

LA LEPRO Y LA ELEFANCÍA EN CANARIAS A COMIENZOS DEL SIGLO XIX: SU DESARROLLO, PREVENCIÓN E INTENTOS DE ERRADICACIÓN POR LAS INSTITUCIONES CIVILES Y ECLE- SIÁSTICAS

P O R

PEDRO C. QUINTANA ANDRÉS

A Alejandro Hernández Expósito

En las Islas Canarias la incidencia de las enfermedades infecciosas fue proverbial a lo largo de todo el Antiguo Régimen. A los puntuales brotes de peste localizados en las islas se sumaron otra serie de epidemias de gran incidencia sobre la población —caso de la fiebre amarilla de 1813— caracterizadas por su coyunturalidad, pues sus manifestaciones estaban unidas a las reiteradas cíclicas recesiones económicas por las que atravesó el Archipiélago en tal época. Pero de entre ellas destacaron por su perennidad y mínima erradicación a lo largo de la modernidad la lepra y la elefancia, las cuales se erigieron en un problema sanitario permanente que transcenderá el Antiguo Régimen y llegará en las islas, muy amortiguado, hasta nuestros días, aunque en la actualidad sigue manifestándose como casi una pandemia en otras zonas del

mundo¹. La lepra ha sido reconocida desde los tiempos bíblicos como una enfermedad contagiosa, siendo asociada por el pueblo hebreo a la ejecución de un castigo divino sobre la persona infectada². Desde fecha temprana el leproso fue apartado del resto de la población y destinado a vivir en barrios o zonas aisladas del vecindario e, incluso, a no circular por los lugares públicos sin anunciar mediante sonido o vestidos específicos su presencia. En la Edad Media la lepra adquirió en Europa dimensiones de una verdadera plaga, sobre todo después de las primeras Cruzadas y su contacto con el Oriente donde la enfermedad era cotidiana. En poco tiempo se multiplicó el número de asilos o leproserías por el continente, llegándose en Francia en escasos años a contabilizarse más de 2.000, al igual que aconteció en Inglaterra³. El ingente número de contagiados llevó a movilizar un elevado número de capitales entregados por las ciudades para el control de los vecinos contagiados o por próceres que intentaban adquirir la gloria divina dando a cambio algunos óbolos⁴.

¹ En el año 1998 la Federación Internacional de Asociaciones No Gubernamentales (ILEP) estimaba la cifra de leproso en el mundo en siete millones, repartidos en un 82 % entre cinco países: Birmania o Myanmar, Brasil, India, Indonesia y Nigeria. Sólo en 1997 se registraron 850.000 nuevos casos, siempre relacionados con la falta de asistencia sanitaria, la precariedad en la alimentación, la pobreza, etc. Desde los últimos treinta años la lepra ya tiene posibilidades de total curación gracias a la aplicación del llamado Multy Drug Therapy, combinación de tres medicamentos, que detienen y eliminan a la enfermedad. Los limitados ingresos de las personas afectadas y la precariedad sanitaria de muchos países permiten aún la presencia de ésta en el mundo. En Canarias en el año 2000 aún existían 211 casos de lepra, aunque sólo 18 activos, *Canarias* 7, 30-1-2000.

² En dicho libro sagrado, tanto en el Viejo como Nuevo Testamento, son varios los episodios donde se hace mención a la lepra y la condición de marginado que ocasionaba a cada uno de los enfermos, al ser visto como un maldecido por la cólera divina. Una de las siete plagas enviadas por Dios sobre Egipto fue la lepra, siendo también uno de los castigos infligidos a Job por el Diablo el cubrirlo con una úlcera desde los pies hasta la cabeza, supurando ésta continua podredumbre.

³ ARRIETA, O., *Historia de algunas enfermedades y medicamentos*, Maracaibo, sin año de edición.

⁴ Una amplia bibliografía sobre el tema se puede consultar en RUBIO VELA, A., *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, 1984.

Esta actitud del patriciado y grupos burgueses de la ciudad buscaba, ante todo, distribuir una fracción del amplio número de capitales detraídos de las masas populares a través de los múltiples medios de coacción facilitados por la estructura económica imperante, como único modo de salvaguardar sus propiedades de posibles estallidos de conflictividad o de epidemias que arruinaran sus prósperos negocios de intercambios. A la aparición de los primeros hospitales dedicados al cuidado de los enfermos se sumaron la de órdenes de carácter religioso y/o militar dedicadas a tal menester, como la de San Lázaro en Francia o la de San Jorge y de los caballeros teutónicos, cuya evolución temporal tuvo un carácter menos piadoso, en Alemania⁵. En general, como se ha mencionado, el enfermo era aislado de todo contacto con persona sana, pudiendo sólo salir a la luz del día con un largo traje negro sin poder mostrar las manos pues las mangas iban cosidas al pecho, llevando sombrero de amplias alas para taparle la cara y por acompañamiento una campanilla para anunciar su presencia. Varios fueron los decretos de Concilios y de los Papas declarando la lepra una enfermedad incompatible con la celebración del matrimonio, aunque dichas disposiciones fueron reiteradamente incumplidas. A la vez, se crearon una serie de comités, juntas o grupos de inspectores de leprosos formados por peritos, médicos y miembros del municipio para clasificar y designar las peculiaridades de las manifestaciones y grados del mal alcanzado en cada sujeto⁶. Pero el conocimiento sobre su curación era mínimo en los tiempos que estudiamos, aunque se recoge la cura de algunos enfermos por una especie de inmunización debido a episodios de brotes agudos de fiebre, manchas y lepromas o en otros casos se registraron dichas sanaciones como gracias divinas⁷.

⁵ KOLLE, W.-HETSCH, H., *La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas*, tomo I, Madrid, 1911.

⁶ VV.AA., *Historia General de la Medicina*, 7 tomos, Barcelona, 1976.

⁷ Entre las ejemplificaciones de milagros realizados por la Virgen de Candelaria, el padre Alonso de Espinosa destacaba el otorgado en favor de Francisco Sánchez, el cual, en 1531, fue afectado por una enfermedad en el rostro haciéndose todo «una llaga asquerosa», de la que sanó gracias a

En todo caso, la lepra es una afección crónica que evoluciona de forma lenta, situado su período de latencia en más de diez o doce años, teniendo, en general, tres grandes formas de manifestación: la tuberculosa, la máculo-anestésica y la mixta. La primera es la más espectacular en su incidencia sobre los afectados, al estar formada por nudosidades induradas, llamadas lepromas, situándose éstas preferentemente en el contorno de la nariz y frente, en forma de alas de mariposa. El segundo tipo de lepra se caracteriza por la multiplicación de manchas pigmentosas y lesiones en los nervios periféricos, dando lugar a trastornos tróficos cuyo proceso más



Médico medieval con hopalanda y gorro anticontagio
(el pico estaba relleno de estopa con vinagre)



Miniatura medieval donde se representa el rechazo generalizado a la entrada de leprosos en las urbes.
Los enfermos debían anunciar su presencia haciendo sonar una carraca.

degenerativo supone la aparición de ulceraciones pustulantes seguidas de mutilaciones de mayor o menor intensidad. La mixta supondrían para los enfermos afectados manifestaciones donde se combinarían las dos tipologías ya descritas⁸. A la

untarse la zona con la aceite de la lámpara situada delante de dicha imagen. ESPINOSA, A. DE, *Historia de Nuestra Señora de Candelaria*, Santa Cruz de Tenerife, 1980, pp. 193-194.

⁸ KOLLE, W.-HETSCH, H., *op. cit.* En Canarias a comienzos del siglo XIX se hacía diferencia entre cuatro tipos diferentes de lepra:

a) Aquella donde el cutis aparece muy seco y áspero con un color blanco purpúreo. La manifestación de lepra se produce primero en la cabeza y cuello, aunque también se puede extender a toda la cabeza la enfermedad, así como en las extremidades. Todo se acompaña de síntomas comunes, caso de pruritos y ardor molesto en especial por la tarde y primera vigilia nocturna. Se comparaba a la sarna más intensa. Ésta se decía curaba radicalmente con tratamiento.

b) La segunda es la más perniciosa, pero menos común, adquiriendo el cutis un color oscuro, aparecen en él escamas, costras pustulaciones y otras afecciones. El resto del cuerpo está salvaguardado de todo mal, pero la respiración no es del todo libre y el afectado exhala una fuerte fetidez en el aliento. La posibilidad de recuperar al paciente es incierta, aunque se avanzaba en aquel momento en nuevas terapias.

c) La lepra conocida como elefantiasis se caracterizaba por tener los enfermos las piernas y los pies entumecidos y monstruosos —rara vez se enfermaban los dos—, con costras, pustulaciones, varices y úlceras, siendo esta especie de lazarinos los más frecuentes en la región. Se apuntaba por los médicos que mientras más monstruosa apareciera la enfermedad en el exterior más aliviado estaba el afectado. Los síntomas de ésta y los del cuarto tipo de lepra sólo podían ser aliviados en parte.

d) La más rebelde para los médicos era la productora de graves deformidades en el rostro, al revestir unas veces las partes de la cara con costras de diversa elevación y forma y otras, sin manifestaciones cutáneas, se manifestaban en la delineación desordenada de las partes del rostro.

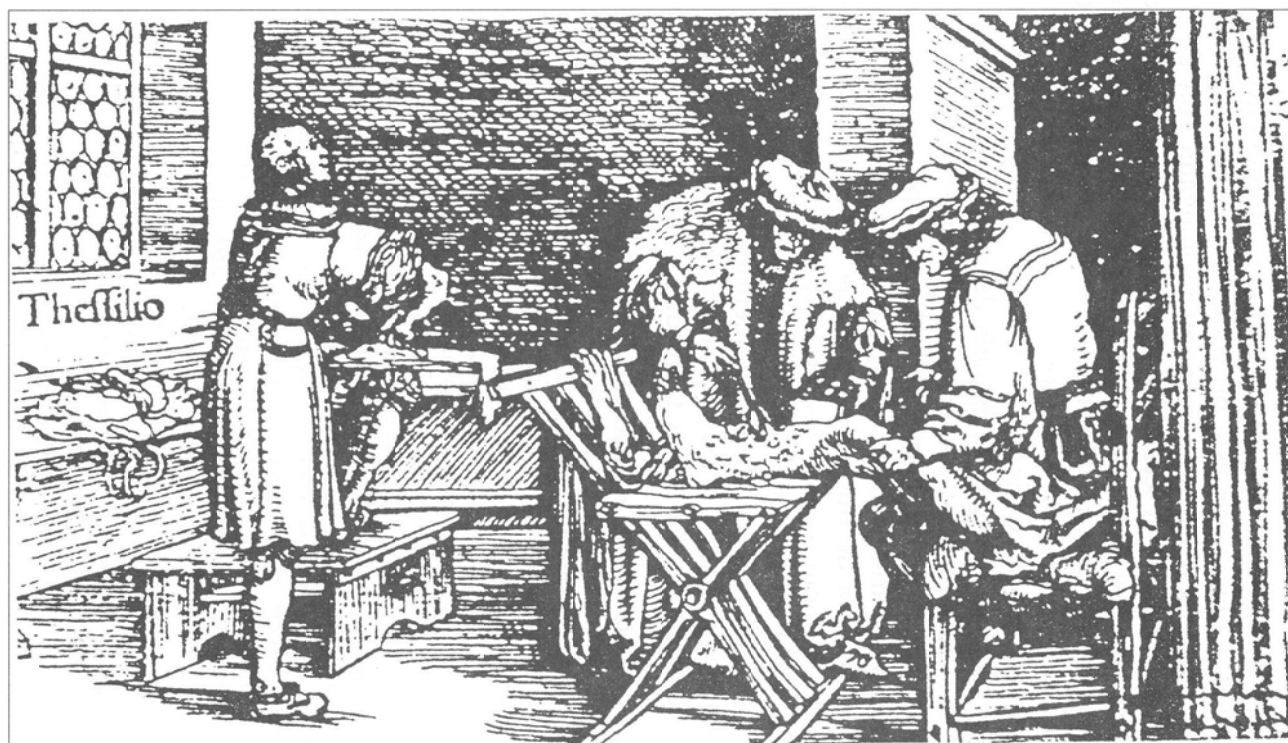
El régimen que debía seguirse para intentar curar la enfermedad lo ideó el médico Ballesteros, recogido con posterioridad para una posible solución de la enfermedad por la Junta de Caridad y el Obispo de la diócesis de Canarias. En él se mandaba que los pacientes tomaran en ayuna suero de leche de cabra con dos onzas de zumo de plantas de la especie de «becabunga», «berdolaga» o «berros», convirtiéndose ésta en la bebida usual de los infectados. Un puñado de las citadas hierbas se mezclaba con granos de «borraja», «pimpinela», «achicoria» y otras a los cuales se añadirían dos cucharadas de arroz, cuatro hojas de naranjo agrio y dos dracmas de cremor tártaro —tartrato ácido de potasio— unidos a doce cuartillos de

larga, el organismo del leproso —hígado, riñones— se ven afectado intensamente por la enfermedad aunque ello no implica que el contacto con éste provoque de forma necesaria el contagio, salvo si existe una relación prolongada con él. Del mismo modo, parece descartada la transmisión hereditaria de dicho mal, aunque sí está demostrada que una relación íntima y prolongada con el enfermo supondrá un alto riesgo de contagio para la persona que conviva con él, auspiciándose por los médicos de comienzos del siglo XIX un aislamiento, más o menos severo según la escuela del galeno, y una drástica limpieza de utensilios y ropas de los leprosos⁹.

El bacilo de la lepra se multiplicaba y propagaba en aquellos países y lugares donde su sociedad se caracterizaba por prevención y falta de limpieza e higiene en las casas, utensilios, en los alimentos y en las propias personas, además de proliferar en ellos la pobreza y pauperización. Estas últimas razones son las que influirán con idéntica incidencias en la aparición de la filarosis extendida ampliamente durante el Antiguo Régimen en las zonas tropicales e intertropicales. Por

agua. Dicha mezcla se cocerá lentamente durante media hora, tras lo cual se colaba y se le añadía una cáscara de limón. De la infusión resultante, el afectado bebería durante 30 o 40 días el agua, sin volverla a calentar, y en dicho espacio tomaría baños generales, preferiblemente en el mar, según las fuerzas e interés del paciente. Sus comidas debían basarse en pucheros con carnes tiernas y frescas, con preferencia de pollo, vaca, etc., acompañados por lechugas, calabazas, acederas o espinacas —además de algunas de las plantas citadas con anterioridad— y siempre guarnecidos con arroz. Todo condimentado con los polvos de los vegetales citados en caldo o echando en una taza medio papel de ellos para tomarlo acompañando a las comidas. Para finalizar debía comer frutas jugosas y bien maduras para, tras el primer período de régimen, pasar el paciente a tomar leche de burra acompañada en una tercera parte con el citado zumo de berros, «becabunga» o «fumaria». En todos los casos había que cuidar y limpiar con exhaustividad la ropa y ventilar los aposentos, impregnándolos alternativamente con vapores de azufre y vinagre. Ballesteros recomendaba prevenir la exposición de los pacientes al aire frío, al rocío, al sereno y la humedad severa, eligiendo el tiempo competente de curación en los equinoccios y, preferentemente, durante el estío. Véase Archivo del Cabildo Catedral de la Diócesis de Canarias (ACCDC), Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁹ CONTRERAS MAS, A.-ROSSELLÓ VAQUER, R., *La asistencia pública a los leprosos de Mallorca (siglos XIV al XIX)*, Palma de Mallorca, 1990.



Tratamiento médico de los enfermos de lepra a fines de la Edad Media.

contra de lo que creían los médicos de finales del siglo XVIII y principios del XIX, la elefancia y la lepra, pese a tener manifestaciones con algún parecido, no estaban relacionadas entre sí aunque afectaban con mayor incidencia a grupos sociales de las mismas características económicas. La lepra se propagaba mediante un bacilo mientras que la elefancia lo hacía a través de las larvas de la filaria. Este último es un parásito cuyo campo de acción se sitúa en los grandes vasos sanguíneos y



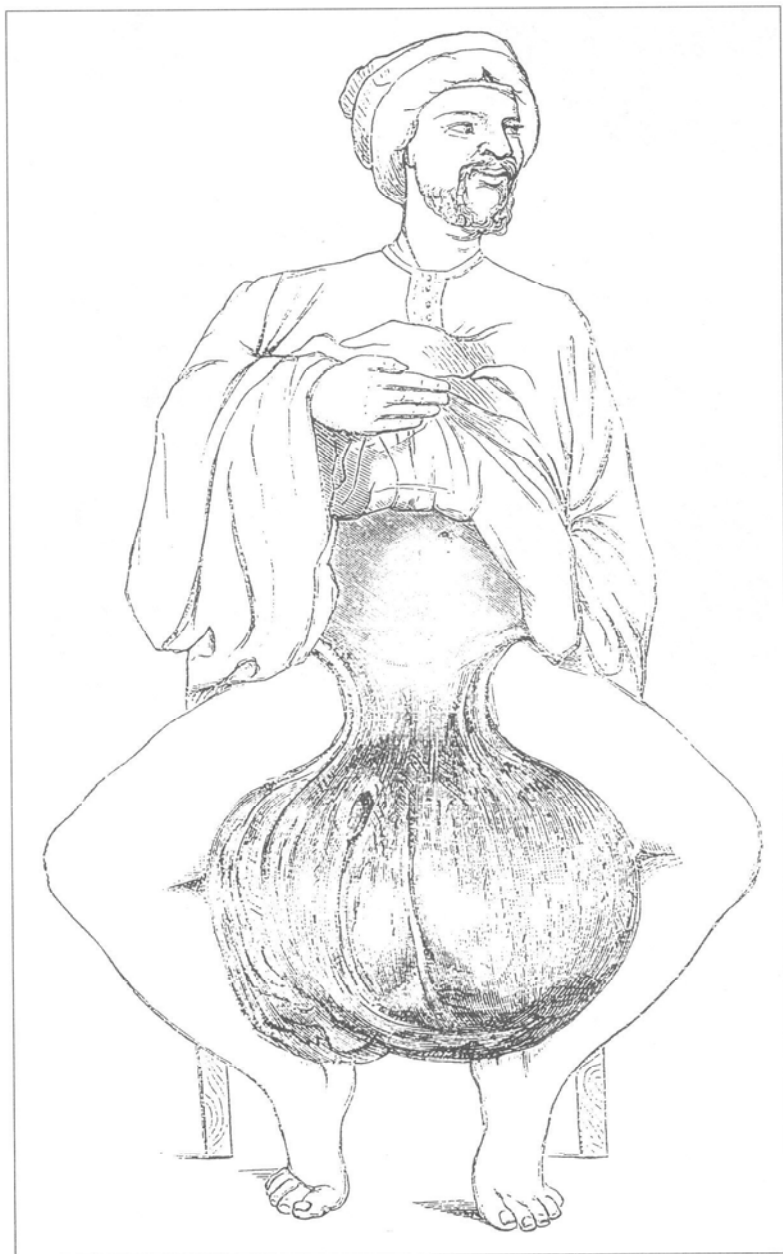
Afectado por lepra tuberculosa (del *Atlas de enfermedades de la piel*, de Jacobi). Tomado de Kolle y Hetsch.

linfáticos, desde los cuales invaden el resto de la circulación periférica¹⁰. Su propagación se debe a diversos factores entre los que destaca el mosquito —*Culex pipiens*, *Anopheles*— transmitiendo al hombre los embriones de la filaria en el momento de la picadura, manifestándose de forma diferente esta filarosis en cada uno de los individuos según su organismo, pero pueden ser destacadas tres tipologías asociadas a diversos síntomas: la urinaria, cuya afección se localiza en los órganos urinarios; la genital, con dilataciones de las regiones ganglionares; y la cutánea o elefancia, la que aquí nos ocupa, localizada en un alto porcentaje en las piernas —aunque puede manifestarse en los órganos sexuales y las mamas—, de las cuales ocupa una o varias secciones. Esta última tipología da como resultado una gran hipertrofia de los miembros de los enfermos y la aparición de grandes tumores, siendo habitualmente éstos mencionado con abundancia por los investigadores de la filaria y viajeros llegados a los países tropicales. La manifestación de dicha enfermedad se convertía en un espectáculo para los ojos de los extranjeros que se adentraban en los bazares de la India y observaba, estupefacto, a un nutrido grupo de individuos afectados por la elefancia de escroto que utilizaban su tumor de pupitre o mesa sobre el cual realizaba cualquier tipo de transacción y concierto económico. Del mismo cariz son los relatos, en muchos casos casi increíbles, realizados por viajeros del Próximo Oriente en donde nos describen a múltiples elefanciácos andar por las calles con su escroto tumefacto en un carretón¹¹.

