

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



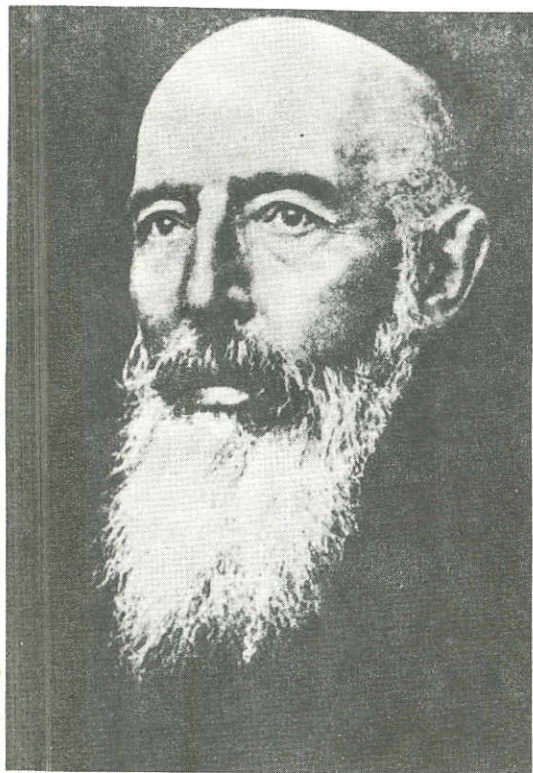
JEREMIAS SIGBERTO GUERRA MEJIA

Guatemala, Noviembre de 1973

## PLAN DE TESIS

- I Introducción
- II Material y Métodos
- III Nociones Generales
- IV La Medicina entre los Mayas
  - a— Anatomía y Fisiología
  - b— Patología Médica
- V La Lepra entre los Mayas
- VI La Lepra entre otras poblaciones indígenas de América
- VII Guatemala a la llegada de los Españoles
- VIII Fundación de Santiago de los Caballeros, Primeros Centros de asistencia y Erección del Hospital para leprosos en 1638
- IX El Ritual de Zac Hauay
- X La epidemia de Lepra en 1798
- XI Fundación del Asilo “La Piedad” en la nueva Guatemala de la Asunción; Hospital Nacional “Ramiro Gálvez” y sus Directores
- XII Historia y Evolución del Tratamiento de la Lepra
- XIII Conclusiones
- XIV Bibliografía

El Dr. Armauer Hansen (1841-1912) de Noruega,  
descubridor del bacilo de la lepra *Mycobacterium leprae*.



## I.— INTRODUCCION

La elaboración de esta tesis previo a optar el honroso título de Médico y Cirujano, comprende un estudio histórico de la Lepra en Guatemala desde la época precolombina hasta nuestros días.

El propósito que me impulsó a desarrollar este trabajo fué de contribuir en parte con la historia de la medicina en Guatemala, animado también por la duda sobre la existencia de la Lepra en Guatemala antes de la llegada de los conquistadores, la cual hasta ahora es una hipótesis, pero existen muchos datos que me inclinan a dudar que haya sido traída por los españoles a nuestra patria.

Me hubiera gustado disponer de medios para profundizar más en el estudio de este tema como era mi intención, pero la labor ha sido ardua por la falta de bibliografía en lo relativo a su desarrollo histórico.

A sabiendas de que no es en modo alguno un estudio completo, me siento satisfecho por que creo haber cumplido el objetivo que me propuse.

## II.— MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se utilizó el procedimiento que se describe a continuación:

### 1.- Trabajo de investigación:

- 1-1 Se analizó la cerámica indígena existente en el Museo Nacional de Arqueología; se consultó al Dr. Julio Toriello que ha hecho importantes estudios médicos sobre los restos óseos mayas que se han encontrado.
- 1-2 Se revisaron en el Archivo General de Centroamérica los documentos referentes a las enfermedades acaecidas durante el período colonial y republicano.
- 1-3 Se estudiaron algunas peticiones e informes sobre el funcionamiento del Asilo "La Piedad" presentadas por sus Directores a las Autoridades superiores correspondientes.
- 1-4 Se buscó en los libros del Asilo mencionado anteriormente el nombre, sexo, y edad de los pacientes tratados durante el siglo pasado y se buscó la papelería del primer grupo de enfermos que en él fueron reclusos.

### 2.— Revisión bibliográfica:

Para la elaboración de la parte histórica de este trabajo, se utilizaron los libros y artículos que sobre la vida y enfermedades de los mayas se han publicado hasta el momento. Se consultaron los principales libros que se han escrito sobre Historia de la Medicina guatemalteca; las tesis de graduación que han tratado sobre el mismo tema y multitud de escritos que sobre Leprosia precolombina, se han publicado en otros países Hispanoamericanos.



### III.— NOCIONES GENERALES

En 1973 se cumplen 100 años del descubrimiento del Bacilo de la Lepra por el Dr. G. Armauer Hansen, siendo la primera bacteria descrita como el agente etiológico de una enfermedad específica.

La Lepra es una enfermedad que ha estado presente en el hombre por muchos siglos, hay autores que opinan que es tan antigua como la humanidad misma, y esa antigüedad ha formulado leyendas alrededor de ella, las cuales han damnificado a los pacientes que la padecen, pues a través del tiempo se les ha aislado de la sociedad a la cual tienen derecho, por esto mismo se les ha privado de asistencia que como enfermos deben recibir.

Puesto que muchas enfermedades y aflicciones del hombre se denominaron Lepra, el "leproso" de la historia sufría a menudo afecciones físicas o sociales que por ningún concepto se relacionaban con la enfermedad propiamente dicha. Por esta razón el término "leproso" ha pasado a la historia junto con otros como "loco", "tísico", etc. E incluso se ha llegado a descartar la palabra Lepra por "enfermedad de Hansen" en algunos lugares. (18)

#### **Etiología.**

Esta enfermedad es producida por el *Mycobacterium leprae* con propiedades tintoriales y morfología semejantes al bacilo de Koch, muy difícil de cultivar. Desde la década pasada se han logrado muchos adelantos en las investigaciones sobre la Lepra y la identificación del *M. leprae*, quizá el mayor de estos fué logrado por C. Shepard, quien descubrió que la inyección de esta Micobacteria en la almohadilla plantar del ratón producía un tipo característico de proliferación. Cuando las bacterias que toman bien el colorante constituían casi todo el inóculo, la proliferación típica en la almohadilla plantar del ratón era reproducible. Cuando los bacilos inyectados eran

predominantemente granulares o fragmentados y no mostraban ninguna pared celular, no ocurría proliferación, o en todo caso muy poca. Por lo tanto se dedujo que los bacilos que toman bien el colorante están relacionados con la enfermedad activa y los bacilos granulares con un mejoramiento de la enfermedad, de esto se derivó lo que se llama Índice Morfológico (IM), que expresa la relación entre el número total de bacilos en un campo microscópico y el número de bacilos, que toman bien el colorante. Además, observó que la proliferación típica del *M. leprae* en la almohadilla plantar del ratón, iba seguida al cabo de unos 20 meses, de lesiones parecidas a las de la enfermedad en forma limítrofe-lepromatosa en la pata inoculada y otras regiones como la nariz, las orejas y las demás patas.

El contagio de *M. leprae* se lleva a cabo por contacto directo y prolongado; se cree que la puerta de entrada es la mucosa respiratoria gastrointestinal o la piel. (4)

### Inmunología.

Mitsuda, fué el primero en demostrar el valor de la prueba cutánea utilizando material procedente de nódulos leprosos (Lepromina). Esta prueba se interpreta al cabo de tres o cuatro semanas y su aspecto es similar al de la reacción tuberculínica. Mas tarde, Fernández demostró que esta reacción positiva tardía (Reacción de Mitsuda) suele ir precedida de una reacción precoz parecida a la de la tuberculina (Reacción de Fernández), en un plazo de 24 a 48 horas después de iniciar la prueba. La prueba de la lepromina se sigue utilizando para confirmar la clasificación de tipo clínico y para medir la susceptibilidad de los contactos conocidos de casos infecciosos; ha servido también para aclarar gran parte de los conocimientos sobre la base inmunológica de las manifestaciones de la enfermedad. Actualmente se sabe que los enfermos con lepra tuberculoide presentan una inmunidad de base celular, específica y bien desarrollada, pero que en los casos lepromatosos, esta inmunidad de base celular específica al *M. leprae*, (y a veces a otros antígenos) es deficiente o está ausente.

