto como una forma muy generosa de caridad, de esta forma la religión – con Peerke Donders como icono del celo misionero en Surinam – entró en la escena del control colonial de la lepra.⁹ Peerke Donders nació en Tilburg (Holanda) y trabajó en Batavia como misionero desde 1856 hasta 1887, siendo beatificado por el Papa Juan Pablo II en 1982.

Batavia, la colonia situada lejos de la capital, se cerró en 1893, pero en esa misma década abrieron sus puertas tres nuevas leproserías: Groot Chatillon (no religiosa), Bethesda (protestante), y Gerardus Majella (católica romana) (Menke en Niemel, 2003 p. 25-26). Groot Chatillon y Bethesda estaban ambas situadas en el río Surinam, mientras que Gerardus Majella se encontraba justo en la frontera de la ciudad de Paramaribo, separada, sin embargo, del mundo exterior por un muro y un arroyo.

De lo anterior se deduce que en el siglo XIX Surinam fue endureciendo gradualmente su política con la lepra; una política injusta y ejecutada por el gobierno que creía que la enfermedad era contagiosa. Con esta política, el gobierno colonial parece ignorar la complejidad de los conceptos científicos sobre la causa de la lepra propuestos por los médicos, incluidos aquellos (ver párrafo siguiente) que habían trabajado en Surinam y habían formulado modelos contagionistas inciertos en el siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX.

ORIGEN DE LAS ANTILLAS HOLANDESAS O EL CONTAGIO DE LA LEPRO EN SURINAM

Las ideas basadas en la observación de la lepra en Surinam desempeñan un papel muy relevante en el debate científico sobre las posibles causas de la enfermedad en el siglo XIX. El libro sobre lepra de los noruegos Danielssen y Boeck (1848), defendiendo la tesis de que la lepra era una enfermedad hereditaria no-infecciosa, fue debatida en la literatura médica holandesa por Israëls (1857, pp. 162-166). Según este influyente profesor de epidemiología e historia médica de la Universidad de Ámsterdam, la idea de que la lepra fuese infecciosa no estaba en contradicción con el concepto de herencia propuesto por los noruegos como su causa fundamental. Israëls propuso el criterio unificado de que la infección, junto a factores medioambientales y una predisposición causaba la enfermedad. Formulando este concepto, continuaba con la tradición de los médicos que habían trabajado para las autoridades coloniales en Surinam: P. Fermin (1864) y G.W. Schilling (1771) en el siglo XVIII, y A. van Hasselaar (1835) y J.P. ter Beek (1841) en el siglo XIX. Estos autores describieron la causa de la lepra como una mezcla de infección, herencia y sanidad, que encajaba con el concepto de contagionismo incierto. De hecho, Fermin y Schilling pueden considerarse como los médicos que en el siglo XVIII describieron los fundamentos para el “contagionismo de la lepra en Surinam o las Antillas holandesas”. Este “contagionismo maleable” del siglo XVIII y primera mitad del XIX también se detalla en los trabajos del médico Charles Landré.¹⁰ Este resumió sus conclusiones así: *“La enfermedad se puede diseminar por infección. Los europeos que – debido a las condiciones en que viven aquí – permanecen más que otros, libres de la infección y que raramente se ven afectados por la lepra; son*

probablemente los menos predispuestos a esta enfermedad" (Duchassaing, 1858). Charles Landré era un médico holandés con antepasados hugonotes que emigró en 1840 de Ámsterdam a Surinam. Alcanzó la posición de Primer Doctor en Medicina de la Ciudad y fue nombrado miembro de la Comisión de Lepra. Como tal, asistió al refuerzo de la política surinamesa de búsqueda de la lepra y estrategia de aislamiento. La vida de la familia Landré está muy unida a la lepra. Un hijo (de nombre Drogmat) desarrolló la enfermedad y otro hijo (llamado Charles Louis) estudió medicina y publicó la causa de la lepra. Charles Landré, quien al principio fue un contagionista incierto modificaría su punto de vista referente a la causa de la enfermedad en la dirección del contagionismo puro (Menke et al., 2009).