El tratamiento de la elefancia durante toda la Edad Moderna fue desconocido, salvo los de aconsejar a los afectados la emigración hacia regiones frías para allí llevarles un control exhaustivo de su mal, además de aconsejar en casos muy graves de escroto o mamas extremadamente atrofiadas y tumefactas fomentar los métodos de extirpación quirúrgica.

¹⁰ GUIART, J., *Manual de parasitología*, Barcelona, 1927.

¹¹ GUIART, J., *op. cit.* El autor cita en su obra un escroto que llegó a pesar hasta 105 kilos, tras haberlo sangrado y sacado parte de la linfa el médico. En este estudio se citan con profusión un gran número de casos y de trabajos sobre la enfermedad.



Elefancia de escroto, según Godard. Tomado de J. Guiart.



Elefancias de muslo y pierna y otra de vulva, según Dufougéré.
Tomado de J. Guiart.

Ambas enfermedades se manifestaron con profusión a lo largo de la monderinidad en Canarias donde, como en el resto del mundo, las mínimas reglas de higiene grupal e individual apenas si existían entre la población, a la vez que se desconocía la forma de propagación de cada una de ellas. La suciedad de las calles —cuyas normas de limpieza ocuparon algunos pliegos de las ordenanzas de las ciudades de las islas¹²—, su

¹² MORALES PADRÓN, F., *Ordenanzas del Concejo de Gran Canaria (1531)*, Sevilla, 1974. PERAZA DE AYALA, J., «Las Ordenanzas de Tenerife y otros estudios para la Historia municipal de Canarias», en *Obras*, tomo I, pp. 67-329, Santa Cruz de Tenerife, 1988. LORENZO RODRÍGUEZ, J. B., *Noticias para la Historia de La Palma*, tomo I, pp. 414-427, Santa Cruz de Tenerife, 1975. En control sobre los animales, para evitar que bebieran en las mismas pilas donde se recogía el agua de abasto, la limpieza periódica

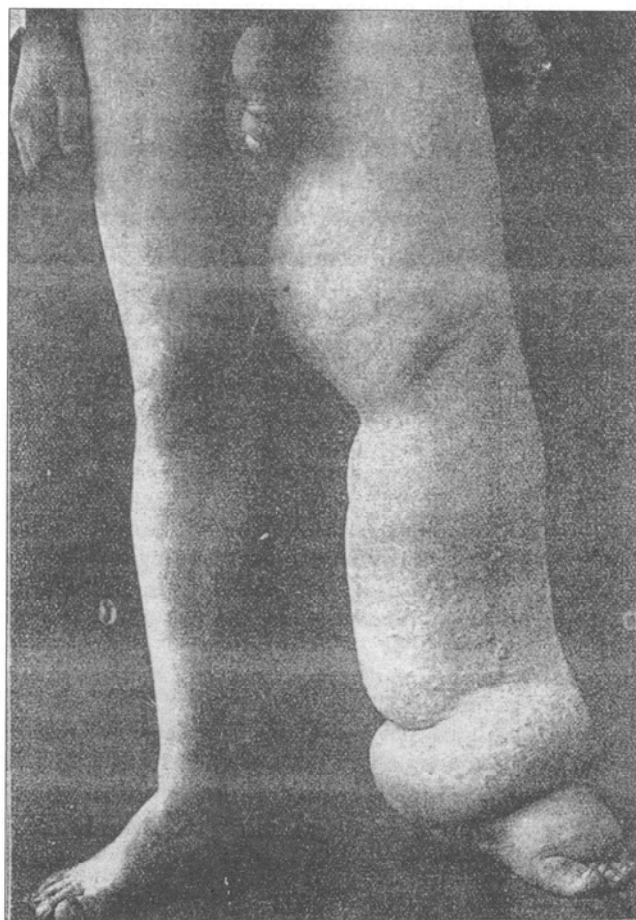
empedrado o recogida de los desperdicios, la falta de agua potable, la carencia de una higiene personal mínima, etc., fueron el caldo de cultivo de ambas enfermedades, propagadas con cierta asiduidad entre una población, habitualmente pobre, hacinada en casas o cuevas con mala ventilación, reducido espacio y escasa posibilidad de alimentarse de forma adecuada.

Ya son conocidas las quejas realizadas por Torriani —aunque auspiciadas por el presunto trato desconsiderado dado en la isla a su persona— de la poca luminosidad, falta de pozos y mínimo espacio que tenían las casas de Santa Cruz de La Palma¹³. Tampoco quedarán soslayadas durante el siglo XVIII las peculiaridades higiénico-sanitarias de los habitantes de las islas, donde en la mayoría de sus lugares se mantenían las características higiénicas de etapas pretéritas, tal como las describía George Glas a mediados de la centuria, pues además de las condiciones de limpieza mínimas de las clases populares, el narrador se asombraba de que:

de las calles y la localización de lugares específicos para muladares o vertederos ocupó parte del devenir diario de los regidores. La puntualización en cada una de las diversas ordenanzas fue un modo mínimo de prevención de la sanidad pública. Esto no fue óbice para que dichas disposiciones se incumplieran reiteradamente, tal como acontecía en la comarca Noroeste de Gran Canaria a mediados del siglo XVIII —1749— en un pleito sostenido por los vecinos de Gáldar contra los de Guía ante la mala calidad del agua de abastecimiento. En una reunión celebrada por los vecinos del primer lugar, el 28 de febrero del citado año, se acordó recurrir al Cabildo de la isla, en donde el capitán Esteban Ruiz de Quesada como representante popular, expuso, entre otras razones, que «el agua de abasto de aquel pueblo pasa por devajo del de Guía cruzando el barranco y así ba siempre ificionada, aruxas y muchísimas inmundicias de los labaderos de Guía, del tránsito de los animales y otras asquerosidades que se dejan conciderar. Y aún dicha agua, además de su mala conformidad, sucede también que siendo cinco asadas, las quatro son para algunos regadíos de la Vega de Gáldar y barrancos, y la otra para el referido abasto. Y acontece de ordinario que por no bastar para el pueblo dicha asada es menester cercenar las otras quatro en que redunda daño y atraso a los predios». Véase QUINTANA ANDRÉS, P., *Mercado, jerarquía y poder social: La Comarca Noroeste de Gran Canaria en la primera mitad del siglo XVIII (1700-1750)*, Las Palmas de Gran Canaria, 1995.

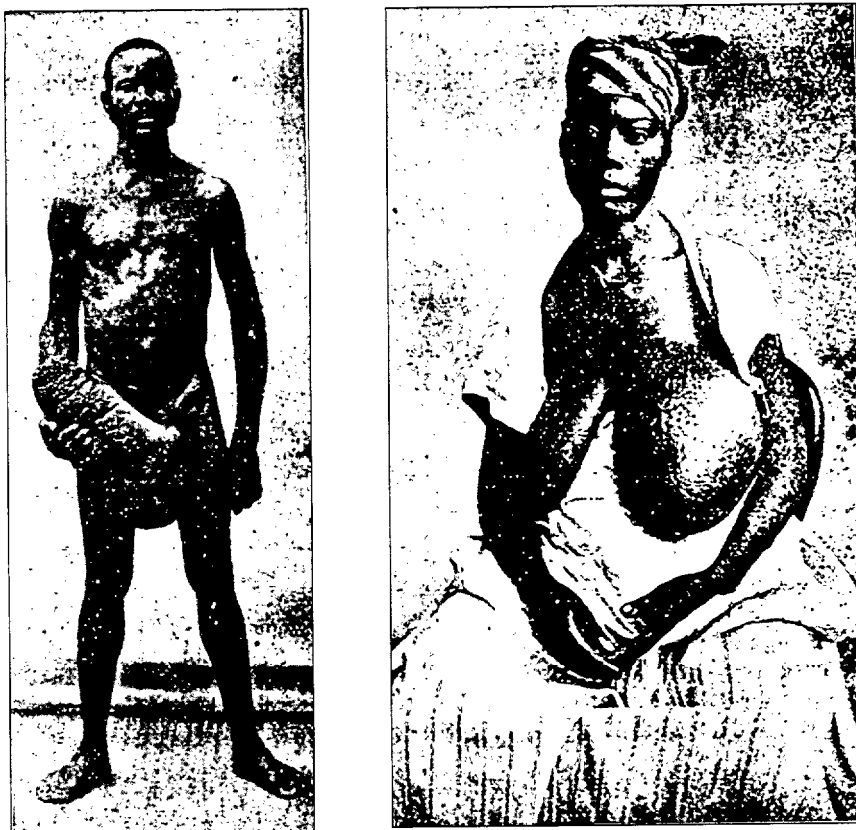
¹³ TORRIANI, L., *Descripción de las Islas Canarias*, Santa Cruz de Tenerife, 1978, p. 242.

«tienen bastantes piojos y no se avergüenzan por ello, pues las mujeres pueden verse sentadas en la puerta de sus casas quitándose unas a otras los piojos de la cabeza. La comezón es cosa corriente entre todas las clases y no se preocupan de curarla. Lo mismo puede decirse de las enfermedades venéreas, aunque esto último no es tan general como lo primero»¹⁴.



Elefancia de miembro inferior izquierdo, según Gaucher.
Tomado de J. Guiart.

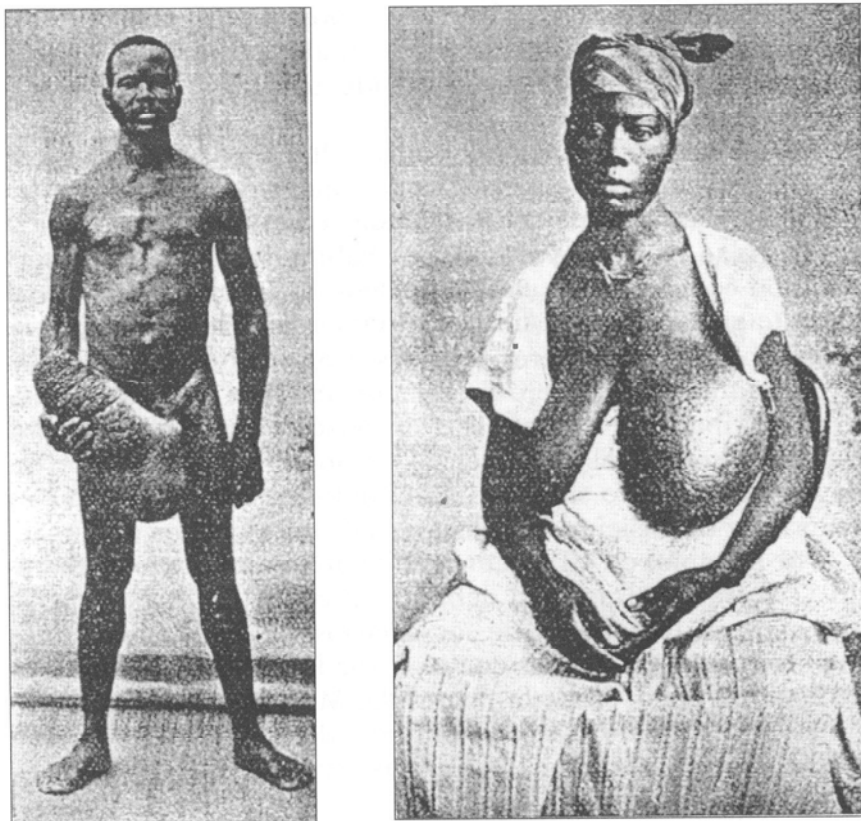
¹⁴ GLAS, G., *Descripción de las Islas Canarias*. 1764, Santa Cruz de Tenerife, 1982, p. 113.



Elefancia del pene y de mama según Dufougéré. Tomado de J. Guiart.

La falta de limpieza se mantuvo a grandes rasgos durante todo el Antiguo Régimen y se prolongó hasta bien entrado el siglo xx, aunque ya, en general, restringida a los núcleos rurales y zonas marginales urbanas¹⁵. Pero las mejoras no fueron suficiente para los críticos ojos de Vernau, el cual se escandalizaba de la suciedad y las prácticas de despiojarse en

¹⁵ A mitad del Novecientos, Madoz en su descripción de las principales ciudades de las islas hace hincapié en la limpieza de sus calles y en las nuevas construcciones de sus viviendas. MADÓZ, P., *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*, Salamanca, 1986.



Elefancia del pene y de mama según Dufougéré. Tomado de J. Guiart.

La falta de limpieza se mantuvo a grandes rasgos durante todo el Antiguo Régimen y se prolongó hasta bien entrado el siglo xx, aunque ya, en general, restringida a los núcleos rurales y zonas marginales urbanas¹⁵. Pero las mejoras no fueron suficiente para los críticos ojos de Vernau, el cual se escandalizaba de la suciedad y las prácticas de despiojarse en

¹⁵ A mitad del Novecientos, Madoz en su descripción de las principales ciudades de las islas hace hincapié en la limpieza de sus calles y en las nuevas construcciones de sus viviendas. MADÓZ, P., *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*, Salamanca, 1986.

reseñar su distribución desigual. Para Fuerteventura, La Gomera y El Hierro apenas si se menciona algún barbero sangrador, las islas de Lanzarote y La Palma estaban entre las más afortunadas al contar la primera con un médico y nueve barberos sangradores y la segunda con un médico y un cirujano en la capital insular. En Gran Canaria, para una concurrida población, sólo se registra un médico titular en la isla, dos cirujanos —uno de ellos localizado en Arucas— y una docena de sangradores. Por contra, el panorama sanitario en Tenerife estaba en consonancia con su estatus económico regional, la presencia de una importante colonia de comerciantes extranjeros y por la demanda sanitaria auspiciada gracias al grupo de propietarios mencionados, lo cual supuso registrar en la isla un total de ocho médicos, otros tantos cirujanos, tres boticarios y varios sangradores¹⁷. Pese a todo, la distribución de estos profesionales entre los diversos pagos de Tenerife quedó limitada a los lugares de mayor población y a aquéllos donde el volumen de riqueza permitía la obtención de unos suculentos ingresos, tal como sucedía con La Orotava, Puerto de la Cruz, La Laguna o Santa Cruz de Tenerife, quedando el resto de la isla desprotegida de todo socorro para su vecindario. La citada carencia, la falta de higiene, la precaria alimentación, la tardanza en la creación de cordones sanitarios o el desconocimiento de la naturaleza de ciertas enfermedades desembocaron en la multiplicación de brotes epidémicos o en el mantenimiento de ciertas afecciones durante prolongado tiempo¹⁸. A pesar de este panorama, en las islas se dieron considerables pasos en la lucha contra nefastas epidemias como la viruela, pues en Canarias se aplicaría la vacuna contra la enfermedad apenas un lustro después de que fuera descubierta por Jenner en 1796¹⁹.

¹⁷ ESCOLAR Y SERRANO, F. DE, *Estadísticas de las Islas Canarias. 1793-1806*, 3 tomos, Las Palmas de Gran Canaria, 1984.

¹⁸ BOSCH MILLARES, J., *Historia de la medicina en Gran Canaria*, Las Palmas de Gran Canaria, 1967. DÍAZ PÉREZ, A. M.-FUENTE PERDOMO, J. G. DE LA, *Estudio de las grandes epidemias en Tenerife. Siglos XV-XX*, Santa Cruz de Tenerife, 1990.

¹⁹ BÉTHENCOURT MASSIEU, A. DE, «Inoculación y vacuna antivariólica

Dentro de este contexto de carencia y preocupación por las condiciones sanitarias en que vivía la población se debe enmarcar la asistencia a otro grupo de enfermos notables en el Archipiélago, no tanto por su número como por lo que representaban a los ojos del vecindario: los leprosos y los elefantiásicos. En las islas ambas enfermedades no se convirtieron en una pandemia o incidieron en un elevado porcentaje de la población, pero sí se erigirían en una causa de temor popular, rechazo y marginalidad social para los afectados, independientemente que éstos fueran ya marginados en una sociedad desigual. Los leprosos y elefantiásicos comenzaron a convertirse en un problema para la sociedad urbana canaria desde finales del siglo xv y comienzos de la siguiente centuria, cuando se cuestionó dónde aislar a este tipo de pacientes incurables, sobre todo por la escasa consolidación de la sociedad y la ausencia de instituciones dotadas. En un primer momento se decidió fundar un hospital para tales enfermos —leprosos, gafos y afectados por otras enfermedades presuntamente contagiosas— situado en la isla de Gran Canaria e intitulado de San Lázaro, cuya historia por extenso ha sido estudiada por el profesor Bosch Millares²⁰, surgiendo la institución a demandas del Cabildo de la isla antes de noviembre de 1510, pues ya en esta fecha se ordenaba por el Rey al mayoral de dicha casa en Sevilla remitiera al Concejo de Gran Canaria un traslado de sus ordenanzas y constituciones, destinándolas al «que se ha edificado en dicha isla» para atender a los enfermos del citado mal²¹. Por contra, en el resto del Archipiélago las autoridades locales y el vecindario intentaron aislarlos en sus casas o alejarlos y enviarlos a la isla de Gran Canaria, tal como se registra en la resolución adoptada de trasladar forzosamente a Las Palmas a todos sus contagiados por el Cabildo de Tenerife en 1511. Ya desde 1508 la citada

en Canarias. 1760-1830», en *V Coloquio de Historia Canario-americana*, tomo II, Madrid, 1986, pp. 279-308.