Miller demostró este concepto, al provocar depresión inmunológica en ratas las cuales al ser timectomizadas e irradiadas y luego inoculadas con *M. leprae*, se desarrolló en ellas la proliferación bacteriana, presentando sintomatología similar a la Lepra lepromatosa.

La mayoría de los adultos, (más del 90o/o) tienen resistencia natural contra la infección leprosa y en caso de infección, sus mecanismos de inmunidad bastan para destruir el germen; ésta es la razón que se aduce, para explicar porque dicha enfermedad no se propaga indefinidamente en las poblaciones infectadas. Sin embargo, en el 10o/o restante, las reacciones de inmunidad son deficientes y el riesgo de contraer la enfermedad, (sobre todo en su forma lepromatosa) es mucho mayor. Posiblemente, esta sea la causa porque la Lepra sea más común en personas mal nutridas, pobre y que viven en malas condiciones higiénicas. (4-32)

### Epidemiología.

La Lepra se encuentra diseminada en todo el mundo, según evaluaciones de la Organización Mundial de la Salud había en 1966 alrededor de 3.868,000 casos de Lepra en Africa, 358,000 en América, 6.475,000 en Asia, 52,000 en Europa y 33,000 en Oceanía; nada permite suponer que la situación haya mejorado desde entonces, y esas cifras bastan para dar una idea de la magnitud del problema en muchos lugares del mundo.

El porcentaje de infección es diferente y esto se debe al grado de cultura, civilización, condiciones climáticas de temperatura y humedad. (27)

En Guatemala el porcentaje de infección es bajo y las zonas endémicas se limitan a poblaciones de los departamentos de Zacapa, Chiquimula, Sta. Rosa, Retalhuleu, Jutiapa, El Progreso, Baja Verapaz, San Marcos, Escuintla y Departamento de Guatemala, localizadas entre 2,000 y 5,000 pies de altura. (9)

La situación real de la Lepra en Guatemala, es hasta ahora desconocida y ello se debe, a que existen múltiples factores de que por sí hacen difícil y complicado el resolver dicho problema y entre algunos de ellos se encuentran, el rechazo del enfermo a buscar la atención médica adecuada; el miedo a que sea descubierta su enfermedad y a su vez, el ser desechado por sus familiares y semejantes; la secular repulsión de la sociedad por las alteraciones deformantes que en él produce la enfermedad; la anterior desidia de las autoridades a combatir el mal; las limitaciones económicas, de personal y de servicios adecuados para atender esta endemia. Sólo y desde hace seis meses, que se comenzó a llevar un control ordenado de los pacientes hansenianos reclusos en el Hospital Ramiro Gálvez y de aquellos enfermos tratados ambulatoriamente; también desde entonces se ha hecho énfasis en examinar posibles contactos sospechosos con el objeto de descubrir prematuramente la enfermedad. Y como un estudio complementario a esa investigación, desde esa fecha se comenzó a usar en forma sistemática la intradermorreacción con Lepromina, la cual y por primera vez en la historia de la Lepra en Guatemala, fué elaborada en el Hospital Ramiro Gálvez (abril de 1973) por el Profesor Dr. Cordero C.; y se ha comprobado que el número de hansenianos tiende a aumentar cada día más. Esto hace necesario desarrollar un programa de acción contra la Lepra a nivel nacional, y en él se debe contemplar, toda la gama de beneficios aplicables, desde la prevención, búsqueda, tratamiento, control y rehabilitación, tratando de proporcionar salud integral, tanto física como mental y social. Esta búsqueda debe ser principalmente a nivel de contactos y ello, conduce a encontrar casos precozmente, lo cual beneficia al paciente evitando las secuelas y disminuye el costo del tratamiento.

#### **Cuadro Clínico.**

Existen dos tipos clínicos: el lepromatoso o maligno y el tuberculoide o benigno; además existen otros dos grupos que son: el indeterminado o transicional y el dimorfo.

Una vez que el *M. leprae* ha penetrado en el enfermo, hay un período de incubación que es variable de uno a cinco años o más, y la evolución depende del proceso inmunológico que se desarrolla en el organismo atacado, si el bacilo es dominado por éste, la infección evoluciona en forma benigna o sea Lepra de tipo tuberculoide. En caso de que el organismo atacado por el germen, esté en malas condiciones para defenderse, la infección evoluciona hacia la forma maligna y se manifestará clínicamente por el tipo lepromatoso.

Cuando el proceso inmunológico es variable, la infección puede evolucionar en forma ambigua, con reacción positiva o negativa a la lepromina y en este caso, correspondería al grupo dimorfo. Se cree que el grupo indeterminado, es la primera manifestación de la enfermedad y de este grupo, puede evolucionar hacia la forma tuberculoide o lepromatosa.

#### **Lepra lepromatosa.**

Es la forma maligna de la enfermedad y como se dijo anteriormente, aparece en pacientes cuyo organismo no es capaz de desarrollar resistencia a la infección. Es contagiosa y produce lesiones nerviosas, oculares, viscerales y mucocutáneas. Se manifiesta por dos formas, la nodular y la infiltrativa.

**Lepromatosa nodular:** Da manifestaciones cutáneas, nerviosas, oculares y viscerales.

**Cutáneas:** Aparecimiento de nódulos de color café, de diferente tamaño, con bordes regulares, muchas veces simétricas y su número depende de lo avanzada que esté la enfermedad; son más frecuentes en las partes expuestas y cuando se presentan en la cara, dan lugar a la llamada "fascies leonina". Puede existir invasión de las glándulas sudoríparas, lo que da la sequedad de la piel. Los nódulos pueden ulcerarse, pero cuando se reabsorben dejan cicatrices atróficas.

Cuando se produce ataque a los folículos pilosos, sobreviene alopecia parcial, dejando intactos los pelos del cuero cabelludo, pubis y axilas.



La mucosa nasal, bucal, palatina, faringea y laringea, pueden presentar nódulos o placas infiltrativas, lo que produce epistaxis, rinitis crónica y destrucción del tabique nasal.

Manifestaciones nerviosas: se producen trastornos de la sensibilidad, parestesias y atrofia muscular secundaria, en las regiones inervadas por los nervios afectados; a su vez estos sufren infiltración del perineuro en forma simétrica.

Manifestaciones oculares: episcleritis de las zonas triangulares descubiertas de la córnea, posteriormente puede aparecer queratitis e iritis y se manifiestan por fotofobia, lagrimeo y dolor.

Manifestaciones viscerales: la orquiepidimitis aparece tardíamente provocando dolor y tumefacción.

### **Reacción Leprosa:**

Se presenta en casos avanzados de la Lepra lepromatosa y se caracteriza, por exacerbación de los síntomas de la enfermedad, con fiebre, decaimiento, mialgias, artralgias, diarrea o estreñimiento y el curso de la enfermedad se acelera y empeora. Las lesiones que ya se encontraban presentes, entran en mayor actividad y aparecen otras nuevas como Eritema multiforme y Eritema nudoso.

Se cree que la desnutrición, cansancio, embarazo, otras enfermedades, así como el uso inadecuado de drogas como la D.D.S., yoduros o arseniacales son factores predisponentes de la Reacción leprosa. Algunos autores creen que se trata de una septicemia, pero la teoría más aceptada es que sea una reacción de hipersensibilidad.

Laboratorio: Presencia de *M. leprae* en las lesiones mucocutáneas, cambios histológicos en el nódulo lepromatoso. Velocidad de sedimentación elevada, Reacción serológica de Cardiolipina positivo y lepromina negativa.

### **Lepromatosa Difusa.**

Llamada también Lepra infiltrativa, y da manifestaciones generales y cutáneas.

a) Cutáneas: se produce un infiltrado difuso en todo el cuerpo, que es más notorio en las extremidades y cara que da un aspecto de "cara de luna llena", manos y pies aumentan de volumen, con ausencia de cejas, pestañas, vello del cuerpo y piel seca. Posteriormente el infiltrado disminuye y la piel se recubre de telangiectasias. Cuando se complica con la Reacción leprosa, aparece un eritema necrosante.

b) Manifestaciones generales: debilidad general, sinusitis, adormecimiento de manos y pies; estos síntomas son progresivos y pueden sobrevenir deformación nasal y ronquera.

Laboratorio: se encuentra el bacilo en la mucosa nasal o en las lesiones infiltrativas de la piel. Lepromina negativa, velocidad de sedimentación elevada, Reacción serológica de Cardiolipina positiva. Respuesta anormal a la histamina. También los cambios histológicos son similares a la forma lepromatosa nodular.