ACALORADO DEBATE ENTRE CONTAGIONISTAS Y ANTI-CONTAGIONISTAS

En los años 1850 y 1860 el anti-contagionismo fue el movimiento científico dominante en el debate europeo sobre la causa de la lepra. En 1867, el joven médico Charles Louis Drogmat Landré (Landré Jr.), nacido en Surinam, inició un apasionado debate científico con su tesis doctoral en la Universidad de Utrecht, en la que defendía el concepto de que la lepra es contagiosa (Drogmat-Landré, 1867). Por esta razón, rechazó el concepto hereditario de Danielssen y Boeck (1848); de acuerdo con Landré Jr., los noruegos habían sacado conclusiones equivocadas al malinterpretar los datos de los árboles genealógicos que emplearon para apoyar su punto de vista. Landré Jr., basó su opuesto punto de vista (que había elaborado en estrecha colaboración con su padre) por un lado en publicaciones de los médicos holandeses Schilling (1871), Hasselaar (1835) y ter Beek (1841), quienes habían trabajado en Surinam, y por otra parte en sus propias observaciones. Según él, los descendientes europeos de la colonia se infectaban por los esclavos africanos o sus descendientes, que estaban afectados de lepra. Por su forma de vida tan aislada, los indios americanos raramente entraban en contacto con los europeos y africanos y, por tanto, permaneciendo prácticamente libres de la enfermedad. Landré Jr., se refirió a esto en su tesis tal como sigue (traducido del holandés al inglés por los autores): *"Es prácticamente imposible para los europeos de la colonia evitar el contacto con los pacientes de lepra y aunque los afectados tienen que eliminarse a sí mismos de la sociedad, esta ley frecuentemente no se cumple y, por tanto, las personas a veces quedan expuestas a la lepra, especialmente cuando la enfermedad sólo presenta pocos síntomas; además, la mayoría de los europeos de la colonia se mezclan con la población negra femenina. De manera que se puede demostrar el contacto entre europeos y leprosos, pero prácticamente nunca entre indios americanos y leprosos. Los hijos de europeos que nunca han tenido casos de lepra entre sus familiares son infectados, pero se puede demostrar que por ignorancia o sin conocimiento de sus padres, han mantenido contacto con pacientes de lepra o fueron amamantados por nodrizas que padecían la enfermedad. En estos niños, la causa de su enfermedad sólo se explica —así me lo parece— por contagio"* (Drogmat-Landré, 1867, pp. 74-75). Landré Jr., también rechazó esta idea —defendida, entre otros, por Schönfeld (1857) — de la existencia de dos tipos etiológicamente distintos de lepra; un tipo europeo hereditario y un tipo de ultramar (colonial) contagioso. Su punto de vista era que en todos los casos la lepra es infecciosa y transmitida por contagio. Por tanto, Landré Jr., abandonó los modelos etiológicos híbridos (multi-causal) (que incluían el contagio) propuestos por sus predecesores holandeses que habían trabajado en Surinam, a favor de un modelo puro mono-causal de contagio.

Sin embargo, el contagionismo puro de Landré Jr., fue rechazado en Holanda. B. Carstens (1867), Inspector de Salud Pública en Holanda, defendió con vehemencia el origen hereditario de la lepra el mismo año, refiriéndose al informe del Real Colegio Británico de Médicos (1867). Respecto a la tesis de Landré Jr., Carstens observó que a pesar de la llegada a Holanda de pacientes de lepra de las colonias, no se habían detectado nuevos casos; un argumento que podía utilizarse contra el contagio. H.J. Vinkhuijzen (1868), médico y escritor, sostenía argumentos más serios. Él elevó el ardor del debate al proponer que las conclusiones de Landré Jr. no tenían ningún valor, porque había interpretado mal los datos epidemiológicos. Según Vinkhuijzen (cita traducida del holandés por los autores): *“La diseminación de la lepra en Surinam no es el resultado de la infección, pero puede explicarse sencillamente como una combinación de la herencia y las condiciones específicas de vida como el modo desordenado de vida de la población negra y su dieta desequilibrada y poco nutritiva, junto con las condiciones climáticas.”*