²⁰ BOSCH MILLARES, J., *Los hospitales de San Lázaro de Las Palmas y de Curación de la ciudad de Telde*, Las Palmas de Gran Canaria, 1954.

²¹ AZNAR VALLEJO, E., *Documentos canarios en el Registro del Sello (1476-1517)*, La Laguna, 1981, p. 166.

corporación obligó a todos los leprosos de la isla a ubicarse en los alrededores de la ermita de San Lázaro, bajo pena de ser enviados a lazaretos ubicados en Castilla pero en 1518, ante la avalancha de infectados y el incumplimiento de tal disposición, se intentó crear una casa para dichos enfermos en la isla —para ello se aducía que el hospital de Las Palmas estaba junto al mar y en tierra de mucho calor, lo cual no repercutía favorablemente en los enfermos— que no prosperó. La multiplicación de los afectados por la lepra en Tenerife influyó en una decisión de urgencia del Cabildo tinerfeño de mandar a fabricar una casa de acogida en el lugar de Santa Cruz, fundamentando dicho acuerdo:

«porque se han enviado a la isla de Canaria muchos enfermos e non tan solamente no los han querido recibir, e que la limosna que el Cabildo hiciere e otras personas hicieren sean con condición que la casa de San Lázaro de Gran Canaria, ni mayordomo de ella, ni otra casa alguna, ni oficial della, no tengan derecho alguno sobre la casa de San Lázaro que en esta isla se hiciere»²².

La dilatación en la construcción y definitivo abandono del proyecto abocó a que los enfermos tinerfeños se trasladaran a la isla de Gran Canaria en donde ellos y el resto de afectados, teóricamente, debían estar aislados de la población, aunque muchos pululaban por la ciudad e islas solicitando limosnas para el Hospital. El fracaso de la casa de Santa Cruz de Tenerife llevó a las autoridades insulares a solicitar varias demandas de expulsión de los lazarineros de Tenerife, siendo reiteradas en febrero de 1523 —se rogaba encarecidamente al rey les «haga justicia en mandallos echar de la isla a la de Grand Canaria, do es la casa de señor San Lázaro»—, abril y agosto de dicho año²³, pero estos llamamientos a acatar las órdenes y el traslado a Gran Canaria no fueron cumplidos con la

²² SERRA RÀFOLS, E.-DE LA ROSA OLIVERA, L. DE LA, *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. Vol. III (1514-1518)*, acuerdo de 22 de febrero de 1517, La Laguna, 1956, p. 217.

²³ SERRA RÀFOLS, E.-ROSA OLIVERA, LEOPOLDO DE LA, *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. Vol. IV (1518-1525)*, La Laguna, 1970.

celeridad recomendada por un grupo humano conformado habitualmente por marginados con escasos fondos para alimentarse y procurarse el pasaje necesario para su marcha hacia Las Palmas. Una vez más, las requisitorias a los leprosos hechas por el Cabildo de Tenerife se hicieron presentes en junio de 1538 cuando, a través de pregones públicos divulgados en la plaza de los Remedios de La Laguna, se mandaba a salir de la isla a su costa a todos los malatos de San Lázaro en un plazo de seis días «so pena que se procederá contra ellos por todo rigor de justicia»²⁴, pero, como ya era habitual en cualquier disposición sobre el tema, aún en 1541 el Cabildo tinerfeño mandaba a los regidores Pedro de Trujillo y Juan de Meneses a demandar información de los médicos sobre las personas enfermas de dicho mal y el envío de un navío rumbo a Gran Canaria con todos los declarados a costa de los propios infectados o, en último caso, abonando los pasajes el propio Regimiento.

Por tanto el Hospital de San Lázaro de convirtió en un centro aglutinador de elefanciaco y, sobre todo, de presuntos leprosos de todas las islas que iban remitidos por orden de los apoderados de la propia Casa o por los cabildos insulares. La comprometida situación económica y la reducida labor sanitaria que se realizaba en el citado Hospital, muchas veces como se ha apuntado sin la presencia de médico o cirujano titular, llevaron al rey, bajo la presión de los diversos cabildos insulares incapacitados para sostener dicha institución, a tomarlo bajo la jurisdicción del Patronato Real a través de la real cédula de 25 de noviembre de 1556, disponiendo mediante ésta se trasladaran allí todos los enfermos confirmados por malatos. Pero dicha orden no modificó la situación general imperante, al mantenerse su régimen interno en los mismos términos hasta entonces establecidos, es decir, el casi total descontrol de un elevado número de elefanciacos y leprosos.

Las disposiciones de régimen interno durante la modernidad se mantuvieron en consonancia con las normas establecidas en el lazareto hispalense con una estructura y gobierno

²⁴ MARRERO, M.-PADRÓN, M., y RIVERO, B., *Acuerdos del Cabildo de Tenerife. Vol. VI (1538-1544)*, La Laguna, 1997, p. 23.

interno encabezado por un juez conservador y privativo —erigido como tal representante desde la real cédula de 12 de septiembre de 1737— siendo éste en un primer momento el Regente de la Real Audiencia —don Diego Adorno²⁵— y tras su cese u óbito recaería el cargo en el oidor decano de dicho tribunal. Además, en la institución existía una jerarquía interna compuesta por un mampastor, un clavero, un capellán, etc., a los que se añadían la participación de los propios enfermos, eligiéndose incluso entre ellos a dos ayudantes o asesores del mayordomo, tal como refleja en sus estudio el profesor Bosch²⁶. El Hospital estará desde 1737 bajo este juez privativo hasta la real orden de 16 de julio de 1833 en que todos los hospitales pasaron a ser regidos por una Junta de Caridad.

En sus primeros años de existencia el Hospital debió estar formado por un grupo de chozas o casas alrededor de un espacio o plaza donde se confinaban a los enfermos, situándose las edificaciones en la cercanía de la muralla norte, en las afueras de la ciudad de Las Palmas para, en las primeras décadas del siglo XVI erigirse en el lugar un modesto edificio donde se haría la fundación del ya en si hospital. Sus rentas fueron modestas desde su fundación siendo insuficientes para el adecuado mantenimiento de sus enfermos, los cuales debían contribuir con sus propiedades al su sostenimiento y alimentación.

²⁵ La real cédula incidía en que el mampastor, racionero José de Betancort, tenía en casi total abandono el gobierno de la casa, sin observar su cabildo ni las rentas, defensa de sus derechos a beneficio de la fábrica y pobres, además de ser acusado de diversas ventas fraudulentas de mercancías en detrimento de los malatos «que por ser tantos y no tener con qué mantenerse se ven presados a mendigar el diario sustento faltando de aquel retiro que prebiene la regla, como presiso resguardo del contagio que deve tener más con el arbitrio que ha ynbentado su necesidad de comprar el tabaco por libras y venderlo por menor en grave perjuicio de mi real patrimonio y de la salud pública». Otorgaba poder a dicho Regente para ver los desórdenes y visitar a los enfermos dando de todo ello cuenta al Consejo de Cámara, a la vez, disponíase suspendieran las ventas de las propiedades sin su previa aprobación. Véase Archivo Histórico Provincial de Las Palmas (AHPLP), Sección Reales Cédulas para Canarias, tomo VIII, ff. 57 r.-58 r.

²⁶ BOSCH MILLARES, J., *El Hospital...*, op. cit.

El arribo a las costas de la isla de la armada holandesa al mando de Van der Does en 1599 marcará, como para otras institución de la ciudad de Las Palmas, un punto e inflexión para el Hospital. En la contienda el edificio quedará parcialmente destruido, al ser una de las posiciones de las avanzadillas holandesas para el definitivo ataque a la ciudad, sirviendo sus muros de protección para los cañones y mosquetes del enemigo²⁷. Tras la marcha de los piratas, la situación interna y económica de la institución alcanzó unos límites muy graves ante la imposibilidad de volver a recuperarse sólo con sus reducidas rentas. La destrucción del Hospital y asilo de enfermos supuso una gran rémora al necesitar hipotecar gran parte de su patrimonio para poder erigir de nuevo las edificaciones mínimas para la instalación de sus enfermos. Los fondos con los que contaba la institución eran limitados, ciñéndose a los ingresos procedentes de censos enfitéuticos y a las rentas obtenidas de sus propiedades urbanas. De esta manera, en el primer tercio del siglo XVII para enfrentarse a las obras de reconstrucción, se debieron enajenar todos los bienes urbanos con los que contaba a censo enfitéutico y reservativo.

El número de sus propiedades era escaso, sobre todo de solares y casas pues en el primer tercio de la centuria sólo se ha conseguido localizar una transacción de una vivienda por un principal de 48.000 maravedís, volumen y cantidad irrisoria sin lo comparamos con las 1.565 propiedades y los 106 millones de maravedís intercambiados entre 1600-1650 en Las Palmas. Por contra, en el mercado de compraventa de parcelas acompañadas por casas y agua el Hospital logra traspasar entre 1621-1651 siete propiedades inmuebles, las cuales se ubicaban en los alrededores de su nuevo edificio dentro de las murallas, fabricado en terrenos que le pertenecían. La necesidad de construir una sede hospitalaria adecuada para los enfermos obligó a la venta de los terrenos a censo perpetuo, abandonando la utilización del arriendo como forma de captación de las rentas —utilizado en la anterior centuria—, pues a la larga éste hacía que los rendimientos de las tierras no

²⁷ RUMEU DE ARMAS, A., *Ataques y piraterías*.

fueran adecuados para sus necesidades de captación de capitales²⁸. El nuevo edificio irá surgiendo lentamente en función de los ingresos, dotaciones reales y limosnas de los vecinos, ubicándose éste definitivamente dentro de la muralla —tenía forma rectangular con unas dimensiones aproximadas de 60 por 58 varas²⁹— pero aislado del resto del vecindario, entre las frondosas y productivas huertas situadas al norte de la muralla de Las Palmas, permaneciendo apartado el edificio del resto de la población hasta la segunda parte del siglo XIX.

Tras el desastre de 1599 la institución comenzó a recibir sus primeros enfermos de manera oficial a partir de 1614, fecha de reconstrucción de sus sede³⁰, aunque después del asalto se siguieron acogiendo a él obligatoriamente los elefanciacos y leprosos de las islas, siendo éstos los que solicitaron limosnas por todas las islas para la nueva obra. La fecha de 1614 no significó la conclusión de la totalidad del edificio, sino que la fábrica se prolongó por algunos años más. Incluso el omnipresente Cabildo Catedral dio en 1605 para su pronta rehabilitación, a causa del tipo de enfermo tratado y las características sociales de casi todos ellos, hasta 26.400 maravedís para «ayuda a la fabricación de la casa, que hacen intramuros»³¹. Las dádivas reales también alcanzaron a los

²⁸ AHPLP, Protocolos Notariales. Escribano: Hernán García Cabezas. Legajo: 1.050. Folios rotos. Fecha: 5-11-1614. El mayordomo del Hospital vendía en esas fechas a Francisco Hernández, vecino de Las Palmas, el sitio correspondientes a las casas y hospital viejo que estaban fuera de la muralla, a las que se añadían dos fanegadas y media de tierra, más una hora de agua. Lindaba la propiedad con el camino que se dirigía al Puerto de la Isleta, tierras de Cristóbal de Portes y de Andrés Ortiz. Se traspasa por 2.500 maravedís de renta perpetua anual. Además de ésta, como hemos dicho, se venden otras parcelas de tierras y huertas en los alrededores de la nueva sede del Hospital, entre la muralla norte de Las Palmas, el camino hacia el Puerto y la montaña de San Francisco. En 1623 se entrega a censo reservativo un cercado por un principal de 177.600 maravedís, en 1624 otro por 42.240, en 1625 dos por un montante de 192.000 maravedís, otro en 1646 por 147.120 maravedís y finalmente, uno en 1647 por 168.000 maravedís.

²⁹ MADOZ, P., *pp. cit.*, p. 176.

³⁰ BOSCH MILLARES, J., *Historia de la medicina, op. cit.*

³¹ ACCDC, Actas del Cabildo, tomo IX, sesión de 16-12-1605.

lazarinos, pues hasta Felipe III se elevaron las súplicas de los enfermos del Hospital en diversos memoriales enviados a la Corte en 1600, 1602 o 1609, que, pese a su patetismo, parecen no encontraron en los primeros años la anuencia real. En 1602 los enfermos recordaban al monarca el daño ocasionado por los holandeses:

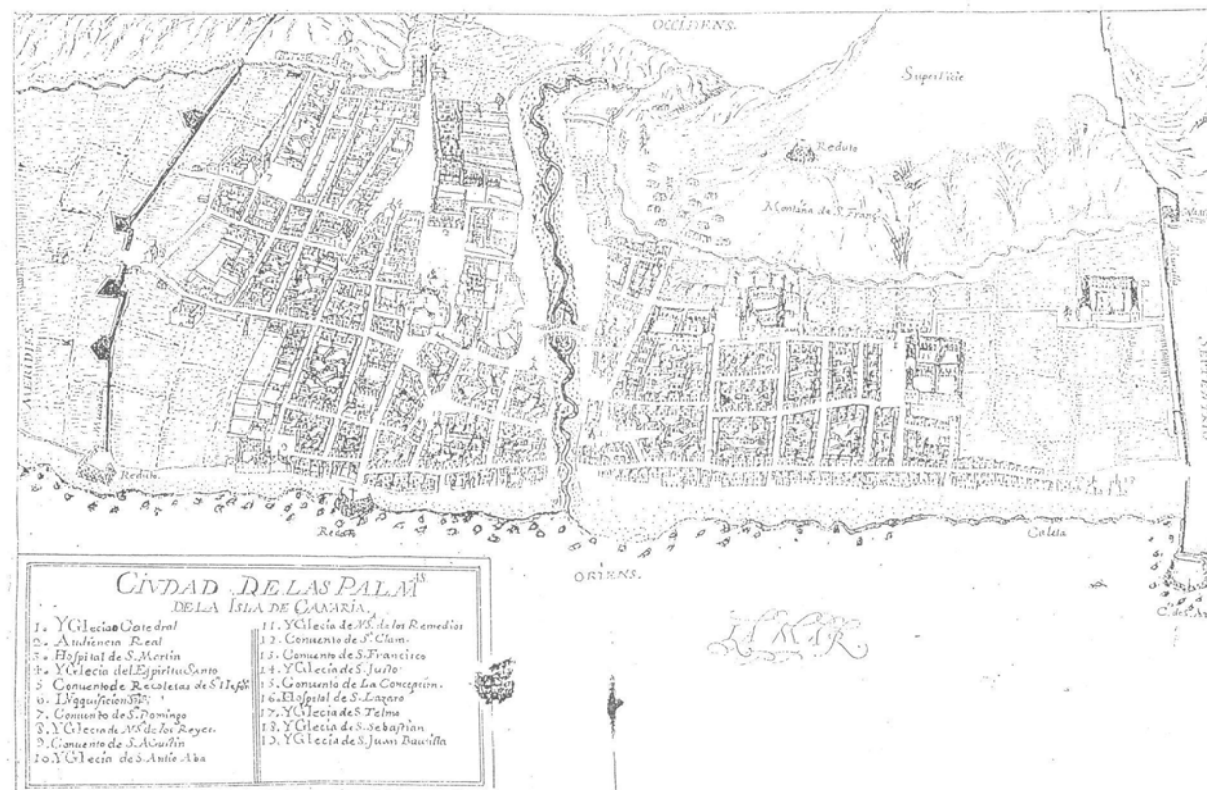
«en quemar el dicho Ospital y por no aber otro en las dichas islas estamos sin casa, bibiendo en el canpo, en las quebas al frío y al sereno y por nuestra gran pobreza no pueden bolber a redificar la dicha casa y Ospital»³².

Los administradores de la Casa creían que la única posibilidad de comenzar las obras era conmoviendo la voluntad real, tasando los encargados del Hospital la inquietud despertada en el monarca en 316.800 maravedís que debían salir de las «condenaciones que el doctor Arias, regente de las islas de Canaria, a hecho a los estrageros por comisión que de Vuestra Magestad tiene»³³.

Felipe III se limitó a pedir un informe a la Real Audiencia de Canarias sobre la situación y lo manifestado por los miembros del Hospital aunque ésta, si la hubo, no determinó un cambio de la postura real, cuyas arcas y rentas estaban en plena crisis debiendo contribuir con las entregas de las rentas del subsidio y excusado en la ayuda a la consolidación y reconstrucción de las fortificaciones de Las Palmas. En el año 1609 los pobres del Hospital vuelven a enviar una nueva misiva y súplica al monarca y la Cámara de Castilla, ante la imposibilidad de conseguir el capital suficiente para comenzar la fábrica del edificio, pidiendo ser equiparados en mercedes a los conventos de la ciudad —San Francisco, San Pedro Mártir y el convento femenino de San Bernardo—, a los que se les había entregado sustanciosas cantidades para su reedificación. Los pobres del Hospital, a través de sus representantes, recuerdan a Felipe III que durante los tres días que enemigo cercó la ciudad en 1599 su Hospital sirvió de trinchera, por lo que:

³² Archivo General de Simancas, Cámara de Castilla, legajo 851, expediente 38. Fecha: 1602.

³³ A.G.S., Cámara de Castilla, legajo 851, expediente 38. Fecha: 1602.



La ciudad de Las Palmas en 1686, según plano de Pedro y Agustín del Castillo. (El hospital de San Lázaro, intramurallas, se encuentra al norte de la urbe y señalado en el plano con el número 16).

«destechando y derribando las paredes para hazer trinchera de ellas, y assí todo lo derribaron quemándole la yglessia, ymágenes, retablos y hornamentos, por manera que los dichos pobres padessen al presente, que no tienen sino unas malas casitas de paja y tierra donde curarse, ni yglesia ni hornamentos donde les digan missa y con las pocas limosnas que han podido juntar y la Çiudad les a dado, an començado a reedificarlo y no podrán passar adelante en el edificio porque los que podían darles limosna se la an dado ya y no tienen de dónde poder tener remedio por la pobreza de la tierra. Y Vuesa Magestad hizo merced y limosna a los conventos de Santo Domingo y San Francisco y a las monjas de aquella ciudad para su reedificio y ellos fueron los más lastimados y son los más necessitados y pobres y por no tener con qué embiar persona a Vuesa Magestad en aquel tiempo como embió cada uno de los conventos»³⁴.