### **Lepra Tuberculoide:**

Histológicamente tiene semejanza con la tuberculosis, se conoce también como Lepra regresiva, alérgica o resistente, puede curar espontáneamente y se desarrolla en sujetos resistentes.

Su localización es principalmente en piel y nervios superficiales, el bacilo no se encuentra en las lesiones.

Se han descrito dos formas clínicamente diferentes que son: la fija y la reaccional.

### **Tuberculoide Fija:**

No se afecta el estado general, limitada solo a piel y nervios periféricos.

A- Manifestaciones cutáneas: primeramente aparecen máculas de tamaño variable con infiltrados y salientes, estos pueden similar un nódulo que son asimétricos y localizados en solo una región del cuerpo.

B- Manifestaciones nerviosas: existe infiltración asimétrica de nervios superficiales, con engrosamiento irregular del nervio y el cual adquiere la apariencia de rosario; la región inervada por los nervios afectados presenta atrofia de piel y músculos; en las extremidades, produce reabsorción de los artejos con mutilación y deformación en "mano de garra" o "lepra podálica".

#### **Tuberculoide Reaccional:**

Presentan nudosidades endematosas y asimétricas, en cualquier parte del cuerpo, de color rojo vinoso, de tamaño variable, con bordes bien limitados y centro deprimido.

Laboratorio: El *M. leprae* no se encuentra en ninguna de las lesiones, estas presentan infiltrados tuberculoides con células tuberculoides epiteliales, linfocitos y células gigantes.

Lepromino reacción positiva, velocidad de sedimentación elevada, Reacción serológica de Cardiolipina negativa.

#### **Casos indeterminados.**

Es un estado temporal o transitorio de la enfermedad, la cual puede evolucionar hacia la forma lepromatosa o tuberculoide, o mantenerse con características que no son lepromatosas ni tuberculoides. Puede dar manifestaciones cutáneas y nerviosas.

a- Manifestaciones cutáneas: máculas eritematosas e hipercrómicas de número y forma variable. Al principio son escasas, pero pueden llegar a cubrir extensas áreas del cuerpo, con superficie lisa e invadir cualquier región. Siempre se presentan trastornos de la sensibilidad al calor, frío, dolor y tacto.

b- Manifestaciones nerviosas: neuritis del sistema periférico, con engrosamiento de los nervios; estos son dolorosos

y producen hormigueos, adormecimiento e hiperestesia y posteriormente anestesia.

También aparecen cambios tróficos de piel y músculos; en los miembros inferiores, úlcera perforante, necrosis ósea con mutilaciones o reabsorción de los artejos con posterior invalidez del paciente.

Laboratorio: El *M. leprae* está ausente en la mucosa nasal; en la piel enferma es muy escaso o está ausente. Histológicamente solo se evidencia un proceso inflamatorio no específico.

Lepromina positiva o negativa, la prueba de la histamina es anormal, la velocidad de sedimentación normal y la reacción serológica de Cardiolipina es negativa.

#### **Casos Dimorfos.**

Sus manifestaciones clínicas no son lepromatosas ni tuberculoides y pueden haber lesiones diferentes o mezcladas, de las dos formas polares de la enfermedad.

Se presentan máculas, nódulos y tubérculos en una misma área o en diferentes partes del cuerpo. Además puede aparecer sintomatología general como fiebre, artralgias y mialgias.

También pueden haber lesiones en mucosas que se manifiestan por rinitis.

Laboratorio: *M. leprae* es abundante en las lesiones, la reacción a la lepromina es dudosa o negativa, la velocidad de sedimentación ligeramente elevada y la reacción serológica de Cardiolipina es negativa. (4-9-19).

#### IV.— LA MEDICINA ENTRE LOS MAYAS

Es indudable, que todos los pueblos primitivos que habitaron Mesoamérica antes del Período Clásico de los Mayas (300—900 D.C.), hayan contado como insinúa Somolinos d'Ardois con una medicina incipiente empírico—mágica, cuya evidencia se puede conocer en su cerámica, restos óseos y estudios comparados.

La medicina estuvo presente en todas las manifestaciones culturales de los mayas, y en sus siglos de grandeza, supieron escoger todos los experimentos y conocimientos obtenidos por pueblos anteriores.

Al lado de este factor hereditario, hay que admitir también un proceso formativo, desarrollado durante su expansión geográfica y también debido al intercambio cultural e intelectual, con los pueblos contemporáneos que fueron dominando.

No se puede admitir, que este pueblo que resolvió problemas y conceptos filosóficos; que navegó largas distancias para intercambiar sus productos; que practicó una arquitectura, escultura y astronomía, cuya influencia llegó hasta lejanas comarcas, haya cerrado sus oídos al cambio de ideas y conocimientos prácticos, sobre todo en un campo como la medicina, cuyo interés primordial siempre ha sido la conservación sana de todo el grupo.

No es posible que la cultura maya, haya creado pintores, arquitectos, constructores, guerreros y pensadores, en nivel mucho más alto que el circundante, sin que hubiesen médicos de la misma altura intelectual. (34)

Por desgracia, para el historiador de la medicina, los restos arqueológicos mayas son muy débiles y no permiten el estudio directo, de las huellas dejadas por la medicina que practicaban; además ignoramos el método de expresión gráfica, con que pudieron plasmar sus ideas sobre la medicina Maya. Sin escritura, el médico maya solo pudo conservar sus conocimientos

a través de la persona del enfermo y de la tradición oral, ya que la cerámica y los restos óseos tienen un lenguaje muy limitado. A través de sus Códices, es escasa la información médica que se puede obtener y fácilmente se cae al interpretarlos, en la fantasía y falsedad.

Para la mayoría de los investigadores el pueblo maya padeció de una etiopatología muy amplia y variada, cuyo origen fué dual: sagrado y profano. La multitud de dioses Mayas que vigilaban el orden universal o sagrado, podían al sentirse agraviados, cambiar el curso de los ríos, del viento, de la lluvia y de los astros, causando al pueblo multitud de enfermedades e incluso la muerte, cosa que también sucedía cuando se excedía en el orden social o profano.

a) Anatomía y Fisiología:

Es probable que los conocimientos anatómicos entre los mayas, hayan sido abundantes, no solo por la herencia cultural que recogieron de pueblos que les precedieron o contemporáneos, sino también, por la vida guerrera y en constante lucha con los elementos, que tuvieron que soportar.

Conocieron perfectamente la estructura externa del cuerpo humano y por la práctica del sacrificio, supieron de la localización y apariencia de las vísceras, a las que dieron nombres propios. No practicaban una disección dirigida, pero el cuerpo de los sacrificados, les sirvió para adquirir conocimientos básicos de la anatomía humana. En un marcador de juego de pelota, perteneciente al período Post-Clásico tardío, se observa la disección unilateral de la cara, notándose el maxilar inferior con su cóndilo, los dientes, alveolos y órbitas vacías. No les fue ajena la estructura interna de la cavidad abdominal y torácica, y por sus prácticas obstétricas conocieron el útero, como se desprende de su representación, en el Templo de las inscripciones de Palenque, descubiertas en 1952.

La osteología, fue la rama de la anatomía que más atrajo su atención. En muchas de sus esculturas y pinturas, vemos bellamente esculpido y pintado, el cráneo y todos los huesos del cuerpo.

Los cráneos disecados, fueron utilizados como elementos ceremoniales y de los huesos largos, fabricaban instrumentos musicales.

Comprendieron la importancia de la circulación sanguínea y creyeron que el corazón era el centro de la vida, pero en general, les fue desconocida la fisiología.

En cuanto a los órganos de los sentidos, sus conocimientos eran fragmentarios y casi siempre asociados, a ideas religiosas o mágicas.

Comprendieron las funciones de la reproducción en el hombre y la mujer, pero no supieron de su fisiología. En cuanto a la menstruación, pensaron que la Luna, diosa femenina por excelencia, era la que la provocaba y suprimía.

b) Patología Médica:

Como hemos dicho anteriormente, la etiopatología morbosa de los Mayas era dual: sagrada y profana. Los dioses eran los causantes de los resfriados y reumatismos, de los excesos en la bebida y el sexo, de la cirrosis y de las enfermedades venéreas.

Los sacerdotes eran quienes practicaban la medicina y le pusieron nombre a las enfermedades que ellos conocían. Siguió la evolución de los pacientes y crearon algunas drogas para curarlos; conocieron el contagio, pero también lo atribuía a la voluntad de las divinidades. (29)

Al hacérseles difícil el diagnóstico, daban al paciente bebidas embriagantes, pensando que bajo este estado no solo les señalarían el lugar del padecimiento, sino que también mencionarían algunas de las causas que lo produjeron. El canto

de los pájaros, la lluvia, la tempestad y los eclipses, les hacían sospechar la benignidad o gravedad de la enfermedad.