Con sus ideas referentes a la causa de la lepra, Landré Jr. fue completamente ignorado en Holanda, ya que su posición científica contradecía el paradigma prevalente basado en la herencia y la sanidad. Aunque defendió una sólida tesis académica, no fue tomado en serio. Sin embargo, no admitió la derrota e intentó buscar reconocimiento internacional. En 1869, publicó un monográfico en francés en París en que reforzaba sus ideas con nuevos hechos, empleando un título provocativo: *“De la contagion, seule cause de la propagation de la lèpre”* (Drognat-Landrè, 1869.¹¹ Al presentar sus teorías sobre la infección en francés, Landré Jr. pudo alcanzar la sociedad médica y científica europea (ya sin la barrera idiomática que le suponía el uso del holandés). El médico noruego G.A.Hansen que trabajó con Danielssen en el hospital para la lepra de Bergen tuvo sus dudas sobre el concepto hereditario noruego/británico. Estudió el libro de Landré Jr. y halló argumentos e inspiración para elaborar la idea de la lepra como enfermedad infecciosa (Harboe, 1973, p. 417). En el marco de un análisis profundo, tradujo los doce casos clave de Landré Jr. del francés al noruego y los publicó en 1872 en una revista médica noruega (Hansen, 1872, pp. 23-27). Describimos los casos número 5 y 6: *“Las dos mayores de cuatro hijas de un miembro de la corte de justicia desarrollaron lepra y murieron a la edad de 19 y 22 años. La primogénita fue amamantada por una mujer negra que desarrolló síntomas severos de lepra y falleció por causa de la enfermedad. La segunda muchacha fue amamantada por su madre. Algunos años después fueron obligadas a abandonar el colegio porque los síntomas de la enfermedad se manifestaron de manera tan visible que tuvieron que ser aisladas inmediatamente; por tanto desafortunadamente, las hijas fueron separadas de su madre; posteriormente, se llegó a la conclusión de que los primeros síntomas se habían manifestado mucho tiempo antes. El padre de las niñas era holandés. La madre, nacida en la colonia, tenía descendencia europea. Pertenecían a distinguidas familias holandesas y llevaban una vida confortable”* (Drognat Landré, 1869, p. 52). Según Landré Jr., ni la disposición ni el medioambiente podrían explicar el desarrollo de la lepra en estas pacientes. Sólo se explicaba por el contacto físico directo con leprosos. Hansen afirmó que fue el libro de Drognat-Landrè el que le abrió los ojos al hecho de que ellos (los noruegos) no habían prestado suficiente atención a la infección (Irgens, 1973, 193). Hansen continuó sus investigaciones en esta dirección y descubrió al microorganismo causal (*Mycobacterium leprae*) en 1873 (Vogelsang, 1978). Casi veinticinco años después, en la I Conferencia Internacional sobre Lepra en Berlín en 1897, el concepto de la contagiosidad de la lepra fue mayoritario.

En esta reunión, Broes van Dort (1897), en representación de Holanda, señaló que ya en 1867 cuando el anti-contagionismo estaba en su apogeo, Landré padre e hijo habían defendido el contagionismo.¹² De manera que, en la última década del siglo XIX, con el apoyo internacional a favor del contagionismo, en Surinam la práctica (que prevalecía desde el siglo XVIII) de perseguir y aislar a los pacientes de lepra fue continuada y tres nuevos leprosarios (mencionados anteriormente) abrieron sus puertas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El sistema de control de la lepra surimanés se inició durante la primera mitad del siglo XVIII, y gradualmente se hizo más implacable durante los siglos XVIII y XIX. Resulta tentador asumir que el sistema de detectar y aislar a las personas con lepra estaba basado en el concepto de que la enfermedad fuese infecciosa (junto o no a otros factores etiológicos). Pero el concepto de contagionismo quizás no haya sido el único motivo para el desarrollo del sistema utilizado. Ese sistema podría haber sido facilitado por la estructura política de una sociedad esclavista. El historiador médico E. H. Ackerknecht (1948) apunta que hay una estrecha relación entre el sistema político de una nación, su cultura y el planteamiento resultante frente a enfermedades infecciosas, una correlación, en otras palabras, entre política y profilaxis. Desde el punto de vista de Ackerknecht, una ideología "autocrítica" favorece la visión de las enfermedades de tipo epidémicas como contagiosas, y consecuentemente se aplican las teorías de la cuarentena. En contraste, "los liberales" que resienten la intervención estatal, enfocan el tema desde una gran variedad de perspectivas locales, particularmente problemas sociales, e intentan prevenir las enfermedades corrigiendo las deficiencias del medioambiente a través de reformas higiénicas. Por supuesto, como argumentó Baldwin (1999), Ackerknecht subestimó la complejidad de las respuestas nacionales a las epidemias. Sin embargo, Baldwin (1999, p. 557) admite que el sistema político se correlaciona a grosso modo con las medidas profilácticas. De manera que la publicación de Ackerknecht sigue siendo relevante y puede considerarse un punto de partida válido para examinar la relación entre estructura política y las medidas tomadas frente a las enfermedades (Hamlin, 2009; Stern y Markel, 2009). Las colonias de las Antillas, incluyendo Surinam, tenían un sistema autoritario de gobierno que no se preocupaba de los derechos de los residentes no blancos. Esta estructura política autocrática de la colonia de esclavos de Surinam hay que considerarla como una precondition para explicar las medidas de control de la lepra que fueron tomadas en ese país.