A través de esta carta solicitaban, una vez más, la igualdad con el resto de instituciones de la isla que había implorado la bondad del monarca, ya que además ellos pertenecían a un hospital de Patronato Real, solicitando se situara la cantidad a entregar sobre las rentas del almojarifazgo y las penas de cámara recaudadas en Gran Canaria. Una vez más, el monarca solicita por carta datada el 26 de junio de 1609 informes a la Real Audiencia de las islas sobre el estado de las penas de cámara y si se podía entregar alguna cantidad de ayuda, aunque, como en las otras cartas, no se sustanció ninguna resolución. Seguramente, las dádivas del monarca debieron arribar a la isla en favor de los lazarinos siendo, en todo caso, insuficientes, ya que el Hospital ve avanzar su construcción sólo a partir de 1635³⁵, gracias a diversas contribuciones del vecindario y al interés de su mampastor, el doctor

³⁴ A.G.S., Cámara de Castilla, legajo 953, expediente 15, Fecha: 20-3-1609. Se recibe en la Corte el 19-6-1609.

³⁵ Francisco Afonso, principal; Bartolomé de Acosta, Álvaro González y Domingo Jorge como fiadores, aserradores, estipulan que cortarán toda la madera necesaria para la obra, entregándola en El Pinar. Los trabajadores reciben 48.000 maravedís por adelantado. Véase A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Francisco de la Cruz Alarcón. Legajo 1.157, ff. 416 r.-417 v. Fecha: 29-12-1635.

Francisco de Meneses, que intenta en su mandato finalizar la obra de la iglesia de dicha institución. En el citado año se concreta la entrega de la madera para su fábrica por un montante de 72.000 maravedís, insuficientes a toda luces pues se concierta otra escritura de corte de otras cantidades de madera para ella en el tardío año de 1638³⁶. El Hospital, pese a las aportaciones de particulares³⁷, sólo verá acabada del todo sus obras de reconstrucción y nueva fábrica en 1657, cuando se regularicen sus entradas económicas³⁸, no conformando éstas unas rentas muy sustanciosas para abonar los salarios del médico y para afrontar de forma adecuada la administración del Hospital³⁹.

A partir de estos momentos y salvo los cambios introducidos en su organización interna en 1737 el Hospital va a mantener su estructura y forma de regir a los enfermos en base de una serie de normas bastante criticadas por las autoridades y miembros notables de la sociedad contemporánea. Así, fray José de Sosa decía que no era justo dejar en sus casas a algunos leprosos y elefanciácos y no obligarlos a residir en el Hospital por ser «enfermedades epidémicas». Al unísono, era muy contraria la opinión del vecindario a la política hospitalaria de nutrir sus fondos mediante las periódicas limosnas recaudadas por sus enfermos distribuidos por Las Palmas y los cam-

³⁶ A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Juan Báez Golfos. Legajo 1.129, ff. 248 r.-249 v. Fecha: 26-12-1638. Melchor de los Reyes, fraguero, se obliga a dar para la capilla del Hospital 42 palos de tea limpia en el lugar de Los Bailaderos, por donde puedan entrar bien las yuntas y gentes. Todo su trabajo lo tasa en 10.728 maravedís, entregándolos el Hospital en tres pagas.

³⁷ Entre ellas destaca la donación del licenciado Agustín de la Peña Aguiar, capellán del Rey, que entrega un Cristo de tres cuartas de alto para la Capilla Mayor, ya que no tenía en ese momento Crucifijo, imponiendo también una misa anual en dicha capilla. Véase A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Juan Báez Golfos. Legajo 1.135, ff. 433 r.-436 v. Fecha: 30-5-1645.

³⁸ RUMEU DE ARMAS, A., *op. cit.*, tomo III, 1.^a parte, p. 288. QUINTANA ANDRÉS, P., *La propiedad urbana...*, *op. cit.*

³⁹ BÉTHENCOURT MASSIEU, A. DE, «El Hospital de San Lázaro, el doctor Cubas y el Cabildo de Gran Canaria (1647-1657)», en *Revista de Historia Canaria*, núm. 169, pp. 101-109, La Laguna, 1973.

pos de Gran Canaria, con escándalo de muchos de los ciudadanos que veían en ello un medio de propagar las infecciones y de trasladar de forma directa a todos los rasgos del horror⁴⁰. En el resto de las islas la presencia de recaudadoras y limosneros de la institución fue temporal, pasando éstos a obtener fondos por todos los pueblos y también a reconocer enfermos para ser trasladados a la leprosería de Las Palmas. Esta última actividad fue muy criticada por su drástica y desproporcionada incidencia en la vida del juzgado como leproso o elefanciaco y de su familia, pues los sospechosos eran de inmediato rechazados por sus vecinos —incluso aunque posteriormente fuera declarado sano—, pasando además todo lo que poseían los declarados malos a ser incautado para el uso del Hospital y manutención del encauzado sin que, en teoría, se reservara una parte para el sustento de los familiares. Las únicas salvedades se realizan con la gente pobre declarada lazarina, que al no tener propiedades, «se les deja que subsistan lo mejor que pueda o que se mueran por la calle»⁴¹.

La citada actitud arbitraria y recaudatoria del Hospital fue una de las principales rémoras que arrastraron los declarados por tales leprosos, al añadirse a su marginación social también la económica, en la cual caía irremediabilmente los enfermos declarados en cada localidad. Así, la llegada de los delegados de San Lázaro a islas como Fuerteventura y Lanzarote dejaba un reguero de sinsabores y penas entre algunos pobres tildados de enfermos y sus familias, obligados a contribuir con parte de sus haciendas para evitar dejar desamparados a hijos, mujeres y padres. Ejemplo de ello es la visita realizada a Fuerteventura por Manuel de Acosta en 1698, éste con poder del mampastor y hermanos del Hospital, acordó con Ana Ruiz, mujer de Salvador de Cabrera, vecina de Pájara y declarada enferma, de que fuera al Hospital o pagara un «superávit» ya que «es muger pobre y de muy pocos vienes», concertando con ella y su marido el abono de 4.800 maravedís para la Casa a cambio de no pagar más por los días de su vida y no ser

⁴⁰ SOSA, FRAY J. DE, *Topografía de la isla afortunada de Gran Canaria*, Madrid, 1994, pp. 73-74.

⁴¹ GLAS, G., *op. cit.*, p. 129.



Plano de Las Palmas de mediados del siglo XIX, según Pascual Madoz. En él aún se mantiene el edificio del Hospital alejado de toda edificación.

molestada por ningún hermano⁴². Idéntica situación se registra en 1712, cuando Jerónimo Figueredo, hermano lazarino, pasa a Lanzarote, isla en la que acuerda con Cosme Miguel, tocado «del achaque de San Anttón», aunque reconociendo «la pobreza que le assiste y por ella la falta de medios para el mantenimiento de su muger y hijos», de que éste entregara un total de 5.040 maravedís a cambio de permanecer en su localidad de residencia⁴³. Aunque no siempre los acuerdos se realizaron de forma clara y libres de sospechas de presión sobre los presuntos enfermos para que éstos trasladaran la titularidad de sus bienes en favor del Hospital. En todas las ocasiones registradas en que se plantean pleitos entre el declarado presuntamente lazarino o sus familiares y el Hospital la herencia económica de los implicados era lo suficientemente importante como para trascender los cauces normales coercitivos empleados contra los grupos de desfavorecidos, cuya llegada y estancia en el Hospital no interesaba a sus administradores —al no ser compensado monetariamente el alojamiento y sustento— pese incumplir reiteradamente con la ley.

En 1673 el capitán Pedro de Vega Montesdeoca, vecino de La Vega en Gran Canaria, después de una agria polémica con la institución, a la cual denunciaba por «yntentar y decir que estaba malato del achaque del señor San Láçaro e yo defendiéndome que tal achaque no padecía», debe llegar a un acuerdo notarial mediante el cual le haría caridad perpetua al Hospital con la entrega de 3.600 maravedís anuales impuestos sobre un cercado de viña de 6-7 fanegadas de tierra, casas, lagar y cercas en la Vega de Arriba de San Mateo a cambio de que la institución le retirara la presunta etiqueta de lazarino «por rraçón del achaque que pretendían yo padecía, de los

⁴² Entre septiembre y noviembre el citado enviado ajusta con Juan Alonso García, vecino de Santa Inés y enfermo, una contribución de 6.240 maravedís entregados de una sola vez, y con Cristóbal Díaz, vecino de Maninugre, otra de 2.400, con las mismas condiciones apuntadas y para evitar su traslado a Las Palmas. Véase A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Roque de Morales Albertos. Legajo 3.006, ff. 20 r.-21 r., 47 r.-48 r. y 55 v. Fecha: 27-9, 10, y 19-11-1698.

⁴³ A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Juan Bueno Hernández de Rojas. Legajo 2.792, ff. 357 r.-358 v. Fecha: 7-9-1712.

quales siendo neçesario me doy por bien satisfecho y entregado por rraçón deste combenio»⁴⁴. En términos muy parecidos se desarrolló un sonoro conflicto entre el Hospital y la familia Logman cuando se declaró al presbítero Pedro José Logman, vecino del Puerto de Santa Cruz, como lazarino y negarse el sospechoso a pasar a Las Palmas al no querer declararse por tal enfermo. La polémica arreció entre marzo de 1744 y abril del siguiente año, momento de fallecimiento del implicado, cuando el Hospital intenta obligar a Logman a separarse de los demás vecinos y de no poder ejercer el comercio. El mampastor, don Manuel Domínguez Franchy presbítero, alegaba que Logman hacia años padecía la enfermedad, de la cual se había tratado en España y Francia no hallando remedio definitivo para ella y, por tanto, era un claro ejemplo de lazarino. Además, lo acusaba de que tras volver a las islas se iba escondiendo entre sus casas de Santa Cruz y Valle Guerra para no ir al Hospital, cuyo mampastor desde 1739 quería pasara a su sede y entregara la totalida de sus bienes a la Casa.

En ese espacio de tiempo Logman se sometió voluntariamente a varios reconocimientos médicos, siendo el primero el realizado el 24 de marzo de 1744 por un médico que sólo localizó tres presuntas señales de síntomas de la enfermedad situadas en ojos, nariz y en notar la voz ronca, aunque el médico sostenía que para ser declarado como lazarino otros autores planteaban se debía alcanzar un número de síntomas más elevados⁴⁵. Domínguez, pese a este informe inicial desfavorable a sus tesis, insistía en que estas señales eran suficientes para declararlo leproso pues decía que su cara monstruosa, voz ronca, nariz baja, alitosis y pérdida de vista lo declaraban por tal. Una vez más reiteraba su petición de ingreso bajo la jurisdicción del Hospital, ya que Logman realizaba maniobras con sus bienes creando deudas «que no deve para que las percivan en sus bienes sabiendo que todo eso es inbálido que el derecho lo presume sospechoso». Nuevos reconocimientos médicos se registran en mayo y junio de 1744,

⁴⁴ A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Melchor Gumiel de Narváez. Legajo 1.381, ff. 691 r.-693 v. Fecha: 19-12-1673.

⁴⁵ A.H.P.L.P., Sección Real Audiencia, expediente 14.446.

declarando el doctor Andrés Ignacio Javier, médico francés, no manifestarse en un amplio grupo de afectados todos los síntomas de la enfermedad y por ello no dejar de ser sospechoso de padecer Logman la lepra, en contra de esta opinión estaba el doctor Pedro Núñez, el cual se inclinaba porque el sospechoso no padecía la lepra, porque aunque tenía similitud con ella podía ser un mal cuya base era la terapia y unción recibida en su visita médica a Montpellier. En dicho pronóstico se basaba otro de los médicos examinadores, el doctor Domingo Madán, pues éste achacó el problema a la citada cura mercurial recibida en Francia la cual dejó un reguero de tumores caracterizados por ser «crasso y revelde al tacto», mejorando todos ellos mediante una adecuada medicación.

Poco se pudo hacer por el acosado presbítero al ser su muerte prematura, pero su óbito no terminó con la polémica, pues el Hospital mandó secuestrar sus bienes —como sospechoso de padecer la lepra—, complicándose más la situación al morir el implicado abintestato, aunque la demanda y posterior sentencia de 23 de diciembre de 1752 se dilucidó en contra de los intereses del mampastor⁴⁶. Finalmente, entre los pleitos más significativos es notable el seguido entre el licenciado Francisco Ramos de Quintana, presbítero y vecino de Teror, y el Hospital por la herencia de Miguel Ramos, vecino del citado lugar, el cual el 5 de enero de 1663 llegó a una transacción particular con el Hospital mediante la cual la institución dejaría de acusarlo de lazarino a cambio de que se le legara a ésta, a través de herencia, la mitad de sus bienes. El 15 de marzo de 1677 este acuerdo se declaró por nulo pues los síntomas de la presunta enfermedad habían desaparecido y «estaba notoriamente libre, confesándolo así el Hospital», aunque Ramos donó a favor de los hermanos un total de 144.000 maravedís impuestos sobre ciertas tierras que fueron redimidos en ese tiempo. Tras la muerte de Miguel en 1681 se fundaron dos capellanías con sus bienes pero ya sin cargas a favor de la Casa de acogida, al no ser considerado enfermo ni haber muerto dentro de su recinto. Tras un largo período

⁴⁶ A.H.P.L.P., Sección Real Cédulas para Canarias, tomo VIII, ff. 43 r.-44 r.

de tiempo el Hospital impugna el testamento de Ramos y reclama una serie de bienes iniciándose un prolongado pleito reabierto en 1742 en la Real Audiencia, la cual declaraba el 15 de abril del citado año no poder impugnar las transacciones hechas en lo antiguo con los enfermos «inquietando a los poseedores de sus herencias siendo una de las razones el ignorarse si estaban declarados por tales lacerados»⁴⁷.

Estos datos ilustran la problemática sobre la mencionada localización y obligación de que lazarinos y elefanciacos estuvieran en el Hospital o asentados en sus lugares de origen, pero sin tener contactos con la gente o intercambiar sus propiedades, fue una constante indefinición mantenida por el establecimiento lazarino con todos los vecinos de las islas aunque no afectó con igual intensidad a unos estamentos que a otros. Los más perseguidos y obligados a la reclusión en Las Palmas fueron los miembros integrados en los grupos menos favorecidos, aunque siempre éstos debían tener algunas propiedades, siendo excepcional la presencia de enfermos del sector privilegiado y aún la propia denuncia contra alguno de sus miembros, salvo los procesos donde no se llegó a ciertas componendas positivas para ambas partes, quedando, seguramente, en muchos casos establecido un silencio oficial y público sobre el enfermo a cambio de alguna compensación o legado económico. Así, los miembros declarados por leprosos del Cabildo Catedral nunca fueron molestados por el mampastor del Hospital durante el Antiguo Régimen, pese a que fue notorio en 1797 el malestar existente en el Cabildo porque algunos prebendados padecían síntomas de lepra «siendo un mal tan conosidamente contagioso, puede pegarse a los demás señores si no se toman las debidas precauciones con la separación de aquellos vestuarios que más rozán con el cuerpo», siendo conocida la situación por el capellán de dicho Hospital al ser prebendado. El Cabildo eclesiástico dispuso, para evitar posibles contagios colocar en la Sacristía Mayor un cingulo, amito y alba para los contagiados y se obligaba al Sacristán Mayor, que también estaba contagiado con el mal,

⁴⁷ A.H.P.L.P., Sección Reales Cédulas para Canarias, tomo VIII, ff. 21 r.-28 v. Fecha: 15-4-1742.

a buscar otro sacerdote para servir por él en el altar, manejar el vestuarios y utensilios de la misa⁴⁸.

Un caso singular se produce en Lanzarote al ser declarado elefanciaco en último grado el párroco de Tías don Francisco Figueras en 1835, motivo suficiente para su cese temporal en todas sus funciones por el Obispo y su sustitución por un coadjutor, don Antonio Fajardo, en el citado año. La progresión de la enfermedad le había impedido en dicha fecha administrar los sacramentos y cumplir con cualquiera de las funciones parroquiales. En noviembre de 1835 se pedía informes al médico de Lanzarote —don José Betancourt— sobre la situación de Figueras al afectar el mal considerablemente todo su cuerpo, influyendo negativamente al público presente al asociar la ceremonia de la misa con una sensación «asquerosa e indecente dicha sagrada función del mismo». El médico declaraba que en su estado —con ulceraciones en pies y piernas, con aspecto «asqueroso, horrible y hediondo»— no podía celebrar ante el público sin éste horrorizarse de su enfermedad y apartarse de la iglesia. Dicho informe llevó al obispo Romo a tomar la citada decisión de suspender temporalmente a dicho párroco de toda celebración, actividad y sacramento acatando la decisión el implicado, a la vez que reconocía por carta de 29 de noviembre del citado año no poder celebrar la misa y administrar los sacramentos desde hacía un año y sólo llevaba en su casa «por mera distracción el cuidado de los libros y lo económico de esta parroquia», aunque el avanzado estado de su padecimiento desembocó en la muerte de dicho eclesiástico el 3 de julio del siguiente año⁴⁹.

En general, la política de acaparar por diversas estrategias los bienes dejados por los presuntos lazarinos mediante acuerdos particulares, donaciones, herencias o secuestro proporcionó al Hospital en ciertos momentos importantes entradas y acumulación de bienes remitidos desde diversas islas. Así, en Lanzarote entre las propiedades detentadas por la institución en 1792 sobresalen las obtenidas de Domingo y Luis Perdomo, vecinos de Haría, de Alvaro Ortiz y Sebastián de León, mora-

⁴⁸ A.C.C.D.C., Actas del Cabildo, tomo LX. Acuerdo de 14-3-1797.

⁴⁹ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

dores en los Valles, Francisco de León, vecino del Mojón, y de don Félix Valiente, asentado en el pago de Yuco, suponiendo todas ellas un total de más de treinta fanegadas de tierra de labor y viña, varias viviendas, aljibes y una huerta, siendo valoradas todas las propiedades en un total de 24.660 reales⁵⁰. En dicho año los bienes de estos lazarinos se encontraban arrendados en su totalidad, rentando tanto en dinero como el cereal. A estas propiedades obtenidas ya por la fuerza ya mediante legados, se añadieron, para el sostenimiento de la institución y de los enfermos más pobres, ciertas dádivas reales procedentes de las rentas obtenidas por el reparto entre los vecinos de los terrenos baldíos de Amagro en Gáldar y los del Lomo de Turmal, Cuevas Blancas y Caleras en Agaete, siendo dichas datas concedida por Real Cédula de 16 de enero de 1741 y confirmadas mediante Carta Orden de 15 de junio de 1745. En general, las tierras, muchas de ellas de escasa productividad, se entregaron a vecinos de localidades cercanas a la zona, con la obligación de pagar por cada suerte labradía y trozo montuoso un real de plata anual perpetuo al Hospital. El deslinde y reparto de las tierras de Agaete generó un largo pleito, desconociéndose si se llevó a cabo tal adjudicación, en todo caso las suertes entregadas en Amagro se elevaron hasta un total de 390 fanegadas de tierra, suponiendo unos ingresos anuales modestos para el Hospital al equivaler a 360 reales de plata. Una segunda contribución benéfica se concedió por la Real Orden de 26 de noviembre de 1782, reducida la data a unas 120 fanegadas de tierra localizadas en la Montaña de Doramas de Moya las cuales fueron repartidas en 18 suertes y entregadas mediante censo enfiteútico a varios vecinos de los términos lindantes, representando el canon anual de ingresos para el Hospital un total de 5.212 reales⁵¹.