No se puede afirmar, que por el simple hecho de haberle puesto un nombre, la enfermedad haya sido bien conocida y tratada.

Sin embargo, al analizar los estudios que se han hecho sobre la patología de los Mayas, nos encontramos con que padecieron un gran número de enfermedades infecciosas y de la piel, del aparato pulmonar y digestivo; de la sangre, de la nutrición, del sistema endócrino, locomotor y nervioso, pero desconocemos totalmente el tratamiento que para ellos, pudieron haber establecido. (23)

Entre la patología del pueblo Maya, se han estudiado enfermedades infecciosas producidas por virus (Neumonía, Psitacosis, Viruela, Fiebre Amarilla selvática), por rickettsias (Tifus exantemático), por bacterias, por espiroquetas, (Sífilis, Mal del Pinto), por protozoarios y metazoarios. Las más importantes de las mencionadas son la Viruela y la Sífilis, pues han dado lugar a grandes discusiones, a pesar de existir cerámicas y restos óseos probatorios de su presencia, antes de la llegada de los europeos.

## V.— LA LEPRO EN LOS MAYAS

Es escaso el número de enfermedades infecciosas producidas por bacterias, que se ha logrado comprobar en Mesoamérica, desde tiempos muy anteriores a la llegada de los conquistadores hispanos.

En la cerámica, se ha encontrado una pieza perteneciente al período clásico tardío con Mal de Pott (tuberculosis); el Dr. Julio Toriello, en el estudio radiológico de los restos óseos Mayas, de una rama ascendente del maxilar inferior, diagnosticó osteomielitis crónica por sepsis oral severa.

Otros investigadores como el Dr. Figueroa Marroquín, opina que también padecieron la Salmonelosis, Shigelosis y Tularemia, dando fuentes abundantes para su investigación. (17)

En cuanto a la Lepra, no se ha encontrado hasta el momento, ningún dato sugestivo de su existencia entre los Mayas, pero es posible, que cuando se complete el estudio de sus restos óseos en Guatemala, el pensamiento tenga que cambiar rotundamente.



## VI.— LA LEPRO EN LAS POBLACIONES INDIGENAS DE AMERICA

La mayoría de los historiadores de la medicina Azteca, han negado rotundamente, que la Lepra haya sido conocida por los indígenas que poblaban su territorio, antes de la llegada de los europeos.

Otros como Erosa Barbachano, no solo lo niegan sino que acusan a España de haberla introducido. Pero tras negaciones y acusaciones, el estudio de documentos ha ido aclarando la realidad. Seler, indica que la Lepra, sí fue conocida entre los mexicanos precolombinos, aunque no tuvieron un conocimiento preciso de la enfermedad y probablemente, la confundieron con otras afecciones de la piel.

Algo que casi confirma, la existencia de la Lepra entre los indígenas mexicanos, es que Hernán Cortés ordenó poco tiempo después de la conquista, la fundación en Zoquiapan de un Hospital específico para ellos. Esto también ha sido puesto en duda y A. Moll, afirma que no se trataba de leproso sino de enfermos de Mal del Pinto, pero no da datos concluyentes. Sin embargo, es una pequeña cita de Fray Bernardino de Sahagún, ilustre cronista que recogió multitud de datos sobre la vida, costumbre, ritos religiosos, enfermedades, terapéutica, fauna y flora de los antiguos mexicanos, durante los primeros años de la colonia, ha inducido a muchos historiadores a aceptar que los indígenas mexicanos sí conocieron y trataron la lepra. En su libro X de la "Historia General de las cosas de la Nueva España", escribió Fray Bernardino:

"A los que tienen la enfermedad de la Lepra suele acaecer pelárseles las cejas y tener gran hambre, y para curarla ser necesario tomar los baños dos ó tres veces y saliendo de los baños será también bueno untarse con las hierbas y raíces de suso nombradas, molidas y beber el agua de cierta raíz que se llama Tecpatli, y cuando no aprovecharen estos remedios, apartarlos de la conversación de la otra gente para que no se les pegue".

(33)

Por otra parte, no existe ningún dato de que alguno de los conquistadores de México hubiese padecido de Lepra, y en dado caso de que hubiese arribado algún enfermo tiempo después, resulta imposible pensar que hubiera podido causar una epidemia de tal magnitud, que hasta obligase a levantar un Hospital tan poco tiempo después. (12-13)

En opinión de Virchow, las mutilaciones que presentan en el cuerpo, antiguas piezas antropomorfas de alfarería peruana, son debidas a lesiones producidas por la Lepra. El Dr. Polakowsky, afirmó por el contrario, no haber encontrado en la literatura hispanoamericana, indicio alguno que probara la existencia de la Lepra en época anterior a la llegada de los europeos; el Dr. Carrasquilla de Bogotá, concluyó que en el primer caso auténtico de esta enfermedad en nuestro continente, ocurrió en la persona del conquistador de Colombia, Jiménez de Quezada, no habiendo existido entre los indígenas del noroeste de su país, que no tuvieron relaciones con los europeos, y que los mutilados representados en la cerámica peruana, no son leprosos sino criminales castigados.

La existencia de la Lepra precolombina, ha sido discutida ampliamente en varias reuniones internacionales por ejemplo, en el Congreso Internacional de Lepra celebrado en Berlín en 1897 y en el Primer Congreso Científico Latino, que tuvo lugar en Buenos Aires del 1o. al 20 de abril de 1898.

En este último, las opiniones fueron muy variadas, pues mientras algunos sostenían que las mutilaciones representadas en la cerámica peruana eran castigos a criminales reincidentes, otros como el Dr. W. von Steinen, que había consultado las obras del cronista colonial Cieza de León y los escritos de Garcilazo de la Vega, negaba que esta pena hubiese sido utilizada entre los antiguos indígenas del Perú, y creía que era la representación de alguna enfermedad (Lepra?).

El señor Jiménez de Espada tampoco estaba de acuerdo en que se trataba de penados o méndigos, pues la mutilación en el cuerpo no era utilizada como castigo, aunque sí se les condenaba a muerte. Por otro lado, afirmaba que dado su orden social, la

mendicidad no existía en el antiguo Perú y que creía, que se trataba de una enfermedad especial de aquel país llamada "La llaga" o "Huta" (Leishmaniasis?), explicando que dicha enfermedad carcome los tejidos del labio superior, de la nariz, la garganta y el paladar. Actualmente no se le considera como una entidad clínica, sino como el síntoma de una enfermedad, cuyas causas pueden ser diversas.

Descripción de las piezas de la alfarería peruana:

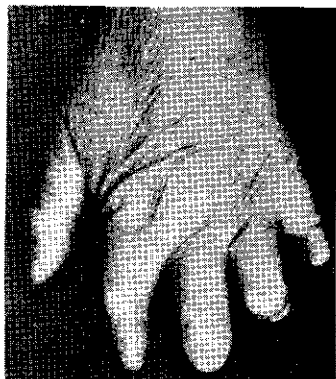
Existen en el Museo de la Plata, diez vasijas que representan las mutilaciones ya descritas, de las cuales se enumerará algunas lesiones que presentan:

- Una de ellas representa una cabeza, el sufrimiento está impreso en ella, con estado caquético, pómulos prominentes, falta de la nariz y labio superior.
- La segunda es una persona de rodillas; tiene las manos juntas y hacia arriba, en actitud de súplica. La nariz mutilada, pero no así el labio superior que es turgente. No se puede decidir si los pies están afectados.
- La tercera, se trata de otra persona de rodillas. Fisonomía torpe y bruta, los pómulos salientes y las mejillas hundidas. La nariz un poco deprimida en la parte media y no representa lesiones en los pies.
- La siguiente, representa una persona arrodillada, con la cara cuidadosamente trabajada, los pómulos hundidos y la punta de la nariz corroída; el septum nasal, también profundamente destruido, no se notan alteraciones en los pies.
- Seguidamente, existe una imagen de un personaje arrodillado, a quien le falta el tabique nasal y presenta además, mutilaciones en ambos pies. (22)

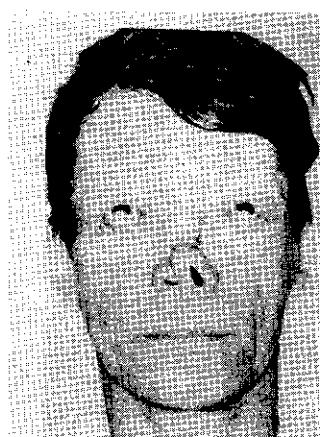
A continuación se presentan fotos de algunas de las cerámicas peruanas que han dado lugar a tanta discusión.