La segregación de los pacientes de lepra en Surinam se mantuvo durante el siglo XIX, a pesar de que en Europa, incluyendo Holanda, los anti-contagionistas dominaban los debates y se oponían enardecidamente a la cuarentena y el aislamiento. La Indonesia holandesa, sin embargo, se adhirió al anti-contagionismo y las leproserías se cerraron (Sitanala, 1940). En nuestro análisis, es importante señalar que en la Indonesia holandesa, donde la población nativa tenía mayor autonomía, las políticas sanitarias locales resultaron menos restrictivas. Esto contrasta bastante con Surinam. Los desarrollos divergentes de las políticas de salud pública y las teorías respecto a la lepra en el Occidente y el Oriente reflejan las distintas características de sus sociedades y culturas, incluyendo el sistema político en que evolucionaron.

Con este trabajo hemos levantado solamente una esquina del velo que cubre la historia de la lepra en Surinam, que va ligada indisolublemente a la historia del país y sus habitantes. Esto está en sintonía con el modo en que se contextualiza la “biografía de la enfermedad” entre la estructura social, económica y cultural de la sociedad y su conexión con el desarrollo de la legislación y la salud pública. No hace falta ni mencionar que para una mejor comprensión y explicación de las dinámicas históricas y las interrelaciones del control de la lepra, conceptos científicos y sistema político, hay que realizar una investigación comparativa entre Surinam por un lado y la Indonesia holandesa (en el contexto de la historia colonial holandesa), y por otro lado con los países vecinos del Caribe y Sudamérica.

REFERENCIAS

Ackerknecht, E.H., 1948. The Fielding H. Garrison lecture: Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bull Hist Med* 22, 562 – 593.

Baldwin, P., 1999. *Contagion and the state in Europe (1830-1930)*, Cambridge University Press, Cambridge.

Beek ter, J.P., 1841. *Dissertatio inauguralis de elephantiasis Surinamensis* (PhD thesis), Leiden University, Leiden.

Broes van Dort, T., 1897. De internationale lepraconferentie te Berlijn (11-16 Oct. 1897) *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 41, 893-897.

Carsten, B., 1867. Over de verspreidingswijze der lepra, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 11, 481-485.

Danielssen, D.C., Boeck, C.W., 1848. *Traité de la spédalskhed ou elephantiasis des Grecs. Traduit du Norwégien sous les yeux de Mr Danielssen par L.A.Cosson (de Nogaret) avec un atlas de 24 planches colorées*, Baillière, Paris .

Drognat - Landré, C.L., 1867. *De besmettelijkheid der lepra Arabum, bewezen door de geschiedenis dezer ziekte in Suriname* (PhD thesis). Utrecht University, Utrecht, the Netherlands.

Drognat - Landré, C.L., 1869. *De la contagion, seule cause de la propagation de la lèpre*, Baillière, Paris.

Duchassaing, P., 1858. Over de elephantiasis Arabum in West – Indië; Met een nawoord betreffende deze ziekte in de kolonie Suriname van Dr. Landré, 209-233, in: *West-Indië. Bijdragen tot de bevordering van de kennis der Nederlandsch West- Indische koloniën*, deel II, Haarlem .

Edmond, R., 2006. Chapter 1, describing, imagining and defining leprosy, 1770-1867, in: Edmond, R., *Leprosy and empire: A medical and cultural history*, Cambridge University Press, Cambridge.