En todo caso, dichas contribuciones reales apenas si pudieron paliar el progresivo deterioro en el cual cayó la gestión y

⁵⁰ A.H.P.L.P., Protocolos Notariales. Escribano: Luis García del Castillo. Legajo 2.878. Sin foliar.

⁵¹ SUÁREZ GRIMÓN, V., *La propiedad pública, vinculada y eclesiástica en Gran Canaria en la crisis del Antiguo Régimen*, tomo I, Madrid, 1987, pp. 299 y ss.

administración del Hospital a causa del aumento de los gastos de enfermos, de los salarios y la falta de ingresos suficientes en una economía general cada vez más deteriorada por la crisis del sistema y el progresivo proceso inflacionario registrado a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Los gastos de los 17 enfermos residentes con los que contaba el Hospital en 1800-1804 se elevaban al 54 % de sus ingresos monetarios, además de acaparar una sustanciosa parte de los cereales, y el salario de personal que los atendía representaba el 11,7 %, dedicándose el resto a gasto de vestuario, el abono de las honras fúnebres, la celebración de la misa diaria, etc.⁵². Al volumen de ingresos se sumaban las diversas limosnas otorgadas por los obispos de la diócesis —un real por mes a cada pobre y un pan cada tres días⁵³—, las aportaciones puntuales de los vecinos y los legados por testamentos, la mayoría simbólicos y de escasa entidad. El deterioro del Hospital y la libertad con la que sus enfermos recorrían los campos y Las Palmas fue motivo a finales del Setecientos, como en épocas anteriores, de reiteradas alarmas en la población y centró algunas de las reuniones ilustradas, siguiendo el espíritu del momento con respecto a la profilaxis y erradicación de las enfermedades, de la Real Sociedad de Amigos del País de Las Palmas que en 1788 se hacía eco de una Real Orden del 25 de enero aportada por el oidor decano y juez conservador del Hospital, Francisco Carbonel del Rosal, para fabricar un hospital en los extramuros de la ciudad, en concreto en el lugar del Hornillo, más allá del pago de San Cristóbal, cuyos planos levantaría el capitán de ingenieros Antonio Conesa⁵⁴. La citada orden había llegado tras las súplicas elevadas el 11 y 12 de junio de 1783 y 9 de agosto de 1784 al Rey por el juez conservador, mampastor y claverero del Hospital solicitando un edificio de nueva planta, aunque la voluntad real nunca llegó a ejecutarse, al paralizarse el expediente el 26 de enero de 1789 ante la fal-

⁵² ESCOLAR Y SERRANO, F. DE, *op. cit.*, p. 297.

⁵³ BOSCH MILLARES, J., *op. cit.*, p. 23.

⁵⁴ VIERA Y CLAVIJO, J. DE, *Extractos de las actas de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Las Palmas (1777-1790)*, Madrid, 1981, p. 134.

ta de acuerdo de los facultativos para la ubicación del nuevo sanatorio⁵⁵.

La multiplicación de elefanciácos y leprosos —llegados a confundirse en los informes médicos ambas enfermedades por tener en un principio una sintomatología parecida y ser denominados bajo el nombre común de lazarinos— desde finales del siglo XVIII y la imposibilidad de acoger un número elevado de enfermos en el Hospital desbordó todos los intentos de las autoridades por recluir a los malatos dentro de él, ya fuera mediante la promulgación de penas de cárcel o pecuniarias, no afectando las multas a la economía de muchos de los afectados pues apenas si tenían para poder sostenerse. Las condiciones socioecómicas por las que transcurrió la región en la crisis del Antiguo Régimen influyeron en la multiplicación de los lazarinos, repercutiendo esta enfermedad en las clases populares con mayor índice de pobreza y pauperización, además de poseer mínimas condiciones de higiene y sanidad. La disminución de la lepra en el resto de Europa y la Península, zonas donde la elefancia se desconocía, no tuvo repercusión en Canarias al multiplicarse la cifra de afectados, pasándose de unos 200 enfermos a finales del siglo XVIII a duplicarse en 1831, sobre todo en Tenerife en donde se localizaba casi el 40 % de ellos⁵⁶. Este aumento de leprosos y elefanciácos generó una evidente preocupación en las instituciones insulares —por la inversión en sostener y cuidar a los afectados así como por el intento ilustrado de erradicar a mendigos, rufianes y marginados en general— siendo las más destacadas contribuciones las realizadas por la Real Audiencia y el Obispado de Canariás que intentaron elaborar algún tipo de estrategia y plan contra la creciente extensión del mal. En 1830, la Real Audiencia solicitó a través del oidor decano, Francisco de Mier Terán, un informe a los médicos de Gran Canaria para tomar una serie de medidas profiláticas urgentes, intentando evitar nuevos casos y su extensión. Este informe inicial evacuado por los galenos se resumía en una serie de normas inspiradas en

⁵⁵ A.C.C.D.C., informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro, 1833.

⁵⁶ BOSCH MILLARES, J., *op. cit.*

las generalidades conocidas en otras áreas contra dicha enfermedad, siendo éstas: no permitir matrimonios entre contagiados; evitar los contactos sexuales; medidas higiénicas; cumplimiento por los enfermos de las dietas establecidas; separación de hombres y mujeres en las salas del Hospital; impedir la tala de los bosques insulares, por su carácter terapéutico y benefactor; así como controlar la introducción de pescado salado en malas condiciones para el consumo, pues su ingesta podía ocasionar virulentos brotes de lepra y elefancia⁵⁷.

La preocupación de las autoridades insulares se extendió hasta la Corte de donde se sustanció la Real Orden de 17 de diciembre de 1832, mediante la cual se mandaba al juez conservador de San Lázaro solicitara los informes precisos de los administradores y claustrero de la institución —José Cardoso y José Doreste— en donde se diera cuenta de su estado, el cual fue emitido de inmediato siendo calificado el edificio de acogida como «el más deplorable» por las dimensiones y deterioro de su estructura, al encontrarse las paredes de la cocina rendidas y las escasas salas muy reducidas en sus dimensiones. Las celdas de los enfermos eran once —cinco altas y seis terreras— muchas inhabitables por la elevada humedad de sus paredes y mínima ventilación, situación que permitía calificar al conjunto por sus gestores más de «casa de tormento que un seguro en que pudiera aliviarse la desgraciada suerte de unos seres que se hallan en el miserable estado de servir de horror a sus semejantes por la asquerosidad de sus llagas, la completa disolución que les hace exalar un olor pestífero y el horrible aspecto que reciben sus formas naturales a impulso del mal, de suerte que lejos de recibir alivio en su enfermedad empeoran en esta triste mansión y pronto acaban sus días»⁵⁸. Los dos informantes abogaban por la construcción de un nuevo hospital y la multiplicación de las rentas de éste, única vía para paliar las necesidades de los enfermos, reconociéndose como el modo fundamental de eliminar ambas enfermedades de las islas. A ello se debía sumar un estricto aislamiento de

⁵⁷ BOSCH MILLARES, J., *op. cit.*

⁵⁸ A.C.C.D.C., informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro, 1833.

todos los leprosos y un censo de los existentes en la región que alcanzaban en la fecha de 1831 un total de 359, incluidos los trece existentes dentro del recinto del Hospital, aunque su número debía exceder a esta cifra por errores de los encargados de hacer el censo, ocultación de los enfermos, el uso del tradicional pacto de silencio o no estar declarados en ellos los síntomas necesarios para incluirlos en el padrón.

Esta elevada cifra de malatos no podía ser acogida dentro del recinto de la institución, por sus dimensiones y el déficit que arrastraba desde el período 1825-1829, tasado en 3.239 reales, a causa de ello los no recluidos se entremezclaban con los sanos «aún vendiendo por sí verduras y otros artículos en plazas públicas, como se les ve con frecuencia», ayudando dicha actitud al progreso de la enfermedad y a que con el tiempo «vendría a ser casi general en esta provincia». La fábrica de un nuevo Hospital era la solución para recluir en él a todos los enfermos, separando a hombres de mujeres y estableciendo la ansiada prohibición de salidas en búsqueda de víveres, limosnas, etc., pues el abastecimiento quedaría en manos de dos proveedores, mientras las necesidades de los lazarinos serían atendidas por dos criados para los hombres y otras tantas criadas para las mujeres, además de una para los niños. El Estado se encargaría de proveer los fondos fijos necesarios para sostener a los 359 malatos además de los sueldos del personal asignado a sus cuidados sanitarios, de alimentación o judiciales. El plano del nuevo Hospital debía ser levantado por la Real Academia de San Fernando, al carecer de facultativos en esta disciplina la isla, donde se diera en sus dimensiones cabida a todos ellos, aunque hubiera dos leprosos por celda, con la consiguiente separación entre los pabellones por sexos, de las oficinas, de los servicios interiores, de la iglesia con capacidad para todos ellos, además de distribuirse el edificio en sólo dos pisos, por las dificultades de los enfermos atacados en las piernas para subir cualquier escalera y, finalmente, ajustar el presupuesto de la obra al valor de materiales y jornales en la isla⁵⁹. Los ingresos sostenedores del

⁵⁹ A.C.C.D.C., informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro, 1833.

Hospital debían proceder de: los arbitrios de los fondos subsistentes de los jesuitas expulsos; los productos obtenidos de los bienes pertenecientes a la Inquisición, después de satisfechos los sueldos de sus empleados, con la condición de que cuando falten éstos se aplicarán al fondo común del Hospital; arbitrio sobre los bienes de Espolios y Vacantes; una pensión sobre las mitras de las diócesis de Canarias y Tenerife; las rentas de los hospitales de San Lázaro cerrados en la Península, especialmente las pertenecientes al «Hospital de Bubas» de Sevilla, cuyo producto estaba en aquel momento sin aplicación alguna y el sobrante del Hospital de San Lázaro de dicha ciudad, con pocos enfermos y cuantiosas propiedades; solicitar al Comisario General de la Cruzada que de la renta cuadregesimal se diera una limosna, por ser este un piadoso fin; así como conceder un permiso real para que el Hospital venda sus propiedades existentes en las seis islas, salvo la de Gran Canaria, para emplear sus importes en otros situados en la de su sede «mediante a que estando aquéllas a mucha distancia y siendo en cortas porciones y separadamente, además de arruinarse y a estar sugetas a continuas usurpaciones poco o nada se recauda y eso con sumo trabajo e incomodidad». Sin las citadas medidas se consideraba sin futuro a los enfermos recogidos en él, al disminuir considerablemente sus rentas por la notable caída de la situación económica general, además de verse perjudicado con la desaparición de los bacinadores —recaudadores de las rentas obtenidas en cada lugar de la región— tras la extinción de su fuero particular que disfrutaban, al permitirles éste quedar exentos del servicio militar y de las cargas concejiles, por lo cual los informantes rogaban se volviera a establecer tal privilegio⁶⁰.

A este informe se añadió otro de amplia extensión elaborado por dos facultativos —don Nicolás Bethencourt, médico entre 1820-1837 del Hospital de San Lázaro y don José Rodríguez, cirujano titular del Hospital de San Martín entre 1828-1851— que el 16 de mayo de 1833 calificaban de lamentable la multiplicación de la lepra y elefancia en las islas mientras

⁶⁰ A.C.C.D.C., informe sobre el estado del Hospital de San Lázaro, 1833.

éstas experimentaban un amplio retroceso en otros países e, incluso, desaparecía la elefancia en gran parte de Europa. Se lamentaban los informantes de la frecuencia con que éstos enfermos circulaban por las calles y sitios públicos, siendo estas libertades reflejadas en los datos obtenidos en Tenerife para el año 1788 momento en que la isla contaba con 94 lazarinos, mientras en 1831 alcanzaba ya los 144, en La Palma éstos se habían casi duplicado —pasó de 36 a 66, siendo espectacular la subida en el pueblo de Los Llanos, de 13 a 33— mientras en Fuerteventura su número subió entre 1788 y 1831 de 2 a 15. El expediente reiteraba las ideas aportadas por los anteriores: negligencia por falta de policía —permitiendo la insalubridad en los alimentos y poco aseo de las calles—, contagio por contacto entre enfermos y sanos al no estar los primeros reclusos e impedir el matrimonio de los declarados lazarinos, a los cuales se les acusaba de propensiones lujuriosas, aunque los doctores Adams, estudioso del fenómeno en Madeira, y Bateman, especialista en las afecciones cutáneas, habían asegurado en algunas obras científicas que en los enfermos se iban consumiendo los órganos genitales cuando eran atacados después de la pubertad y no desarrollarse adecuadamente éstos si eran infectados antes de esa edad. Rodríguez y Bethencourt apuntaban no descubrir en su práctica médica habitual entre los elefanciácos signos de un impulso venéreo mayor del natural, pero recordaban que «aún cuando en efecto lo hubiese, no por eso debía considerarse ser de absoluta necesidad el permiso para que se casen a fin de satisfacer su lascivo apetito sin atender a las perjudiciales consecuencias que embuelve en sí una práctica semejante, pues no debe haber miramiento con respecto al goce y comodidad particular de algunos individuos cuando dañe manifiestamente a la salud pública y, por lo mismo, al bien general de la sociedad en que viven. Justo es que aquéllo ceda y se sacrifique a ésto que debe preponderar a todas ocasiones»⁶¹. Por lo tanto, prohibían todo contacto sexual de los lazarinos y la sociedad debía buscar los mecanismos más ade-

⁶¹ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

cuados para obstaculizarlos, como único modo de que los elefanciácos no pudieran transmitir de generación en generación «una enfermedad de las más crueles, horrorosas y funestas que han afligido la especie humana». Para demostrar dicha aseveración dieron una relación de los elefanciácos registrados en las ciudades de Las Palmas y Telde, sin contar los existente en el Hospital, en la que se insistía en cercenar su proliferación. Así, de los 29 afectados —25 en Las Palmas y 4 en Telde— un total de 14, 48,2 %, poseían algún miembro cercano de su familia que padecía o había muerto elefanciáco o leproso. Entre ellos sobresalía el caso de José Agustín López, vecino de Los Llanos de Telde, el cual, según dicha recopilación, tenía el precedente de lazarino de su tatarabuelo, de su abuela, de cuatro tíos y dos hermanos, todos fallecidos en ese momento debido a la enfermedad. En el mismo pago se registra a una huérfana de 16 años a la cual no se le conocen ascendientes malos, pero sí la de cuatro hermanos fallecidos por culpa del mal y que lo comunicaron, según pensaban los médicos, a su hermana⁶².

Destaca en dicha evaluación la crítica a la mayoría de los estudiosos del tema que habían tratado a todas las manifestaciones leprosas por igual, cuando, según Rodríguez y Béthen-court, existían grandes diferencias entre los enfermos de las distintas clases de lepra en su prevención y tratamiento. Ambos achacaban a los estudiosos la falta de una decisión clara ante la carencia de pruebas para demostrar que la elefancia era propiciada por el contacto directo, lo cual propició la libertad sistemática y habitual de los lazarinos provocando mayor incidencia de la enfermedad entre la población, aunque también reconocían que ellos en su práctica diaria en Tenerife y Gran Canaria estaban casi más seguros del contagio por herencia que por contacto. Al unísono, aportaban otros datos para establecer los mecanismos de propagación de ambas enfermedades en las islas, fundamentándose algunas de sus reflexiones en causas basadas en: el clima cálido de la región y a los prolongados estíos —sobre todo a fines del siglo XVIII,

⁶² A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

pues antes las estaciones eran más frescas, impidiendo la presencia de la elefantiasis—; la desaparición de los bosque termófilos —situación favorecedora de la mayor incidencia de los rayos solares y de evitar la proliferación de precipitaciones en forma de lluvia o nieve—; la alimentación, basada en el pescado salado, era otro de los males a erradicar pues, según el expediente, éste era el responsable de múltiples afecciones cutáneas y linfáticas y, por analogía, podía ser el propiciador de la lepra, aumentando las dimensiones de su dañina ingestión cuando estaba pasado —al venderse la mayoría de las veces con abuso de la salud de los consumidores y en muchos casos, según denunciaban, putrefacto— pues en tal «estado no puede dudarse que introduzca en los cuerpos principios acres y nocivos, originándose de ello entre otras afecciones morbosas las cutáneas rebeldes». Pese a todo los facultativos reconocían que el pescado salado era uno de los principales alimentos de los grupos humildes e incluso de parte del sustento del grupo acomodado, debiendo, por su elevada ingesta, influir claramente en la salud de la población. Las soluciones al problema reiteran las aportadas por los médicos e investigadores del momento y ya mencionadas con anterioridad: el aislamiento de los enfermos, la prohibición del matrimonio, la imposición de la abstinencia sexual de los elefantiacos; ampliación del Hospital de San Lázaro de Las Palmas, donde debían encerrarse a todos los declarados por contagiados separando en pabellones acondicionados a hombres y mujeres; impedir la tala del resto del monte; vigilancia sanitaria del pescado salado desembarcado en la isla y de las lonjas donde se venda, además de pedir se protegiera a éste del calor; los enfermos deben adquirir unas mínimas normas higiénicas y de alimentación⁶³; y las autoridades han de in-

⁶³ Se criticaba el régimen alimenticio de los elefantiacos reclusos en el Hospital de San Lázaro de Las Palmas, al no estar sujeto su menú a una ración señalada sino que, basada en un los antiguos estatutos, se le daba diariamente el pan y una asignación fija de dinero para la comida, proveyéndose los lazarinos a su arbitrio «no con arreglo a lo que convenirá a su salud y a las prescripciones del médico sino conforme a sus caprichos y desordenados antojos, usando por lo general de las comidas más no-

tervenir severamente cuando algunos de estos puntos se incumplan.