Las siguientes fotos corresponden a típicas lesiones en enfermos guatemaltecos con enfermedad de Hansen.



senil lepromatosa e índice en aguja. (Tomada de la Dermatología Médico-Quirúrgica del Dr. Fernando A. Cordero C.)



Lepra lepromatosa con características lesiones oculares de episcleritis y destrucción del tabique nasal. (Tomada de la Dermatología Médico-Quirúrgica del Dr. Fernando A. Cordero C.)



Lepra tuberculoide con trastornos tróficos, mutilación o reabsorción de las falanges. (Tomada de la Dermatología Médico-Quirúrgica del Dr. Fernando A. Cordero C.)

## VII.— GUATEMALA A LA LLEGADA DE LOS ESPAÑOLES

El descubrimiento de América en 1492, gloria de España, constituye para la humanidad y en especial para la ciencia, un acontecimiento trascendental. Las nuevas tierras, que guardaban en su suelo metales variados y estaban cubiertas por una flora distinta de la del viejo mundo, ofrecían a los sorprendidos europeos que por primera vez la pisaban, una maravillosa farmacología. En algunos de sus primeros escritos, hay relatos del uso de hierbas para ellos desconocidas, que curaban multitud de enfermedades, pero no dejaron datos de la cirugía que pudieron practicar, durante sus peligrosas travesías.

Aun no se había acabado de pacificar la tierra mexicana, cuya conquista fue iniciada en 1519, ni don Hernán Cortés sabía cuáles eran los límites de su provincia, cuando tuvo noticia de Guatemala, habitada por recios pueblos de mucha gente, y en 1523, les envió a solicitar que se sometiesen en paz y aceptasen su mandato. La solicitud de Cortés fue rechazada y entonces ordenó, al Capitán don Pedro de Alvarado que fuese a someterlos, dotándolo según dice Bernal Díaz del Castillo, de 135 soldados a caballo, 120 escopeteros y ballesteros, un artillero, cuatro cañones y sobre doscientos tlaxcaltecas y cholultecas y cien mexicanos. Cortés le dió también instrucciones de que procurase atraerlos sin darles guerra y que los clérigos que le acompañaban, les predicasen las cosas tocantes a la fé católica. Estaba ya cercana la Navidad de 1523 cuando se dispuso don Pedro de Alvarado a emprender la marcha, desconociendo muchos aspectos de la empresa en que iba a aventurarse, pero esto era lo corriente en las andanzas heroicas de los españoles por las tierras vírgenes del Nuevo Mundo. El itinerario que siguieron fue rodear el macizo del Popocatepetl, coronado de nieves, aproximándose al Pacífico por Zacatula, bajando luego a Oaxaca al pie de la Sierra Madre. No todas estas tierras habían sido exploradas, pero en algunos puntos había incipientes poblados coloniales, como en Zacatula y el Valle de Oaxaca. Alvarado llegó



al itismo de Tehuantepec y luego siguiendo la costa del Sur, hasta los confines de nuestro territorio. Don Pedro de Alvarado entró a Guatemala por el río Suchiate, luego de haber pacificado Soconusco.

A la llegada de los conquistadores, Guatemala estaba densamente poblada en las regiones occidentales y central; sus ciudades eran fuertes, habilitadas para proteger las zonas rurales adyacentes y por lo general, rodeadas de barrancos y con entradas muy fáciles de defender. Los indígenas estaban hondamente divididos por rencillas e intereses y vivían bastante aislados, en unidades de tipo rural. Tres pueblos, Quichés, Cakchiqueles y Tzutuhiles, que aunque habían tenido un origen común y eran los mejor organizados en el momento de la conquista, no lograron olvidar sus diferencias y se negaron a aunar sus fuerzas para oponerse al invasor. (24)

La primera resistencia la encontró Alvarado a orillas del río Tilapa, en donde venció a los indígenas y continuó su marcha hacia Zapotitlán, capital del reino de Xuchitepec, la que ocupó después de un recio combate. En seguida, se dirigió rumbo a Xelajú, pero en el camino hubo de repeler numerosos ataques de los quichés, a los que derrotó en una batalla en las faldas del volcán de Sta. María y a orillas del río Xequijel.

Al llegar don Pedro de Alvarado a la ciudad de Xelajú la encontró desierta, pero logró que sus habitantes fuesen retornando y por ellos, supo que un gran ejército quiché se dirigía a atacarlo. Los españoles se prepararon y en los llanos cercanos a Xelajú, se libró un tremendo combate, en el que murió un valiente guerrero indígena, que la posteridad conoció con el nombre de Tecún Umán. Esto sucedió entre el 20 de febrero y el 3 de marzo de 1524.

Los reyes quichés al saber la derrota de sus ejércitos, trataron de parar a los españoles valiéndose del engaño. Se fingieron sus amigos y les invitaron a su capital, Gumarcah, con el objeto de encerrarlos y luego incendiar la ciudad, para poder

matarlos durante el desorden. Alvarado, supo de las intenciones de los quichés y aunque se trasladó a Gumarcah, no permaneció en ella durante la noche y al día siguiente, mandó quemar a los reyes y darle fuego a la ciudad. Destruída la capital de los quichés, los españoles se trasladaron a Iximché, sede de la corte de los Cakchiqueles, que no solo se habían declarado sus amigos, sino que también le habían ayudado en muchos combates.

Desde Iximché, envió Alvarado a una comisión indígena, a tratar de convencer a los Tzutuhiles de que se sometiesen en paz, pero los tzutuhiles en vez de doblegarse, hicieron dar muerte a los enviados del conquistador y se prepararon para la guerra. Alvarado sitió entonces su capital, situada a orillas del lago de Atitlán, y los rindió, por la fuerza y por el hambre.

Multitud de heridos, hubieron de haber tenido, tanto los españoles como los indígenas y aun es probable, que hayan padecido de algunas epidemias de Tifus Exantemático, pero Bernal Díaz del Castillo, insigne cronista que combatió en todas estas batallas, no dejó ningún dato referente a esto.

Don Pedro de Alvarado, pese al escaso número de soldados con que contaba y las condiciones en que tenía que movilizarse, careciendo de medicinas y muchas veces de alimentos, no desfalleció en su empresa y aun recorrió, la costa Sur de Guatemala y se internó en El Salvador, donde recibió un flechazo, que le dejó baldado para siempre.

A su regreso a Guatemala, don Pedro de Alvarado se estableció en Iximché y allí, a imitación de Cortés en México, realizó el primer acto democrático de nuestra historia, instituyendo el municipio y nombrando los alcaldes y regidores, previo a la fundación de la ciudad, que bajo la advocación del apóstol Santiago, estableció el 25 de julio de 1524. La ciudad no estuvo mucho tiempo en Iximché, pues los cakchiqueles se sublebaron y pusieron en peligro, la seguridad de los vecinos, por lo que fue trasladada el 5 de septiembre a Xeau, Olinstepeque, luego a El Tuerto o Panchoy, y por último al valle de Almolonga.

El 22 de noviembre de 1527 o sea, cuatro años después del ingreso de los españoles a Guatemala, fue fundada la ciudad de Santiago de los Caballeros en Almolonga, por don Jorge de Alvarado, ya que don Pedro se encontraba en España.

Todo lo mencionado anteriormente, puede aplicarse a la conquista de Guatemala. Pero hay también documentos como "El Libro Viejo de la fundación de Guatemala" y la "Crónica" de Fray Antonio de Remesal, que nos permiten conocer la incipiente organización social de los conquistadores, desde 1524 hasta 1541, en que la ciudad de Santiago de los Caballeros, fue destruída por los desbordamientos del volcán de Agua. Sin embargo, es interesante saber que a los pocos días de fundada la ciudad de Iximché, su Ayuntamiento fijaba los primeros aranceles y dictaba medidas concernientes a los oficios mecánicos.