Fermin P., 1764. *Traité des maladies fréquentes á Surinam, avec une dissertation sur le fameux crapeaud de Surinam nommé Pipa*, Maastricht.

- Flu P.C., 1928. Verslag van een studiereis naar Suriname (Nederlandsch Guyana) Sept. 1927 - Dec. 1927, en beschouwingen dienaangaande. Kemink en Zoon, Utrecht.
- Gouvernements Blad (GB) van de kolonie Suriname. Official publication in the colony of all laws and regulations, first issue in 1816.
- Gouvernements Blad van Suriname No 13; publicatie van 15 september 1830.
- Gouvernements Blad van Suriname No 13; publicatie van 27 december 1845.
- Gouvernements Blad van Suriname No 8; publicatie van 2 juli 1855.
- Gussow Z., 1989. Leprosy, Racism and Public Health: social policy in chronic disease control, Westview Press, Boulder Colorado.
- Hamlin, C., 2009. Commentary: Ackerknecht and "Anticontagionism": a tale of two dichotomies. *Int J Epidemiol* 38, 22-27.
- Hansen, G.A., 1872. Om vort kjendskab til spedalskhedens aarsager og om vore forholdsregler mod sygdommen. *Norsk Magazin foer Laegevidenskaben* 2, 1-37.
- Harboe, M., 1973. Armauer Hansen-the Man and his Work, *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 41, 417-424.
- Hasselaar van, A., 1835. Beschrijving der in de kolonie Suriname voorkomende Elephantiasis en Lepra (Melaatschheid) (PhD thesis), Amsterdam University, Amsterdam.
- Heijer den, H., 2002. De geschiedenis van de WIC, Walburg Pers, Zutphen.
- Hove ten, O., 2003. 19e eeuws bevolkingsonderzoek naar lepra in Suriname; maatregelen en cijfers. *Oso, tijdschrift voor Surinamistiek* 22, 34-49.
- Irgens, L.M., 1973. Leprosy in Norway: an interplay of research and public health work, *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 41, 189-198.
- Israëls, A.H., 1857. Bijdrage tot de geschiedenis der lepra in de Noordelijke Nederlanden. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde* 1, 161 – 175.
- Klinkers, E., 2003. De bannelingen van Batavia; leprabestrijding gedurende de negentiende eeuw in koloniaal Suriname. *Oso, tijdschrift voor Surinamistiek* 22, 50-61.
- Lai A Fat, R., Sabajo, L., 2003. De epidemiologie van lepra in Suriname. *OSO, tijdschrift voor Surinamistiek* 22, 99-103.
- Landré, C., in: Duchassaing, P. Over de elephantiasis Arabum in West – Indië; met een nawoord betreffende deze ziekte in de kolonie Suriname van Dr. Landré in: *West-Indië. Bijdragen tot de bevordering van de kennis der Nederlandsch West- Indische koloniën, deel II, (Haarlem 1858), 209-233.*
- Menke, H., Niemel, P., 2003. Lepra in Suriname: van segregatie naar integratie. *OSO, tijdschrift voor Surinamistiek* 22, 21-33.
- Menke, H.E. Wille, R-JB., Faber, W.R. en Pieters, T., 2007. Bijdragen van Nederland en zijn koloniën aan de kennis over de oorzaak van lepra in de negentiende eeuw. *Ned Tijdschr Geneesk* 151, 825 - 830.