La otra institución que va a intentar buscar soluciones fuera de las islas a tan grave mal va a ser la Junta de Caridad a través de su Presidente, el obispo de la Diócesis, no dudando éste en movilizar a los párrocos de las tres islas para la elaboración de un censo fidedigno de los enfermos de la llamada «lepra-elefanciaca» y solicitar noticias e informes de los principales hospitales dedicados al auxilio de este tipo de enfermos en la Península y América entre 1830-1836. La información sobre la evolución y control de la lepra y elefancia se demandó de los hospitales de Sevilla, Granada, Asturias, Palencia, La Coruña, Murcia, Portugal y La Habana a cuyos facultativos se les solicitó razón de si se había conseguido extinguir o reducir el mal de elefancia-lepra, si se observó algunas zonas o pueblos donde siempre existía habitantes afligidos por la enfermedad o sitios caracterizados por su ausencia y si los enfermos se comunicaban libremente con sus vecinos sin ningún tipo de restricción. En junio de 1836, la Junta Superior de Medicina y Cirugía de Cuba contestaba, en respuesta a un escrito de Obispo de Canarias fechado el 1 de junio de 1835, que en la isla la enfermedad de la elefancia también estaba en aumento pues desde 1734, fecha de fundación del Hospital de San Lázaro, hasta 1800 sólo habían existido dos enfermos y desde 1801 hasta 1835 entraron en dicha institución un total de 318, a causa del incremento demográfico y al aumento de la pobreza existente entre los grupos populares en la isla «siendo mucho mayor en las gentes de color que en las blancas, de aquí es que el número de elefanciacos de las primeras escede en mucho al de las se-

civas y perjudiciales que además de empeorar su enfermedad le pueden ocasionar otras nuevas», por lo que se aconsejaba la implantación de una olla y dieta común. La observación diaria de los enfermos permitió asegurar a ambos facultativos su descuido y falta de aseo, cuando la elefancia por sí era ya poco atractiva a la vista de las personas sanas. Por lo tanto, debían cambiar periódicamente las ropas de la cama y de sus vestidos, así como poseer el nuevo hospital de un número de tinas suficientes para hacer las abluciones diarias. Véase A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

gundas»⁶⁴. Los enfermos alcanzaban ese año la cifra de 94 personas de las que blancos eran 29 y negros 65, manteniéndose desde el primer momento las diferencias entre ambos grupos, aunque el porcentaje de mujeres afectadas en los dos era reducido: 5 mujeres blancas y 18 negras, que suponían un porcentaje total del 24,4 %. Las diferencias entre blancos y negros eran achacadas a la tipología de los trabajos, más duros los desarrollados por los segundos, muchos esclavos, por el tipo de alimentación, pues la dieta era a base de carne salada y «otros manjares groseros», la mala calidad de las viviendas de los negros —chamizos, con evidente falta de aseo—, la carencia de una mínima higiene corporal y de los vestidos, el abuso generalizado de aguardiente y otros vicios perjudiciales para la salud. La procedencia de los enfermos era múltiple no destacando ninguna localidad de la isla por la ausencia o masiva presencia de elefanciácos y lazarinos, teniendo todos ellos que presentarse obligatoriamente en el Hospital, lugar donde eran reconocidos por los facultativos y si estaban enfermos pasaban a ser confinados en él, permitiéndose salir sólo a un corto número de enfermos para solicitar limosna en La Habana y en las zonas rurales.

La única posibilidad de contacto entre los acogidos y sus familiares en el Hospital de La Habana se reglamentaba para el primer día del Carnaval y el domingo de la infraoctava de la festividad de San Lázaro o cuando algún pariente del enfermo quería verlo por causa justa o de urgencia bajo licencia facultativa. Dicho aislamiento es mencionado en el resto de los centros asistenciales consultados, al ser la terapia más aceptada en dicho momento por gran parte del mundo de la medicina. El Hospital de San Lázaro de la Provincia del Miño en Portugal incidía en parecidos términos en su control sobre los enfermos lazarinos al ampliarse y extenderse su número con inusitada virulencia por todos los pueblos de la región, quejándose el consultado de que «he raro ver povo donde nao haja hum ou mais athacados», siendo lo habitual la exclusión de los afectados de la sociedad. También en Portugal se culpa-

⁶⁴ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

bilizaba de la propagación a la considerable falta de policía, la carencia de aseo de las viviendas, ropas y personas y la ingesta de alimentos contrarios a la salud, siendo extensible dicho problema al área de Galicia. El Hospital de Oviedo remitía su contestación en agosto de 1835, en ella se contesta por Pedro Hernández Escudero, médico encargado, de la erradicación de la enfermedad en su región pues en los cerca de 40 años que recorría el país en todas direcciones, sin salir de él, no había encontrado un sólo leproso, al apenas existir desde fines del siglo XVIII personas afectadas por dicha enfermedad. La favorable situación repercutió en la drástica eliminación de los hospitales dedicados a los lazarinos, no quedando en la fecha de la comunicación una sola casa de acogida de malatos en la provincia, pese a sufrir la región durante varios siglos el azote del mal, lo que motivó la fundación de múltiples hospitales. El único que se mantuvo hasta finales del Setecientos fue la llamada «Malatería de Entrecaminos», a las afueras de Oviedo, para recoger los últimos casos, destinándose el edificio en 1833 para hospital de los afectados por el cólera, aunque no tuvo efecto y se cerró⁶⁵. En Palencia, cuyo hospital de San Lázaro se remontaba, según las fuentes, a una fundación del propio Cid, se daba por extinguida la lepra desde hacía mucho tiempo, reduciéndose los presuntos enfermos a casos de erupciones poco frecuentes y de escasa gravedad.

En el sur de la Península la situación difería de los datos aportados por los médicos de Palencia y Oviedo, al no darse por extinguido el mal de la lepra y de la elefancia, en la citada confusión entre los síntomas de ambas enfermedades, por los facultativos de Sevilla y Granada, aunque sí había disminuido los acometidos por ellas. En el Hospital de Granada el número de afectados pasó de 160 en el año de 1782 a unos 50 en 1835, alcanzando todos los enfermos acogidos y aislados en el hospital un grado de enfermedad equivalente al tercer grado. Los lazarinos incipientes o estabilizados estaban integrados entre la población, permitiéndoseles a todos un contacto cotidiano hasta la posible manifestación de dicha

⁶⁵ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

fase. Los facultativos de ambos hospitales fundamentaban los orígenes del mal y su mantenimiento a lo insano de los lugares y casas de vivienda, la mala vida y costumbres y la calidad de los alimentos ingeridos. En Sevilla la fundación del hospital de leprosos se remontaba al reinado de Alfonso X, destinándose a él todos los malatos bajo la jurisdicción del arzobispado hispalense y del obispado de Cádiz, aunque a partir de 1595 sólo se concentraron en dicha casa los lazariños contagiosos, es decir, aquéllos que habían alcanzado el tercer grado de la enfermedad, pues el elevado número de los declarados por leprosos hacía inviable su acogida en la institución ante la falta de medios y de espacio. La citada situación se prolongó hasta 1726, cuando el exceso de malatos llevó a la Real Hacienda a costear la estancia en el hospital de todos los enfermos que excediera de los catorce acogidos y sostenidos por dicha institución. La medida significó una notable disminución y estancamiento en el número de ingresos a partir de finales del siglo XVIII, aunque la mortalidad de los internos se sostuvo en porcentajes elevados, pese a que las cifras oficiales aportadas antes de 1831 no recogen a todos los leprosos de la región, porque muchos se tuvieron que quedar en sus zonas de residencia por falta de recursos para trasladarse y del propio hospital para acogerlos⁶⁶.

Los datos aportados por los hospitales de San Lázaro de La Habana y Sevilla reflejan una clara disminución del número de ingresos y de las cifras de mortalidad de los enfermos. Los registros, como se apuntó más arriba, no implican un censo general de los leprosos y elefanciácos, sino una contabilidad de dichos hospitales que en esos momentos se encontraban acuciados por la falta de fondos e imposibilitados para acoger un elevado número de afectados. Ambas enfermedades debieron disminuir de forma progresiva, aunque las cifras aportadas se encuentran mediatizadas a no existir un censo real de los enfermos existentes dentro y fuera de dichas instituciones.

⁶⁶ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra. Los lazariños registrados procedían en mayor número de la ciudad de Sevilla, Tarifa, Moguer, Osuna, Carmona, Sanlúcar, Lebrija y Jerez.

NÚMERO DE ENFERMOS ENTRADOS Y FALLECIDOS
EN LOS HOSPITALES DE SAN LÁZARO DE SEVILLA
Y LA HABANA

AÑOS	LA HABANA		SEVILLA	
	Entrados	Fallecidos	Entrados	Fallecidos
1601-1610	—	—	—	17
1611-1620	—	—	—	29
1621-1630	—	—	—	38
1631-1640	—	—	—	41
1641-1650	—	—	—	30 *
1651-1660	—	—	—	26 *
1661-1670	—	—	—	6 *
1671-1680	—	—	—	34
1681-1690	—	—	—	32
1691-1700	—	—	—	41
1701-1710	—	—	—	62
1711-1720	—	—	—	27
1721-1730	—	—	—	28
1731-1740	—	—	—	41
1741-1750	—	—	—	32
1751-1760	—	—	26 *	46
1761-1770	—	—	73	59
1771-1780	—	—	36 *	73
1781-1790	2	—	71	77
1791-1800	—	—	57	66
1801-1810	11	—	34	43
1811-1820	40	—	42	37
1821-1830	182	121	42	42
1831-1835	85	102	32	20
TOTAL	320	223	413	953

* Faltan los registros de algunos años del decenio.

Fuentes: Expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

Nota: Elaboración propia.

A estas informaciones de los diversos hospitales consultados se añadió un nuevo motivo de esperanza para erradicar la lepra cuando el Senado y Cámara de Representantes de Venezuela reunidos en congreso el 29 de marzo de 1834 aprobaron un decreto —publicado el 5 de abril— sobre el fomento de la plantación de la planta de «Cuinchunchulli» que, según las facultades de medicina del país, no sólo alivia-

ba el mal de la lepra sino que podría curarlo. Por lo tanto, decretaban comprar, con cargo a los presupuestos del estado, dicha planta a los estados de Nueva Granada y Ecuador para eliminar la rápida propagación en el país de la enfermedad, la cual se propagaba a la misma velocidad que la pobreza de su población⁶⁷. Así, el primer caso documentado en Venezuela de leproso fue recogido por el doctor Requena al registrar una serie de pacientes en la ciudad de Cumaná en el seno de una familia de origen herreño, de inmediato la enfermedad se propagó con gran celeridad, arribando a Maracaibó entre 1802-1804 con la llegada de dominicanos escapando de la guerra civil. La rápida extensión de la lepra en esta última ciudad obligó a Simón Bolívar a decretar la construcción de un lazareto en la llamada «Isla de los Burros» para la acogida de los declarados afectados⁶⁸.

A estas primeras esperanzas se sumaron otras en 1835 cuando el periódico londinense «La Lanceta» se hacía eco del descubrimiento de la citada planta medicinal y de la experiencia médica del doctor Daniel Pretto en la isla de Santo Tomás en donde realizó estudios de la planta, la aplicó a pacientes afectados y llevó a cabo diversas formas de curación. Sobresalía en el artículo la experiencia con una paciente de 11 años llamada Esther Maduro afectada por la lepra en grado avanzado —presentaba cara de color morado-amarillento, nariz, cejas, frente y cachetes cubiertos de ronchas de distinto tamaño, profundas muescas en la nariz, lóbulos de las orejas alargados, dedos hinchados, brazos y piernas cubiertos de manchas— a la cual suministró 31 dosis de tal medicina, aumentando las ingestas desde los 20 gramos iniciales hasta los 50 al final de la terapia, a la vez que prohibía a los padres de la paciente el consumo de pescado

⁶⁷ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra. La planta era conocida ya por los antiguos habitantes del Perú y su nombre significaba «entrañas de marrano de Guinea». Ya era citada por el Abad Velasco en su obra *Historia de Quito*, el cual la describe como una planta de filamentos blancos con apenas alguna hoja que crece por debajo de los riscos, en lugares expuestos a los fríos y brumas.

⁶⁸ ARRIETA, O., *op. cit.*

y de alimentos salados y no exponerla al aire nocturno, aliviándose, según refería dicho médico, los síntomas generales de la enfermedad⁶⁹.

A comienzos del 1835, la multiplicación de noticias positivas sobre la posibilidad de eliminar ambas enfermedades animó al obispo de la diócesis de Canarias, Judas Romo, a contactar con don Ignacio Llarena, vecino y comerciante de La Orotava, para que procurara importar desde Venezuela en nombre del prelado el citado remedio a la elefancia, al multiplicarse en los últimos 60 años el número de vecinos afectado en la isla de Tenerife. El encargo de traerla de Caracas se dio al comerciante de Santa Cruz de Tenerife Mariano Cadena, informando el 2 de junio de 1835 que había hecho una solicitud verbal a un comerciante de la ciudad venezolana de Caracas estante en Tenerife durante el mes de abril, para remitir a las islas las semillas de la planta y las gacetas donde se insertara el método de su cultivo y aplicación⁷⁰. Estas gestiones no debieron prosperar pues el 12 de noviembre de dicho año el obispo Romo escribía al Presidente de la República de Venezuela solicitándole un «cajón de tan precioso específico», ya que pese a las gestiones hechas habían quedado todos los proyectos de traer el remedio frustrados «por la incomunicación de los gobiernos». Desconocemos si hubo respuesta por parte del Gobierno venezolano en una época de grandes cambios en ambos países, mediatizados por circunsancias que en algunos casos adquirieron un cariz nefasto⁷¹.

⁶⁹ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra. La paciente experimentó una mejoría total en el transcurso de los días, aunque al final del proceso sufrió una serie de erupciones cutáneas achacadas por el médico a una especie de sarna. De inmediato mandó a cesar la ingestión del medicamento y fue considerada como una crisis saludable, quedando con el tiempo Esther libre de la enfermedad.

⁷⁰ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

⁷¹ El Obispo y el Cabildo Catedral de Canarias intentaron buscar soluciones a las enfermedades consultando a investigadores nacionales y extranjeros. Entre los primeros destacó el doctor José Juan Espinosa y Casañas, natural de El Hierro, que en 1834 realizó y editó un estudio en la Universidad de Montpellier sobre la cuestión intitulado *Considérations générales sur L'éléphantiasis*, Montpellier, 1834. El médico canario dedica-

Mientras tanto, en las islas los esfuerzos para luchar contra la enfermedad se iniciaron, como ya se ha apuntado, por el oidor decano y juez conservador del Hospital Francisco Mier y Terán, al solicitar en septiembre de 1830 al obispo Bernardo Martínez la realización de un expediente circular donde se recogiera con la mayor exhaustividad toda la información posible de los leprosos existente en la diócesis de Canarias —conformada por las islas de Fuerteventura, Gran Canaria y Lanzarote— mediante la movilización de los curas parroquiales de cada uno de los lugares. La intención de dicho padrón era conocer el número de afectados para la realización del mencionado nuevo recinto sanitario, capaz para albergar a todos ellos, siendo una de las principales condiciones de la Real Cámara para disponer el levantamiento del plano del nuevo edificio. En el expediente remitido por cada uno de los párrocos éstos debían relacionar los nombres de las personas sospechosas o declaradas por lazarinas, siendo llamado el mal de diversas maneras según el lugar: elefancia, lepra, fuego de San Antón, etc., además se debía reflejar el sexo, la edad, el estado civil y el lugar de residencia de cada uno de los malatos. La orden Real se remitió también a la Diócesis de Tenerife pues conocemos los datos de La Palma y de Tenerife con un total de 210 afectados que pudieron alcanzar casi los 250 si se añaden los registrados en La Gomera y El Hierro.

El 9 de octubre de 1830 fueron enviadas las correspondientes cartas y copias del formulario a cada uno de los párrocos, recibándose las primeras respuestas en el obispado desde mediados de dicho mes. Pero, esta inicial celeridad se verá truncada al paralizarse la evacuación del expediente hasta 1831 a causa del retraso en los informes de los curas de

ba en aquella ocasión la obra a su tío el doctor Juan de Frías, arcediano de Canaria en el citado Cabildo Catedral. A este estudio se añade otro, aunque más tardío, de un médico con evidente relación con el Archipiélago como fue el doctor Bartolomé Apolinario Macías, el cual realizó un análisis sobre la lepra editado bajo el título de *Lépre. Sclérodermie et asphyxie locale des extrémités. Contribution a l'étude comparée de ces trois syndromes cliniques*, Montpellier, 1881.

Fuerteventura, Agaete, Tejeda, Santa Lucía y Moya. En síntesis, dicho padrón arrojaba unos datos preocupantes al recogerse en la Diócesis un total de 106 enfermos —sin contar a los 15 reclusos en San Lázaro— repartidos de modo desigual entre las islas. De esta manera, en Fuerteventura su número se elevaba a 15, en Lanzarote a 26 mientras en Gran Canaria, más poblada, su número era de 65. A este informe inicial de 1830 se unió otro en 1833, aunque ambos no supusieron pruebas suficientes para poder los estudiosos y facultativos encontrar alguna solución en su intento de erradicar el mal de las islas, al necesitar una serie de datos cualitativos de cada uno de los enfermos. Sobre esto incidía el obispo Judas José Romo en una circular enviada a los párrocos de la Diócesis en febrero de 1835. A todos ellos les pedía su colaboración para cortar de raíz la enfermedad que se extendía con celeridad entre el pueblo, por lo cual se daba a cada uno de los implicados una serie de instrucciones muy precisas con las cuales debían realizar el padrón de los enfermos. A los datos solicitados en 1830, se debían añadir otra serie de peculiaridades de cada malato tales como: el tiempo transcurrido desde las primeras manifestaciones de la enfermedad hasta el presente; la causa del origen a criterio de cada uno de los malatos y del propio eclesiástico, etc. Asimismo, si estaba contagiado desde el nacimiento se preguntaría si la heredó de sus padres o de algún ascendiente, a la vez que se comprobaría dos datos especialmente interesantes para los médicos: uno tomado por verdadero en todos los estudios como era que la lepra no se propaga por contacto; y otro muy dudoso caso de «si el contacto o derrame de la materia podre o sangre que arrojan las úlceras de los elefanciácos pueden reputarse por causa productiva». Del mismo modo, se pedía información sobre aspectos higiénicos: si la ropa sucia de los leprosos y las lavaderas donde hubieran metidos camisas y demás eran focos de contagio; las navajas de afeitar se reputaban como medio de propagación, etc.⁷².