En las Actas de Cabildo del Ayuntamiento, comprendidas entre 1524 y 1530, se mencionan los siguientes oficios: Herreros, cerrajeros, carpinteros, herradores, sastres, zapateros y plomeros. Conforme se fue organizando la vida urbana en la ciudad, a uso y semejanza de las urbes españoles, empezaron a adquirir preponderancia con una clara y marcada diferenciación, dentro de la sociedad de la época, los oficios y las artes. El asentamiento de los conquistadores, ya sea en zonas urbanas o áreas rurales, la creciente complejidad de la vida económica, la división del trabajo, la diferenciación de clases sociales y el aumento de las necesidades materiales, espirituales y religiosas, fueron fijando la fisonomía y el papel específico y necesario, que cada uno de los habitantes tenía que desempeñar. (34)

#### **La Medicina entre los conquistadores y durante los primeros años de la colonia.**

Cuando los españoles emprendieron su marcha hacia Guatemala, luego de haber presenciado los estragos, que entre los indígenas mexicanos había causado una epidemia de viruela y sarampión, así como de haber sufrido ellos mismos multitud de

enfermedades, heridas y traumatismos, no incluyeron entre los expedicionarios a ningún médico. Para algunos historiadores, esto se debió a que el número de médicos, que por esa época se encontraban en la Nueva España, era extremadamente limitado, así como también para la mayoría de los conquistadores, las enfermedades tenían una estrecha relación con el comportamiento y la curación, dependía exclusivamente de la voluntad divina.

Sin embargo, después de los combates, los mismos soldados se trataban sus heridas y aún utilizaban, el conocimiento de los indígenas sobre las plantas propias de la región, tal como lo hizo don Pedro de Alvarado, al recibir un flechazo durante la conquista de la tierra salvadoreña.

Al fundarse la ciudad de Santiago en 1527, don Jorge de Alvarado mandó que se construyese el primer hospital. El decreto dado el 22 de noviembre del citado año, reza en uno de sus párrafos:

"Otro si mando, que se señale un sitio para el hospital, a donde los pobres y peregrinos, sean acorridos y curados; el cual tenga por nombre y abocación, El espital de la misericordia".

En 1530, aún no se había iniciado su edificación, pero ya se le había asignado el lugar apropiado. En 1534, el Licenciado Bartolomé de Caus, acordó que al concluirse el hospital, se recogiesen allí a los enfermos, y hombres ancianos, que no pudiesen trabajar así como los niños huérfanos.

En 1537, el Papa Paulo III, dió una Bula otorgando el título de ciudad, a la villa de Santiago de Guatemala y de Catedral, a la Iglesia Parroquial; nombró el primer Obispo de este reino a don Francisco de Marroquín.

En la primera Pastoral que dió el Obispo Marroquín, el mismo año de 1537, entre otras cosas asignó una renta para el Hospital de la Misericordia.

**VIII.— FUNDACION DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS,  
PRIMEROS CENTROS DE ASISTENCIA, Y  
ERECCION DEL HOSPITAL PARA LEPROSOS  
EN 1638**

Sobre las faldas del volcán y en ruinas, quedaba abandonada para siempre, la ciudad de Jorge de Alvarado. A la soledad de sus calles y de sus huertos apacibles, solo llegaba el eco lejano de las festividades, con que se celebraba la fundación de la nueva ciudad de Santiago, en el valle de Panchoy el 10 de marzo de 1543. Tal fue la fecha, en que se trasladaron las autoridades municipales y se celebró, su primer cabildo.

El gobierno eclesiástico, hizo su traslado el jueves de Corpus, habiendo llevado el Obispo Marroquín en procesión, de la ciudad vieja a la catedral que se construía, al santísimo Sacramento.

El primer hospital, lo fundó a su costa el Obispo Marroquín en 1553, destinado a españoles y mulatos. Recibió el nombre de "Hospital Real de Santiago". En la ciudad vieja, se había llamado de Misericordia.

A mediados del siglo XVI, el abnegado dominico Fray Matías de Paz, fundó en una de las esquinas de la plaza de Candelaria, el Hospital de San Alexo, destinado a auxiliar a los indígenas enfermos; este hospital fue trasladado más tarde, a inmediaciones del templo de Santo Domingo. El Obispo Marroquín, trabajó arduamente por unir los hospitales de Santiago y San Alexo, pero no vió realizados sus propósitos. No fue sino hasta 1685, en que se realizó la unión, clausurándose el hospital fundado por Fray Matías de Paz.

El Obispo Marroquín, viendo las calamidades que acompañaban a las vírgenes pobres del siglo XVI, instó a su Majestad el Rey de España, para la fundación de un hospital para protegerlas y por Real Cédula del 17 de abril de 1553, autorizó la fundación del Hospital de doncellas pobres y por Real Cédula del 7 de abril de 1592, aceptó los reglamentos de esta nueva institución. (2)

En 1634, siendo muy grande el número de frailes que había en la ciudad de Santaigo y deseando que al enfermarse, fuesen asistidos en un lugar especial, se acordó la fundación de un nuevo hospital, que llevaría el nombre de "San Pedro" y en el cual, solo serían atendidos los sacerdotes, clérigos, diáconos y subdiáconos. Se asignó una renta para la construcción del edificio, pero siendo esta tan pequeña, para el fin a que se asignaba, los frailes dispusieron que se utilizara en limosnas semanales para socorrer a los pobres. Esta práctica se siguió hasta el año de 1646, en que se dispuso guardar la renta para llevar a cabo la construcción del hospital. El Hospital de San Pedro, fue concluido en noviembre de 1662, siendo bendecido por el ilustre Fray Payo de Rivera.

### HOSPITAL DE SAN LAZARO

En el año de 1638, don Alvaro Quiñónez de Osorio, Marqués de Lorenzana y Capitán General de Guatemala, en vista de haber ido en aumento el número de leprosos conocidos, se interesó en la fundación de un hospital específico para ellos y dictó las órdenes pertinentes:

"Por Cuanto: el 23 de enero de 1638, don Alvaro Quiñónez mandó que en vista de que los enfermos del mal de San Lázaro, son numerosos y andan sueltos y es necesario recogerlos y aislarlos en un Hospital especial, como se hace en todas las villas de S.M., manda que se construya éste, entre los pueblos de San Bartolomé y San Andrés y se utilice el río que allí corre, para hacer un molino y que se encarguen los Hermanos de San Juan de Dios, de su administración y rentas y que el hospital tenga todos los privilegios, rentas y demás que corresponden a su categoría".

Los Hermanos de San Juan de Dios, acababan de ingresar a Guatemala, pues habían arribado en 1637 y su director era Fray Carlos Cevico de la Cerda. El mandato del Capitán General, estuvo vigente hasta el 31 de octubre de 1639 y fue al año siguiente, (1640) cuando se inició la construcción del proyectado hospital. (23)

Al fundarse este Hospital, se ordenó el internamiento de todos los leprosos, que vagaban en la ciudad de Santiago de los Caballeros y demás provincias de la Capitanía, para poderlos socorrer, auxiliar y controlar.

Su Majestad Felipe IV, Rey de España y las Indias, al enterarse en 1639 de la urgencia de este centro hospitalario, donó la suma de 4,000 ducados, para apresurar su realización. (26)

Es de lamentarse, que el Marqués de Lorenzana, hombre sensible y quien dió los primeros pasos para la edificación de este Hospital, ya no le viera concluido, pues fue trasladado a otro gobierno y la inauguración del centro para leprosos, correspondiera a su sucesor don Diego de Avendaño.

El Hospital de San Lázaro, dió por 67 años asilo y consuelo a quienes lo necesitaron, hasta que fué destruido por el violento terremoto del 29 de septiembre de 1717, que lanzó nuevamente al desamparo a los despreciados enfermos. Sin embargo, su lamentable estado si preocupaba a algunas personas caritativas y humanitarias, ya que el 17 de febrero de 1719, Fray Agustín de Soto Mayor, se presentó ante el Cabildo de la Capitanía General, solicitando la reconstrucción del destruido Hospital. La petición de Fray Agustín fue concedida, pero no se llevó a cabo la reedificación, por lo que en el año de 1734, se logró que los mayordomos de la cofradía de Nuestra Señora de Guadalupe, don Francisco Valdez y don Manuel Fernández, cedieran a favor de la Cofradía de San Lázaro, la Ermita de Nuestra Señora de Guadalupe, que aún se encontraba en construcción y se pudieran habilitar, para recibir a los leprosos.

La apertura de este centro, se llevó a cabo el 2 de abril de 1734, siendo Gobernador de la Capitanía General de Guatemala, el General don Pedro Villalón y en él, se abrigó a los leprosos por espacio de nueve años, ya que en 1743, se terminó el nuevo Hospital de San Lázaro y todos los enfermos fueron obligados a trasladarse a él, a pesar de solo contar con una renta de 30 pesos mensuales. (2)

En este lugar, permanecieron los desgraciados enfermos por 39 años, es decir hasta el 29 de julio de 1773, en que el terremoto de Santa Marta, arruinó la ciudad de Santiago de los Caballeros.