- Menke, H.E., Snelders, S. en Pieters, T., 2009. Omgang met lepra in “de West” in de negentiende eeuw; tegendraadse maar betekenisvolle geluiden vanuit Suriname. *Studium*2, 65 – 77.
- Menke, H.E., Faber, W.R. and Pieters, T., 2010. Charles Louis Drogat - Landré and Gerhard Henrik Armauer Hansen. Contribution from a Dutch colony to the discovery of the leprosy bacterium. *Lepr Rev* 81, 82 – 86.
- Monot, M., Honoré, N., Garnier, T., Araoz, R., Coppée, J., Lacroix, C. et al., 2005. On the origin of leprosy. *Science* 308,1040-1042.
- Oostindie, G. (1989) *Roosenburg en Mon Bijou. Twee Surinaamse plantages, 1720 –1870.* Dordrecht.
- Pandya, S.S., 1998. Anticontagionism in leprosy, 1844 – 1897. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 66, 374 -384.
- Report on leprosy by the Royal College of Physicians, 1867. Prepared for, and published by Her Majesty ´s Secretary of State for the Colonies; with an appendix, London.
- Robertson, J., 2003. Leprosy and the elusive *M.leprae*: colonial and imperial medical exchanges in the nineteenth century. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(suppl. 1), 13 – 40.
- Schilling, G.W., 1771. *Verhandeling over de Melaatschheid. Proefschrift te Utrecht verdedigd in 1769. Uit het latijn vertaald (PhD thesis).* Utrecht University, Utrecht.
- Schiltkamp en J.Th. de Smidt, 1973. *West Indisch Plakaatboek. Plakaten, ordonnantiën en andere wetten uitgevaardigd in Suriname I, 1667-1761, S. Emmering, Amsterdam.*
- Schiltkamp, J.A. en J.Th. de Smidt, 1973. *West Indisch Plakaatboek. Plakaten, ordonnantiën en andere wetten uitgevaardigd in Suriname II, 1761-1816, S. Emmering, Amsterdam.*
- Schönfeld, K.D., 1857. *Verhandeling over de lepra in ´t algemeen en de elephantiasis tuberculosa in ´t bijzonder (PhD thesis), Groningen University, Groningen .*
- Stern, A. M. and Markel, H., 2009. Commentary: Disease etiology and political ideology: revisiting Erwin H Ackerknecht’s classic Essay, “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *Int J Epidemiol* 38, 31-33
- Sitanala, J.B., 1940. Het probleem der leproserieën in Nederlandsch-Indië. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië* 80, 1370-80.
- Vinkhuijzen, H.J., 1868. *De melaatschheid, vooral met betrekking tot hare oorzaken en de verhouding in de maatschappij, ´s-Gravenhage.*
- Vogelsang, T. M., 1978. Gerhard Henrik Armauer Hansen 1841-1912. The discoverer of the leprosy bacillus. His life and his work. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 46, 257-332.
- Worboys, M. (2000) *Spreading Germs: disease theories and medical practice in Britain, 1865 – 1900.* Cambridge University press, Cambridge.

NOTAS FINALES

1. Este trabajo está basado en parte en artículos anteriores de los autores (referencia: Menke et al. 2007, 2009 y 2010)
2. La incidencia de la lepra se calculó aproximadamente de los datos provistos por Leslie Sabajo, jefa del Servicio de Dermatología de Surinam, la subdivisión del Ministerio de Salud Pública responsable del control de la lepra.
3. En relación con la carga bacteriana y por tanto la contagiosidad, se reconocen dos tipos de lepra: paucibacilar y multibacilar. Los pacientes con lepra paucibacilar no son contagiosos o lo son mucho menos que los pacientes de tipo multibacilar.
4. Información recibida de Leslie Sabajo; ver también la nota 2.
5. Schilling en su tesis académica del siglo XVIII fue (uno de ellos) el primero en señalar el origen africano de la lepra surinanesa (Schilling 1771).
6. La visión expuesta sobre el origen de la lepra en Surinam está basada parcialmente en hipótesis y evidencias indirectas. El origen exacto de la lepra en Surinam precisa de una investigación adicional.
7. En relación a las Antillas, nos referimos a las disertaciones de Schilling (1771), Hasselaar (1835) ter Beek (1841) y Drogat-Landré (1867).
8. El nombre de esta comisión en inglés es: "Commision for examination of people in order to detect Leprosy and contagious Elephantiasis".
9. Según Gussow (1989), antropólogo americano, el misionerismo es casi colonialismo, contagionismo y racismo, una de las piedras angulares de la construcción, en el siglo XIX, de la lepra como enfermedad tropical colonial.
10. Hemos empleado el término "contagionismo maleable", que el holandés es "kneedbaar contagionisme" (Menke et al 2007). El "contagionismo maleable" se puede considerar idéntico al "contagionismo dudoso".
11. En inglés se titula: "On contagion, sole cause of the spreads of leprosy".
12. T. Broes van Dort fue un destacado dermatólogo holandés, que estudió la lepra y publicó muchos trabajos y un libro sobre la enfermedad.