⁷² A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

INFORME SOBRE LOS ELEFANCIACOS-LEPROSOS
DE LA DIÓCESIS DE CANARIAS ENTRE 1830-1835

1830	1835*	Nombre	Estado	Edad	Calle, lugar o pago
HOSPITAL DE SAN LÁZARO					
	+	José de los Reyes	c	60	Natural de Tenerife
	+	Magdaleno Díaz	s	52	Natural de Tenerife
	+	Antonio Martín	c	48	Natural de Lanzarote
	+	Varón	s	24	Natural de Lanzarote
	+	José Perdomo	s	40	Natural de Tenerife
	+	Domingo Rodríguez	s	37	Natural de Lanzarote
	+	Juan Matías	s	23	Natural de Tenerife
	+	Blas Montesdeoca	s	20	Natural de Las Palmas
	+	Domingo Macario	s	24	Natural de Telde
	+	Luis Ramírez	s	23	Natural de Las Palmas
	+	Hilario Hernández	s	19	Natural de Fuerteventura
	+	Juan Romero	s	22	Natural de Las Palmas
	+	Antonia Medina	v	45	Natural de Las Palmas
	+	María Josefa Díaz	s	35	Natural de Fuerteventura
	+	Juana Sánchez	s	55	No consta
LAS PALMAS					
	+	Luis Ramírez	s	19	C/ Mayor de Triana
	+	Dominga Ramírez	s	26	C/ Mayor de Triana
	+	Cándido García	s	20	C/ Arena
	F	María Suárez	v	47	Molino de Viento
	+	María Trujillo	s	58	Boca de Barranco
	+	Joaquina Rodríguez	s	39	Los Barrancos
	+	Esteban Amador	s	36	San Nicolás
	F	Juan Macías	s	16	C/ Carnicería
	+	Varón	s		C/ Carnicería
	+	Mujer	s	—	C/ Carnicería
	F	José Suárez	c	36	El Terrero
	F	Catalina Suárez	c	39	El Terrero
	+	María Valido	s	14	San Cristóbal
	+	Agustina Castellano	s	25	C/ Carnicería
	+	Rita Castellano	c	29	C/ Carnicería
	+	Micaela de Santana	s	22	C/San Agustín
	F	Isabel Rodríguez	s	23	El Terrero
	F	Tomasa Corredera	c	48	C/ Carnicería
	+	Lucía Pespega	v	59	El Terrero
	+	Francisco de Sosa	s	35	En Tafira
	+	Antonia de Sosa	s	30	En Tafira
	+	María Rosa	s	23	C/ Travieso
	+	Miguel Hernández	s	42	Los Barrancos

1830	1835*	Nombre	Estado	Edad	Calle, lugar o pago
+	+	Doña María Matos	v	64	San Nicolás
+	+	Doña María Ramos	s	13	San Nicolás
+	+	Nicolás Herrera	s	8	San Lázaro
+	+	Miguel Canguera	s	40	Los Barrancos
+	+	María Moreno	c	41	C/ Arena
+	+	María José Troya	s	50	Boca de Barranco
	+	María Santiago	s	—	Lomo Las Palmas
	+	Domingo	s	Niño	San Francisco
	+	Tomasa	s	Niña	San Francisco

Telde

+		Juan Casares	s	27	Telde
+	SL	Domingo Macario	s	19	Telde
+		Domingo González	s	28	Majadilla
+		Agustín Jerez	c	56	Los Llanos
+		Miguel Medina	c	36	Los Llanos
+		Francisco Milán	s	23	Los Llanos
+		Juan Suárez	s	14	Los Llanos
+	+	Antonia Milán	s	12	Los Llanos
+		Antonio Calisto	s	16	Higuera Canaria
+		María González	s	19	Los Llanos
	+	José Agustín López	s	24	Los Llanos
	+	María Muñoz	v	48	Telde
	+	José Peña	c	33	Telde

Valsequillo

+	+	Matías Marrero	c	27	Las Cuevas
	+	María Pérez	c	25	Las Cuevas

Ingenio

+		Don José Sánchez	s	40	Ingenio
+	+	Agustín de Vega	s	31	Ingenio
+		Salvador de Vega	s	20	Ingenio (sospechoso)
+	+	Francisco Dávila	s	40	Ingenio
+		María Martínez	s	29	Ingenio
+		Isabel de Vega	s	28	Ingenio
+		D. Sebastiana Pérez	s	46	Ingenio (sospechosa)
+	+	Doña Juana Dávila	s	28	Ingenio
+	+	Isabel Sánchez	s	14	Ingenio
+		D. Juan Dávila Ortega	s	26	Ingenio (sospechosa)
+		Peña de Acosta	s	48	Ingenio
	+	Don Diego Dávila	s	12	Ingenio
	+	Gregorio Caballero	c	35	Ingenio (sospechoso)
	+	Francisco Sánchez	s	18	Ingenio (sospechoso)
	+	Catalina González	s	30	Ingenio (sospechosa)

1830	1835*	Nombre	Estado	Edad	Calle, lugar o pago
	+	Catalina Alemán	s	24	Ingenio (sospechosa)
	+	Águeda Hernández	s	24	Ingenio (sospechosa)
<i>Agüimes</i>					
	+	José López	s	20	Vega Grande
	+	María López	s	18	Vega Grande
	+	Lucas Pérez	c	—	Agüimes
	+	Juana Pérez	c	66	Agüimes
	+	María San Juan	c	37	Temisas
<i>Vega de Santa Brígida</i>					
	+	Isidro de Vega	c	40	Natural de Las Palmas
<i>San Lorenzo</i>					
	+	Miguel Suárez	c	42	Lomo de Mañán
	+	Manuela Rivero	s	14	Tenoya
<i>Aruacas</i>					
	+	María Rodríguez	s	26	Cerrillo
	+	Josefa Guerra	s	20	Cerrillo
	+	Antonio	s	15	Cerrillo
<i>Moya</i>					
	+	Josefa Rodríguez	c	45	Quicuelas
	+	María Rivero	s	30	El Palo
	+	María Montesdeoca	s	34	Moya
	+	José Gil Esquivel	s	19	Moya
	+	María Almeida	c	50	Moya
	+	María González	c	40	Cuevas de San Bartolomé
	+	José Ojeda	s	25	Moya
<i>Agaete</i>					
	+	Varón	s	20	Agaete
LANZAROTE					
<i>Teguise</i>					
	+	Vicente Pérez	c	42	Teguise
	+	Juan Hernández	c	43	Teguise
	+	María Linardo	c	26	Teguise
	+	Antonio Hernández	s	13	Teguise
	+	D. Elvira Valenciano ...	s	13	Teguise
	+	María Álvarez	c	60	Teguise
	+	D. Manuel Cabrera	c	30	Tiagua
	+	Bernardo Herrera	s	30	Tesequite
	+	Varón	s	14	Teguise
	+	Varón	s	29	Teguise

1830	1835*	Nombre	Estado	Edad	Calle, lugar o pago
<i>San Bartolomé</i>					
+		Inés Hernández	v	53	San Bartolomé
+	+	Domingo Martín	c	40	San Bartolomé
+		D. Lorenza Monfort	s	20	San Bartolomé
+	+	Juan Bermúdez	c	36	Guime
	+	Rosalía Bermúdez	v	46	Guime
<i>Tías</i>					
+	+	D. Esteban Travieso	c	36	Mácher
		Varón	—	50	No consta
		Varón	s	34	No consta
		Varón	s	30	No consta
		Varón	s	17	No consta
		Varón	s	16	No consta
<i>Femés</i>					
+	+	Antonio Rodríguez	s	42	Femés
<i>Tinajo</i>					
+	F	Josefa	s	19	hijas de Don Salvador
+	F	Juana	s	16	Martín
<i>Arrecife</i>					
+	+	José Hernández	s	22	Arrecife
+		María Santana	c	32	Arrecife
+		María León	s	25	Arrecife
+	+	Eufemia de Paíz	s	27	Arrecife
	+	María Paula	c	56	Arrecife
	+	María Rodríguez	s	38	Arrecife
	+	María Moreno	s	32	Arrecife
	+	José	s	12	Arrecife
	+	María	s	10	Arrecife
	+	Antonio	s	4	Arrecife
	+	Manuela	s	2	Arrecife
<i>Haría</i>					
+		Domingo Bonilla	s	28	Máquez
+	+	Alejo Salazar	s	23	Máquez
	+	Marcial Betancor	s	20	No consta
<i>Yaiza</i>					
+		Agustín Gutiérrez	c	56	Breñas
+	+	Julián Viera	s	25	Yaiza
+		Sabina Lorenzo	s	49	Yaiza

1830	1835*	Nombre	Estado	Edad	Calle, lugar o pago
+		Hilaria Curbelo	s	21	Yaiza
	+	María Manuela Viera .	c	+32	No consta

FUERTEVENTURA

Betancuria

+	+	Pedro Alvarez	c	32	Valle de Santa Inés
---	---	---------------------	---	----	---------------------

Casillas del Ángel

+		Josefa Acosta	s	30	Llanos de la Concepción
+		Antonia Armas	s	12	Llanos de la Concepción

Pájara

+	+	Sebastián Pérez	c	46	Toto
+		Paula Morales	c	40	Banjada
	+	Gregorio	s	9	Pájara

Tetir

+	+	Tomasa Peña	s	28	Puerto de Cabras
+		Tomás Cabrera	s	25	La Matilla
	+	Mujer	c	45	Tetir
	+	Niño	s	8	Puerto de Cabras

La Oliva

+		Vicente Lorenzo	c	40	La Oliva
+		Andrés Ramos	c	45	Tindaya
+		José Placeres	c	52	Lajares
+		Juan Saavedra	s	17	La Manta del Tostón
+		José Saavedra	s	13	La Manta del Tostón
+		Marcos Saavedra	s	10	La Manta del Tostón

Tuineje

+		Pablo Casimiro	s	27	Jandía
+	+	Juan Hernández	s	30	Tuineje
	+	Antonio Mateo	s	26	Tuineje

Las parroquias de La Aldea, La Antigua, Artenara, Gáldar, Guía, Mogán, San Bartolomé de Tirajana, Santa Lucía, Vega de San Mateo, Tejeda y Teror no registran ningún leproso en 1830 y 1835. En este último año se sumaron a éstas las parroquias de la Vega de Santa Brígida y Tinajo. En el padrón de 1835 no figuran los datos de las jurisdicciones de San Lorenzo, Casillas del Ángel y La Oliva por no haberse remitido por sus respectivos párrocos.

* Los datos aportados de cada persona corresponden a los tomados del censo de 1830. Las señales (+) corresponden a si el citado se encontraba en ambos o en uno de los dos padrones. La (F) indica que la persona estaba fallecida y (SL) la de su reclusión en el Hospital de San Lázaro de Las Palmas en el padrón de 1835.

— El estado civil comprende solteros (s), casados (c) y viudos (v).

Fuentes: A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

Nota: Elaboración propia.

En la relación adjunta se observa una evidente oscilación entre las cifras recogidas en los padrones de 1830 y 1835. En el primer de ellos se contabilizaban 106 lazarinos —sin sumar los 15 residentes en el Hospital de San Lázaro— manteniéndose esta cantidad casi inalterable en el siguiente al alcanzar los 108, aunque el volumen podría aumentar al faltar las contabilidades de los párrocos de los lugares de La Oliva y Casillas del Angel (Fuerteventura) con un elevado número de enfermos en el anterior recuento. Los porcentajes de enfermos con respecto al total de población no son elevados, para Las Palmas alcanza sólo el 0,23 % en el año 1835, aunque su presencia era inquietante en unas islas donde los brotes de enfermedades —caso de la fiebre amarilla de 1813— podía poner en peligro en cualquier momento a amplios sectores de la población y a los negocios de exportación-importación de los grupos más pudientes. La relación nos permite comprobar la extensión de la enfermedad en las áreas cercanas a la ciudad de Las Palmas y Telde, por contra de lo que sucede en las comarcas del sur, suroeste y noroeste de la isla, salvo en Agaete con un enfermo, caracterizadas por la ausencia de malatos, posiblemente gracias en la mayoría de los casos al clima benigno, con prolongados períodos de sequía.

En dos parroquias, San Mateo y Teror, áreas de medianías de Gran Canaria con unas condiciones climáticas durante todo el año muy húmedas y cuyas temperaturas eran relativamente bajas con respecto a las existentes en el resto de la isla, no se conocía la enfermedad pues a las citadas características se añadía una alimentación más variada que ayudó a controlar la proliferación de los bacilos de la lepra y evitar la presencia de la filaria. El clima más subtropical se acentuaba en el resto de Gran Canaria, lugar donde se registran las áreas más afectadas y se concentraba gran parte de la población insular, estando, en algunos casos, la mayoría de los sectores medios-bajos de la población en condiciones higiénico-sanitarias pésimas. Además, en ellas las zonas más cercanas a la costa o situadas en los alrededores de lugares donde proliferen las condiciones ideales para la multiplicación de los mosquitos —aguas empozadas, estanques— será donde se manifieste con

mayor reiteración ambos males, aunque, lógicamente, quizá el aspecto más importante de todos los mencionados sea la unión de la elefancia y lepra con las condiciones económicas de los afectados.

Escasos son los intitulados con el «don-doña», aunque ya poco significativo en la época como diferenciador social, afectados y si se registran éstos, según se observa en la relación de lugares adjunta, se avecindan en los pagos más pobres de cada comarca, tal como se observa en Ingenio. De esta manera, en Las Palmas los barrios del extrarradio urbano son los más afectados —San Nicolás, El Terrero o la calle de La Carnicería en el barrio de Vegueta— lugares transitados por pobres, menestrales, mareantes, personal de servicio y marginados, siendo también las áreas que sufren las peores condiciones higiénicas de la ciudad. En Telde la situación se repite con la presencia de varios lazarineros avecindados en Los Llanos donde los pequeños propietarios, jornaleros y desocupados proliferaban durante todo el Antiguo Régimen, repitiéndose la situación en Arucas —casi todos los enfermos son del barrio de El Cerrillo— o Valsequillo. Caso aparte merece la parroquia de Ingenio pues allí el incremento de la pobreza entre sus vecinos desde finales del siglo XVIII va a incidir en la caída de las condiciones higiénico-sanitarias en el lugar y, por culpa de ello, en la multiplicación de los elefanciacos a causa de la proliferación de aguas empozadas en la zona coadyuvando éstas a la masiva presencia de mosquitos.

Caso diferente presentan las islas de Fuerteventura y Lanzarote pues en ellas, el favorable efecto de las condiciones climáticas, se vio limitado por la pobreza en la que cayó una considerable parte de su población en el tránsito hacia el siglo XIX. La falta de exportaciones, la reiteración de las crisis agrarias —con efectos sobre la emigración y seguramente sobre las cifras aportadas de enfermos al salir muchos de la Lanzarote hacia otras islas o zonas fuera de la región— la diferencias económicas entre los diversos grupos sociales, la caída de los ingresos generales y del poder adquisitivo de los grupos más modestos, etc., se convirtieron en una de las principales razones para la multiplicación de la lepra y la elefan-

cía. La primera de las enfermedades debió ser la más abundante en las tres islas por las manifestaciones recogidas de los párrocos y la escasa posibilidad de proliferación en islas como Fuerteventura y Lanzarote, al no darse unas condiciones climáticas adecuadas para la filaria. Arrecife y Tegui se serán los núcleos de población donde se localicen a mayor número de enfermos en Lanzarote, al darse en ambos condiciones de hacinamiento de población y aumento de la pobreza entre los grupos más bajos de la sociedad conejera. El arribo de población exterior y la migración interna coadyuvieron al aumento en Arrecife de los efectivos de población y en el registro de los lazarinos entre los años de 1830 a 1835, pasando éstos de 4 a 9, lo cual indica el incremento de la pauperización de ciertos sectores del vecindario, mientras que en el pago de Tías, otro lugar de Lanzarote con un considerable alza en los malatos —de 1 a 6— la cifra está justificada por el desplazamiento hacia su término de campesinos y jornaleros de las áreas del centro de la isla. En Fuerteventura el número de enfermo es reducido aunque sobresale por la elevada cifra registrada, la parroquia de La Oliva, al norte de la isla, al reseñarse en varios núcleos de población —sobre todo donde el número de pobres localizados es más abundante— un volumen de afectados alto para la población residente.

Los datos permiten comprobar entre un padrón y otro la certificación de 8 finados, pero también la ignorancia de la suerte de 44 inscritos con anterioridad, quizá ya fallecidos o en todo caso desplazados fuera de la Diócesis. Los no localizados son reemplazados en la lista por 39 nuevas incorporaciones —37,8 % del total— integradas, en la mayoría de los casos, por jóvenes con edades inferiores a los 30 años y una esperanza de vida, según el tipo de mal padecido, corta. Así, de los 108 registrados en 1835, sólo 51, el 47,2 %, recordaba o aportaba datos del momento preciso de manifestación de su enfermedad: dos la padecían hacía menos de un año; ocho entre uno y tres; entre cuatro y ocho años quince lazarinos, el 29,4 %; nueve enfermos decían tener síntomas entre nueve y quince años; once elevaban la cifra hasta los 16-25 años; y, finalmente, seis la padecían hacía más de 25 años,

siendo estos últimos posiblemente afectados por la lepra. Ello indica la cotas de mortalidad de dichas enfermedades y el temor a contagio existente entre los vecinos, el deseo de los médicos de aislar a los pacientes y el control de la alimentación de los malatos, pero el incumplimiento de la institución encargada de la salvaguarda de estas medidas por su inoperancia ante la grave crisis económica padecida no permitió crear un sistema adecuado de prevención.

En análisis de los datos aportados por los párrocos tras las consiguientes preguntas a los enfermos y su reflexión sobre los orígenes de la enfermedad permite comprobar unas considerables diferencias entre cada parroquia a la hora de señalar un tipo de causa como desencadenante del mal. En las islas de Fuerteventura y Lanzarote muchos informantes achacaban el inicio de su afección principalmente al clima húmedo y caluroso en ciertos períodos del año y a someterse los enfermos a bruscos cambios de temperatura corporal. Uno de los párrocos, el de Tuineje, don Sebastián Robaina, refería el testimonio de Juan Hernández, de 40 años y padeciendo el mal desde hacía 16, el cual señalaba la raíz de su padecimiento a «salir acalorado de una casa, donde había una concurrencia y festín, y caminar descalzo en la tierra húmeda y fría, de lo que se le hincharon las piernas y creyendo curarse se dio algunas unsiones mercuriales», siendo también señalada esta alternancia entre frío-calor por Antonio Mateo, lazariño de dicho lugar, pues sus tumores y úlceras surgieron por el calor soportado durante un verano⁷³. El propio párroco de Tuineje, admitiendo sus limitaciones sobre la cuestión, veía la causa de todo en el caluroso clima común en el lugar, pero tampoco olvidaba la pésima alimentación del vecindario o la mala cura de «umores venéreos» como razones propiciatorias de tales padecimientos. La combinación entre calor y baños de agua fría —de mar o pozo— como elementos propiciatorios de la lepra-elefantiasis volverá a ser alegado por numerosos

⁷³ En Pájara la lepra de Gregorio, un niño de 9 años, era debida, según sus padres, «a excesos propios de su edad, como son entrarse con el cuerpo caliente en algún parage frío o entrarse en baño de agua fría estando el cuerpo acalorado».

afectados en las islas. Dicho caso es mencionado en varias ocasiones como origen, sobre todo, cuando el baño se hacía bruscamente en el mar. Así, Luis Ramírez, leproso recluido en San Lázaro, a la pregunta de cómo contrajo su perturbación respondía que a causa de «haberlo arrojado al mar estando dormido abordo de un barco», sumándose a esta hipótesis Juan Romero, al culpabilizar el inicio de su desgracia a la alternancia entre el baño en frío y encontrarse sudando en el momento de introducirse a nadar en el mar, pues decía le provino «de nadadas que hacía», además de enterrarse en la arena caliente desde que salía del mar.