No hemos podido encontrar datos, sobre la suerte que corrieron los leprosos durante el trágico suceso, pero es probable que hayan sido trasladados a otro sitio y no hayan vuelto a vagar por las calles, pues al inaugurarse en 1778 el Hospital de San Juan de Dios, en la Nueva Guatemala de la Asunción, se recluyó en él, al mayor número de leprosos que se pudieron encontrar.

## IX.— RITUAL PARA LOS ENFERMOS DE ZAC HAUAY EN EL SIGLO XVI\*

Zac Hauay, nombre temido de los pueblos indígenas. Zac Hauay o Lepra Blanca, cuyo tratamiento se comienza en Guatemala hasta mediados del siglo XVII, constituía una enfermedad sin esperanzas.

Hacia el año 1638, en el prado del cortijo, en dirección del poblado de San Andrés, fue fundado el primer leprosario de la Capitanía General de Guatemala, dándosele el nombre de Hospital de San Lázaro. Contó desde un principio con el favor del Rey, quien donó 1,500,000 maravedís (aproximadamente 120,000 quetzales) para la obra. Allí, bajo la mirada benévola de los frailes hospitaleros de San Juan de Dios, los enfermos recibieron atención médica y el trato generoso que demanda la caridad.

La Lepra es conocida desde muy remotos tiempos y tal nombre se daba en la antigüedad a una serie de males que en muchos casos eran enfermedades eruptivas escamosas. Se llamaba así también a las manchas salitrosas de las paredes de las casas.

En aquellos tiempos, no era diagnosticada por médicos, sino por sacerdotes, porque la preocupación principal era de tipo religioso, ya que el enfermo o la casa, se les consideraba marcados por la impureza.

En Levítico 14, 33—56, se dan amplias y minuciosas normas para tratar una casa con lepra:

“El sacerdote mandará desocupar la casa antes de ir a examinar la mancha, para que no se contamine cuanto hay en ella. Desocupada, irá el sacerdote a examinarla. Examinará la mancha y si en las paredes de la casa hallare cavidades verdosas o rojisas como hundidas en la parte, saldrá a la puerta de la casa y la hará cerrar por siete días. Al séptimo día, volverá el sacerdote y si ve que la mancha ha cundido en las paredes de la casa,

\* (14)



mandará quitar las piedras manchadas y arrojarlas fuera de la ciudad en un lugar impuro, hará raspar toda la casa en lo interior, arrojándose en un lugar inmundo el polvo que se raspe”.

Se sustituían las piedras quitadas, por nuevas y si volvía a salir la mancha salitrosa, se demolía la casa inmediatamente por considerar que tenía “lepra corrosiva”. También había lepra de los vestidos, de las telas y aún del cuero y de las sandalias.

La persona declarada leprosa por el sacerdote, tenía que vivir fuera de la ciudad como proscrita. En Levítico 13, 1-45 nos habla de las leyes acerca de esta enfermedad y allí se aprecia, que la sintomatología era en realidad, en forma totalmente rudimentaria:

“Si cualquier hombre o mujer tiene en su piel manchas blancas, si son de color suboscuro, es empeine que le ha salido a la piel; es puro.

“Si a uno se le caen los pelos de la cabeza y se queda calvo, es calvicie de atrás; es puro.

“Si los pelos se le caen a los lados de la cara, es calvicie anterior; es puro.

“Pero si en la calva posterior o anterior apareciese llaga de color blanco rojizo, es lepra que ha salido en el occipucio, o en el sincipucio. El sacerdote le examinará y si la llaga escamosa es de un color blanco rojizo, como el de la lepra en la piel de la carne, es leproso; es impuro, e impuro le declarará el sacerdote, pues es un leproso de la cabeza.

Así como era de empírico el diagnóstico, así también era de terrible la separación total que sufría el enfermo. También en Levítico podemos leer la sentencia proferida contra una persona después de declarársele enferma:

“El leproso, manchado de lepra, llevará rasgadas sus vestiduras, desnuda la cabeza y cubrirá su barba, e irá clamando “SOY INMUNDO, SOY INMUNDO”. Todo el tiempo que le

dure la lepra será inmundo. Es impuro y habitará solo fuera del campamento y lejos de la ciudad tendrá su morada”.

La imposibilidad de curación, hacía más penosas sus condiciones de vida y para comprender la drasticidad del aislamiento total, de su categoría de “muertos en vida”, es menester tomar en cuenta el horror que la enfermedad provocaba a los pueblos de la antigüedad, pues sabían que no había curación posible.

Los leprosos causaban un terror explicable, dadas las condiciones médicas de la época. Todos huían espantados ante su presencia, y así se les obligaba a los afectados a vivir en lejanos campos, donde iban a tirarles algunos alimentos, tomando siempre toda clase de precauciones y cuidando que el aire no soplara del lado del leproso.

La Iglesia Católica, así como había impulsado la Pontificia Orden de San Juan de Jerusalén, para cuidar enfermos y defender a los cristianos, así también dió gran apoyo a los caballeros lazaristas, que se consagraron al cuidado de los enfermos de este mal, teniendo siempre esta Orden como gran Maestre, a un caballero leproso.

La Iglesia desde los tiempos más primitivos, creó un ritual especial para hacer menos penosa la separación social, a que se veía sometido el contagiado por dicha enfermedad y así esta ceremonia, se conservó en Guatemala por muchísimos años.

Un documento recientemente localizado, nos presente con colores extraordinariamente reales, esta interesante liturgia del siglo XVI; sin embargo, pese a la lejanía de estos sucesos, los visos dramáticos que contiene aún nos sobrecogen.

### CEREMONIA DE LA SEPARACION DEL LEPROSO

“El sacerdote después de celebrada la misa en favor de los atacados, se pondrá sobrepelliz y estola, y los rociará con agua bendita, conduciéndolos enseguida al sitio en que habitarían. Allí, los exhortará en buena paciencia y caridad a tomar el

ejemplo de Jesucristo y de los santos y les dirá el siguiente discurso:

“El mi hermano, cativo grato al Dios bondadoso, que asaz fincades de triste, lazdrado, malato y sin cohorte: por ende vades al regno paradisal, do non a viene daño sin duelo, da todo es puro e aliñado, sin mancilla e sin rastro de mancilla, brillante como el sol: mas vos cale buen christano ser, e la vuesa cruz con grande sufrimiento con llevar, a Dios facervos ha merced; ca maguel de cueopo alogado, en espíritu sadés cual nunca fuistes; e avredes parte e partida en toras las paces re la Iglesia nuestra santa Madre, cual si entre el pueblo a los divinales oficios quotidianamente fincáredes. E tocante a vuestros livianos menesteres darán de mano las almas buenas, e Dios non vos ha desechar con tal que andedes acueloso e bien sofrido; ca Dios mora en vos, amen.

“Después de este consolador preámbulo, el sacerdote cumpliendo con la parte penosa de su ministerio, formulará las terribles prohibiciones legales:

1o. A vos coman de non entrar en igreja, ne en capilla, ne en cortijo, ne en mercado, ne en aceña, ne en familiaridad de gentes.

2o. A vos coman de non salir salvo en arreo de malato, a ese fin que vos conozcan; de non andar a piez descalzos.

3o. A vos coman de non vos lavar las manos ni al, en arroyo ni en fuente, ni de ellas beber, e beber solo en vueso cubilete o escudila.

4o. A vos coman de non tocar a cosa que ajustedes o merquedes, antes de vuestra fincar.

5o. A vos coman de non entrar en tabierna; e si mercaredes vino o vos le dieren, lo guardedes en vueso cubilete.

6o. A vos coman de morar solo con la vuesa mugier, e non otra tal.

7o. A vos coman de non platicar con viandante, salvo a viento de yuso.

8o. A vos coman de non andar en calleja, a ese fin de non dar con encontradizo, a sospecha de lo lazdrar.

9o. A vos coman de non pasar en pasage, e non tocar a sogá nebrocal, salvo a metidas luas.

10o. A vos coman de non llegar a infante, e de non lo festelar.

11o. A vos coman de non yantar e non beber si non en las vuestas escudillas.

12o. A vos coman de non yantar e non beber a compañar de al que de malata.