Un matiz a dicha causa lo señalaba don Francisco Dávila, vecino de Ingenio, el cual creía que por «haberse acostado en humedad», se levantó de inmediato con síntomas del mal, prodigado con celeridad por todo su cuerpo. En cambio, José de los Reyes, interno en el Hospital en 1835, achacaba el inicio de su lepra —el cual soportaba desde hacía 34 años— al «haberse sangrado con un ayre», aunque éste no le impidió casarse y tener dos hijos. Otros lazarinos como los de Tegui se fundamentaban sus achaques en diferentes circunstancias pues creían la mayoría de ellos que su afección era producida a razones de carácter psicológico y al contacto con personas presuntamente infectadas. Dos de ellos relacionaban el padecimiento de la elefancia con sustos recibidos, enfados con otras personas y por ser «reprehendido en público por su superior», en cambio un tercer lazarino suponía el origen de su mal por «haber tomado leche de una ama que se creía tubo trato con un elefanciaco». El contagio también era la causa alegada por el cura del Valsequillo, Francisco Pérez, para determinar la razón de la enfermedad de María Pérez mujer del lazarino Matías Marrero. María había tenido dos hijos muertos a los pocos meses de sus respectivos nacimientos, pero ninguno de ellos mostró señales de lepra en sus cuerpos aunque, según el informante, hacía cuatro años a María le surgieron síntomas de la enfermedad cuando su tez se amarató y los muslos y brazos se empezaron a dañar, juzgando el propio Matías habérsela contagiado a su mujer «por el contacto y roce inmediato con él». La posibilidad de herencia de

los ascendentes fue otras de las ratificaciones y reflexiones aportadas por los párrocos en sus informes. Así, en Telde se hace referencia a José Agustín López, con dos hermanos lazarinos asentados en Agüimes, muy dañado por la enfermedad, pese a sólo soportarla durante cuatro años, la cual se le presentó al poco tiempo de arribar a Gran Canaria tras pasar una temporada en los barcos de la costa, empezándole los síntomas con unos chichones en las piernas. Los beneficiados del citado lugar alegaban que el mal de José era adquirido por herencia de: su abuela; un tío paterno; otros tres materinos; y de los citados dos hermanos, siendo en su ascendencia el primer contagiado conocido su tatarabuelo paterno.

Otro número de aportaciones imponían una realidad diferente a la anterior, al negar la adquisición de la enfermedad por contacto y se ponía en duda su heredabilidad. Ejemplo de ello fue María Paula, malata residente en Arrecife, de 56 años y principiada su enfermedad con 19, no impidiendo ésto su boda a los 22 años. Al poco tiempo del matrimonio se le descubrieron unas úlceras en la cara, los brazos y en casi todo el cuerpo, además de caérsele la nariz, parte de los dedos de las manos y tener regulares sofocos de pecho, hechos no tomados en cuenta por el matrimonio para la concepción de varios hijos de los que en 1835 sobrevivían cinco, todos casados y con vástagos sin ninguna manifestación lazarina. Por contra, una vecina de ese lugar, María del Pino Moreno, con su cuerpo invadido de berrugas crecidas y de color aplomado, comunicó a sus cuatro hijos, comprendidas sus edades entre los 12 y 2 años, la enfermedad, a los dos primeros cuando se curaba «tomando sudores que fueron con abundancia, sus hijos, como eran pobres, los acostaba en su mismo lecho», mientras a los dos menores los había concebido ya declarada afectada.

La enfermedad, sobre todo la lepra, se manifestaba en la mayoría de los lazarinos de forma sorpresiva, muchos, como ya se mencionó con anterioridad, señalaban a un susto repentino su inicio —como Pedro Álvarez vecino del Valle de Santa Inés en Fuerteventura, al señalar la razón primigenia de su padecimiento «los temores que tubo de ser tomado para ser-

vir a las órdenes del coronel don Ysidro Barradas, atribuyendo su mal no sólo a ésto sino a los sitios en que se vio precisado a ocultarse para no ser habido»—, calor, a enfados⁷⁴ o a cosencuencia de un maltrato⁷⁵, y los síntomas se presentaban con gran rapidez, a los tres o cuatro días de haberse producido la situación alegada por cada uno de ellos, aunque su período de incubación era mucho más largo. Varios afectados por la lepra, en menor grado la elefancia, se encontraban en poco tiempo con su cuerpo invadido por la enfermedad, la cual progresaba rápidamente —Eufemia de Paíz en cinco años vio progresar el mal con gran virulencia, convirtiendo a su «cuerpo en una llaga»— ya que la falta de una medicación, alimentación e higiene adecuada supusieron un acicate para la lepra y la elefancia.

En algunos casos los pacientes se trasladaron de lugar de residencia para intentar curarse, ya por la presencia en las áreas de destino de médicos reconocidos en la lucha contra el mal, ya por aconsejarles los de su lugar de origen pasar a una zona donde existiera un clima más propicio para aliviarles. Entre los escasos ejemplos citados sobresale el de José Peña, vecino de Telde, que en 1835, tras regresar de la isla de Cuba hacía dos años, se le manifestó la lepra y para curarse su médico le recomendó trasladarse a la isla de La Palma.

Los testimonios de los beneficiados y párrocos se intentaron ajustar a la realidad del lugar aunque, en algunos casos, se obviaron dar contestación a las diversas cuestiones establecidas por el Obispo en su informe o se recogieron los datos de modo generalizado, en muchas ocasiones para ocultar declarar a ciertas personas del lugar por tales lazarinos, ante

⁷⁴ La citada María del Pino Moreno, de 32 años, residente en Arrecife aunque originaria del barrio de San Lázaro de Las Palmas, aseguraba haber contraído el mal por «un arrebato de enfado que tomó con una besina, porque a los tres días de aberlo tenido se le llenó todo su cuerpo de ronchas».

⁷⁵ José Perdomo, interno en el Hospital de San Lázaro, llevaba 26 años soportando la enfermedad, desde los 14 de edad, la cual se le manifestó «a resultas de una calda, que le dejaron por muerto».

posibles marginaciones sociales. Uno de los ejemplos registrados en la documentación es el aportado por los beneficiados de Telde cuando se refieren a María de la Encarnación Muñoz, viuda de don Juan Romero, recluida y ocultada a todos en su casa por lo cual no se le consultó «a causa de que pueda esta novedad causarle alguna alteración más en su salud». Varios párrocos manifestaban sus dudas en señalar como lazarinos a ciertos vecinos, salvo el de Ingenio por cuya razón quizá allí el número de los declarados y presuntos es tan alto respecto a otros lugares, solicitando la presencia en el pueblo de un médico para su reconocimiento y que éste diera su opinión sobre la cuestión como técnico en la materia. De esta manera, Rafael Navarro, cura de Haría, solicitaba la presencia de un médico para determinar si dos vecinos sospechosos eran o no lazarinos, pues «no tienen el uno ni el otro ningún indicio que pueda inducir a esta sospecha, que el de tener ambos encogidos los dedos de la mano izquierda que dicen les ha prosedido de haberlas calentado al fuego en un día de mucho frío, pues así por la limpieza de todo su cuerpo como por la claridad de su voz no encuentro diferencia ninguna de los que están perfectamente saludables»⁷⁶.

En todos los casos la enfermedad truncó el desarrollo social de las personas, algunas de las cuales se recluyeron, la mayoría se encontraron marginadas por su enfermedad y otras vieron limitado su ascenso social. Unas de estas últimas fueron los hijos de doña María Matos, viuda del capitán Roque Ramos, la cual, declarada elefanciaca, debió soportar la sospechas de contagiar el mal a su hija doña María Ramos. Su hijo, el teniente Antonio Ramos, indicaba al párroco en 1835 que tanto él como su otra hermana estaban libres de padecer la elefancia, asegurando que su madre era la primera lazarina de la familia, como única forma de limpiar toda sospecha de castigo divino, tacha social o mancha sobre ellos y sus descen-

⁷⁶ El 25 de noviembre de 1835 el párroco de Haría comunicaba al obispo Romo la señalización como enfermos a ambos jóvenes, tras el reconocimiento a que fueron sometidos por el doctor José Bethencourt, cuyo informe definitivo los declaró afectados por el llamado «Fuego Sagrado» o mal de «San Antón».

dientes. Algunos lazarinos pudieron realizar una vida cotidiana casi normal, al estar muy limitada la enfermedad a ciertas partes del cuerpo, pero en la mayoría de los casos los afectados por la lepra —pues la elefancia se caracterizaba por la monstruosa y deforme hinchazón de ciertas partes del cuerpo— manifiestan amputaciones espontáneas de algunas falanges y dedos de pies y manos aunque, tal como sucede con Antonio Rodríguez, vecino de Femés, la caída de algunos dedos de los pies no era síntoma de advertir «en lo demás de su cuerpo ni ronchas ni havas ni cosa alguna, sino mui limpio».

Finalmente, el eclesiástico informante de la situación de los lazarinos en Las Palmas, don Juan Ramírez, veía la raíz del mal en el contagio padecido por el continuo roce entre enfermos y sanos «especialmente entre la gente pobre en todos los barrios de esta ciudad» y a través de ello su extensión por la urbe y campos. La falta de control de los enfermos por parte de la policía y el Hospital de San Lázaro era la otra parte propiciatoria de dicha situación, pues a sus acogidos se les veía «promiscuamente en medio de estos vecinos en las plazas de mercado y pesquería de la ciudad y sin que se dimprecione el pueblo de la peligrosa preocupación de que él que se abstiene de comunicar con los lazarinos por no contraer tan mortífera enfermedad será castigado», debiendo entrar en todo ello la Justicia Civil «para cortar de raíz el contagioso mal que se a propagado mucho en esta población de veinte a treinta años a esta parte».

Estas palabras corroboraban la realidad del momento pues sólo las parroquias de Tinajo y Vega de San Brígida, ambas con lazarinos recogidos en el padrón de 1830, se encontrará cinco años más tarde libres de la presencia de este tipo de enfermos, aunque sus párrocos se esmeraron en preguntar a los vecinos y consultar los libros de la parroquia para enviar un informe lo más exhaustivo posible al Obispo. La carta enviada por el cura de Tinajo hace hincapié en el primer brote conocido en el lugar, el cual se remontaba al año de 1785 y el último se registraba en 1832, contabilizándose entre ambos períodos un total de 11 casos de los cuales siete eran varones.

Las edades de los lazarinos se comprendían entre los 13 y 40 años sin conocer de ninguno la posibilidad de contagio o herencia, incluso, la primera lazarina de la que se tenía constancia, María Navarro, padeció la enfermedad por diez años durante los cuales tuvo cinco hijos a los que amamantó sin que ellos ni su marido adquirieran la enfermedad. En todo caso, del resto de lazarinos el párroco observaba que procedían de dos familias, aunque en general sanas de la lepra «algunas de sus ramas se han contaminado, sin que haya sido esto por rose que entre ellas haya habido», creando dos árboles genealógicos de las dos ramas familiares implicadas —Martín y Peña— donde se establecían sus descendientes lazarinos, un total de seis para los primeros y cuatro para los segundos⁷⁷.

La misma intención de buscar la primigenia causa de la enfermedad en el pasado se registra en casi todos las relaciones entregadas al Obispado. El cura de Ingenio remontaba el inicio de la elefancia en el lugar a los años cincuenta del siglo XVIII, etapa de llegada a dicho núcleo de población de un afectado natural de Chasna (Tenerife), el cual entró a servir a María de Gracia a cuyo hijo comunicó su mal y de él pasó a otros vecinos cercanos a la vivienda de la citada. Todo ello ocasionó desde esta época hasta 1835 un contagio generalizado donde habían sido afectadas en el lugar más de 100 personas, demostrando esto, según el párroco, el alto grado de contagio existente en dicho mal, aunque la experiencia también le demostraba que algunos de los afectados no traspasaron su padecimiento a su familia o los casados con personas elefantiacas continuaron a lo largo de su vida sin caer en tan horrenda situación. Pese a tales razones, mantenía en su análisis la idea del que el mal se contagiaba a través del roce con los enfermos, aportando el dato de una mujer que tomó prestados de una lazarina los zapatos para ir a un baile y al poco tiempo se sintió con los pies endormecidos y casi al momento se le manifestó la lepra. Al citado párroco le llamaba más

⁷⁷ Todos los datos en A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

aún la atención los muchos parientes y hermanos de los lazarinos recogidos en el pueblo de Agüimes y el pago del Carrizal sin manifestar ningún síntoma, al igual que en los pagos de Aguatona y de El Albercón, a corta distancia de Ingenio, donde no ha existido en ellos ningún enfermo, aunque recalaba que «sí es falzo que los enfermos que pasan del Yngenio al Carrizal sanen».

Los informes enviados por los eclesiásticos al Obispo intentaron ajustarse a las demandas y preguntas de éste, aunque no todos los párrocos lograron recabar la suficiente y esclarecedora información sobre el asunto, como ya hemos dicho. Lo cierto es que algunos de los informantes procuraron comunicar todo los datos posibles, fórmulas de curanderos e informaciones médicas para solucionar el problema. Uno de los principales colaboradores fue el capellán, mampastor y mayoral del Hospital de San Lázaro don Ildefonso Padrón Navarro, pues en su información de 1835 daba fe sobre ciertas averiguaciones realizadas sobre la lepra y la elefancia. La experiencia de ciertas personas hicieron confiar a este eclesiástico en el medicamento llamado «Erruán», acreditando sus efectos la curación realizada en doña Isabel Hernández, casada y vecina de Telde, sobre la que recayó la enfermedad con mucho rigor, pues en un año «se hiso un monstruo», pero gracias a dicha medicina logró salir del entuerto. Padrón volvía a ejemplificar los efectos de dicho medicamento en Dominga Ramírez, vecina de Las Palmas y de 28 años, lazarina y ciega, por culpa de la enfermedad, desde los 9 años, curándose y volviendo a ella la vista, pese a no sanar de sus achaques del todo pues su pobreza no le había permitido la compra de más medicamento. Finalmente, dicho sacerdote exponía su propia experiencia al padecer los rigores de un «estérico nervioso» y estar a punto de perder el juicio, no aconteciendo este último estado gracias al citado «erruán» y a sus 127 tomas realizadas, facilitando éstas a liberarlo de «varios dolores y flojedades de nervios que a cada paso experimentava con vastante dolor y pena de no hallar remedio a un mal tan tirano»⁷⁸.

⁷⁸ A.C.C.D.C., expediente sobre el mal de elefancia y lepra.

De todo lo aportado por los párrocos al obispo Romo se deduce que se desconocía a grandes rasgos el origen de ambas enfermedades, tanto por los enfermos como por los eclesiásticos e incluso por los propios médicos, dando sólo algunas razones basadas más en las creencias generalizadas de culpar de ambos males a la herencia y al contagio. Así, de los 93 lazarinos contabilizados en 1835 conocemos que 19 eran leprosos, 9 eran elefantiásicos y del resto, 69,8 %, desconocemos cuál de las dos enfermedades padecía. En cambio, la designación del origen de su enfermedad es manifestada por el 73,1 %, mientras el resto no conoce ninguna causa inicial para padecerla. De los enfermos con opinión sobre sus achaques, se observa que para 24 de ellos, el 25,8 % del total, la raíz de su padecimiento estaba en los baños o tomas de agua cuando se encontraban con el cuerpo acalorado o muy sudorosos; 22 lazarinos achacaban al contagio a través de vecinos o parientes padecer la enfermedad; la herencia sólo era alegada por 13; la manifestación de la lepra o elefancia por sustos recibidos fundamentó la razón de cinco encuestados; enfadarse con alguien, con dos casos, dormir sobre lecho húmedo o recibir una gran tunda de palos, cada una con un caso, fueron las otras causas alegadas. El desconocimiento de los orígenes y propagación de ambas enfermedades —la microfilaria sería descrita en 1863 por el médico francés Demarquay y la filaria adulta por Bancroft en 1876, el bacilo de la lepra fue descubierto por Hansen y estudiado por Neisser en las últimas décadas del siglo XIX— llevaría a no conseguir unas medidas profilácticas adecuadas, aunque las mejoras sanitarias generales actuaron como acicate para erradicar muy lentamente dicha enfermedad en las islas, al contabilizarse hasta nuestros días un reducido número de enfermos.

La presencia de un alto número de afectados por la lepra y elefancia en las islas se fundamentó en varios factores como fueron: el del clima subtropical al ayudar a la multiplicación de la filaria; la falta de una alimentación adecuada en los grupos sociales con economías más modestas; la carencia de una higiene personal y en la propia vivienda; el mínimo cumplimiento por parte de las autoridades de las medidas estableci-

das para la reclusión de los enfermos o la carencia de una adecuada asistencia sanitaria. Pero estos factores generales se vieron a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX propiciados por las condiciones socioeconómicas de la región y en particular de los grupos menos pudientes de la sociedad. La desarticulación de la presunta complementariedad económica regional, la caída de las exportaciones, el agravamiento de la crisis política interna y las reiteradas crisis agrarias terminaron por hundir a un elevado número de pequeños y medianos agricultores que, tras vender sus propiedades o entregarlas a los censualistas por no poder abonar las cargas depositadas sobre ella, pasaron a integrarse dentro de el amplio grupo de jornaleros. A ellos se sumaba un notable porcentaje de población establecida en los umbrales de la subsistencia, afectada no sólo por estas enfermedades sino por todas aquéllas que periódicamente resurgían o arribaban a las islas. La pobreza de sus viviendas, la carencia de vestidos adecuados, la limitada cantidad de los productos alimenticio adquiridos y su estado de conservación, la imposibilidad de acudir a médicos o cirujanos y las mínimas condiciones de salubridad de sus zonas de asentamiento propiciaron la multiplicación de la enfermedad. En ese momento quedaba lejos la época de mediados del siglo XVIII cuando el médico irlandés don Diego Barry para encontrar un enfermo malato, deseoso un paisano del galeno de ver los síntomas del mal, debió recorrer buena parte del término de La Orotava para localizar un afectado.

La pauperización social en las islas, sobre todo en Tenerife, La Palma y Gran Canaria, ocasionó una clara reacción entre los efectivos de su población, propiciando no sólo la retracción de éstos y la emigración de un gran contingente de isleños sino también la multiplicación de las enfermedades —caso de las tuberculosis— como las estudiadas. El desconocimiento médico de su origen y formas de propagación, la menor atención de los investigadores —al ser enfermedades que afectaban a los grupos marginales o a países alejados de las zonas más ricas del planeta—, la imperiosa necesidad de eliminar otro tipo de contagios de mayor repercusión —la rabia, la viruela, la tuberculosis— o la falta de medios técnicos influyó

en la dilatación de la búsqueda de una solución definitiva para ambos males. Sólo el inicio de nuevos ciclos económicos más prósperos, la profilaxis, limpieza de las calles, la introducción de la higiene personal, etc., permitirán a finales del siglo XIX comenzar a controlar la enfermedad, aunque su presencia surgirá en varios momentos a causa de las profundas crisis surgida tanto por la situación internacional como interna.