“Dicho esto el sacerdote tomará un puñado de tierra del cementerio y la derramará sobre la cabeza del enfermo diciendo:

“Fina al mundo e a Dios naz. ¡Ah Jesús, el mi redemptor! De polvo me fizo, o de corporal vestidura. Renasceme ha en la jornada postrimera”.

“Duras serán estas palabras al hombre que nació y vivió en medio de la sociedad que verá rotas sus más santas afecciones y destruídas sus mas nobles esperanzas; así es que el leproso quedará sobrecogido, sin movimiento, como participando ya de la placidez del tránsito cristiano.

“Entonces el pueblo canta:

“Agitados han sido mis huesos y mi alma conturbada, ¡Alleluya! Señor, dispensadnos misericordia y volvednos la salud”.

“El sacerdote leerá el Evangelio de los diez leprosos y en segunda bendiciendo el traje y el pobre ajuar del leproso, le presentará cada objeto por este orden:

“Al entregar el vestido llamado Husa:

“Hermano mío, recibe este traje, en signo de humedad, sin el cual te prohíbo salir en adelante de tu casa, en nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo.

“(al darle el barril)

“Toma este barril para guardar lo que te dieran a beber, y prohíbote, so pena de desobediencia, beber en los ríos, fuentes o pozos comunes, o lavarte en ellos de cualquier modo que fuere, ni mojar en los mismos tus ropas, chismes, camisa y demás de tu uso.

“(al darle las tablillas)

“Toma estas tablillas en señal de que te está vedado hablar con los que no te sean semejantes, salvo el caso de necesidad; y con ellas haz de pedir lo que te conviene, apartándote de las gentes contra la dirección del viento.

“(al darle los guantes)

“Recibe estos guantes, sin los cuales no podrás tocar cosa alguna que no te pertenezca, procurando que tus efectos no sean tocados de los demás.

“(al darle la fiambrera)

“Recibe esta fiambrera en la cual guardarás lo que te dieran las personas caritativas, acordándote de rogar a Dios por tus bienhechores.

“Terminada esta ceremonia triste en parte y en parte consoladora, los fieles regresarán a la Iglesia precedidos de la cruz procesional, y así se arrodillarán a escuchar la siguiente oración dirigida por el sacerdote al Dios todopoderoso:

“Potente Dios, que por la paciencia de tu Unigénito soltaste el orgullo del antiguo enemigo, concede a tu siervo la necesaria paciencia para llevar pia y sufridamente los males que pesan sobre él. Amén.

“El pueblo responde:

“Amén! Así sea!

Ya podemos imaginar el estado de incertidumbre y de angustia en que muchas veces caería el enfermo segregado para siempre de la sociedad en que vivía.

Lewis Wallace, en Ben Hur, al descubrirnos el misterio de la Torre Antonina, nos describe magistralmente esa dolorosa situación en el encuentro de los soldados que han derrumbado muro tras muro, hasta llegar donde está la madre de Ben Hur y su hermana Tirza.

Las dos mujeres formaban un grupo junto a la abertura del calabozo: una, sentada y la otra ligeramente recostada sobre la primera. En todo el calabozo no hay más que la roca pelada; ni un simple haz de paja preserva a las tristes prisioneras de su duro y frío lecho. La luz que entra al sesgo, al iluminarlas, les da una apariencia de espectros. Las dos están desnudas. No tiene, en absoluto nada con qué poder cubrirse. Solo les queda por único consuelo el amor recíproco que impulsa a la una en brazos de la otra. Las riquezas se esfuman, las comodidades se evaporan, las esperanzas se marchitan, pero el amor nunca nos abandona. El amor es Dios mismo.

“Cayó primero un bloque del calabozo... En seguida otro... Por último, una gran masa se desmoronó con estruendo... La puerta quedó expedita. Un hombre cubierto de yeso y polvo, penetró en el recinto, agitando una antorcha que enarboló por encima de la cabeza. Tras él penetraron otros hombres más, quienes se hicieron a un lado para dejar paso al tribuno.

“El tribuno se detuvo en seco al observar que huían de él, no por temor, digámoslo, sino por vergüenza y... ¡Y no por vergüenza tan solo! Desde el oscuro rincón en donde se refugiaban, llegaron estas palabras, las más lúgubres y terribles que puede una boca humana pronunciar en el vértigo de la desesperación:

¡No os aproximéis a nosotras, somos impuras, somos leprosas!

Así en Guatemala, al igual que en el resto del mundo, estos enfermos quedaban segregados para siempre. De esta manera, quedaban separados y privados de las más caras ilusiones de los seres humanos. No fue sino hasta que empezó a funcionar el Hospital de San Lázaro, que en Guatemala los enfermos de Zac Hauay, tuvieron un trato más humano. Realmente la obra de los hospitaleros de San Juan de Dios, es digna de todo elogio por su gran caridad.

Los hospitaleros de San Juan de Dios, continuaron celebrando la liturgia de la separación de los leprosos, dentro del ámbito del hospital de San Lázaro. Se les llevaba amorosamente a una celda y allí, se les hacía entrega de sus nuevas pertenencias.

“El ajuar de un leproso consistía en zapatos, escarpines, sayo de camelote, HUSA, montera de camelote, dos pares de pañamanos, un barril con su embudo, cinto de correa, cuchillo, escudilla de palo, una cama de terliz, cabezal, manta, dos pares de sábanas, una sartén, una bacía, cucharas de palo y un puchero para guisar la carne. Todos estos objetos, eran bendecidos por el sacerdote que lo llevaba con anterioridad a la celda del hospital. Al entrar el leproso a su cuarto; el sacerdote decía:

“He aquí mi reposo para siempre; en él moraré, pues es el objeto de mis deseos”.

Se cerraba la puerta y se fijaba en ella una cruz de madera y una alcancía, para recibir limosnas. El sacerdote era el primero en depositar la ayuda y luego le imitaban los asistentes.

Se cierra este capítulo de la Historia de la Medicina, con el comentario del Abate Gaume sobre la actitud de los enfermos en los Hospitales de San Lázaro:

“Desterrados en la tierra, privados de todas las ilusiones que generalmente embellecen la vida y de todos los auxilios humanos que naturalmente la sostienen, los leprosos en su estado

habitual, yacían en una tristeza humilde y apacible. Nosotros, que ya no tenemos la fe de entonces, no alcanzamos a comprender lo mucho que hizo en pro de los que sufren, la misericordia del cielo, colocando beneficios hasta en los últimos límites de la desgracia. La Religión y la naturaleza, encierran tesoros de sublimes fruiciones, para aquellos miembros de la familia humana, que el mundo hubo de desheredar”.

## X.— LA EPIDEMIA DE LEPROSIA DE 1798

Al finalizar el siglo XVIII, se produjo una gran conmoción en Ciudad Real de Chiapa, cabecera de una de las provincias de la Capitanía General de Guatemala, ante la súbita aparición de una enfermedad de la piel. Por las descripciones que de ella se han hecho, nos enteramos de que tenía un período de incubación muy corto y de que era contagiosa. La epidemia, fue considerada como de Leprosia y se tomaron todas las precauciones, que se encontraban a mano.

El Obispo de Chiapas, Fermín José, solicitó inmediatamente a las Supremas Autoridades de Guatemala, la licencia para que el naturalista José Mariano Monziño, que por esta época realizaba algunos estudios en la provincia infestada, permaneciese en ella hasta que se estableciera un tratamiento adecuado contra la enfermedad. Acordada la licencia, el doctor Monziño se dedicó al estudio de la afección y ordenó, el tratamiento que se debía seguir y envió, un extenso informe a las autoridades de Guatemala. En Ciudad Real se fundó un Hospital, pero resultó pequeño para la tremenda cantidad de pacientes, por lo que el Obispo lanzó una proclama, solicitando a los vecinos que recibiesen en sus casas un número de enfermos y los cuidasen, de acuerdo a las órdenes que se habían establecido.

En su informe, el doctor Monziño indicaba la existencia de dos clases de Leprosia. Una, que al atacar producía manchas negras en la piel y otra, que producía manchas blancas. La primera, o sea la que producía manchas negras, era curada fácilmente por medio de fricciones mercuriales, en cambio la segunda era muy rebelde al tratamiento y persistía, hasta la muerte de los pacientes. El Dr. Monziño, retornó a Guatemala sin haberlo logrado erradicar la enfermedad, pero se le tributaron algunos homenajes en agradecimiento a su comportamiento.

Algunos años más tarde, en 1803, Carlos IV Rey de España y de las Indias, firmó en San Ildefonso, una Real Orden



para que se organizara una expedición, que se encargaría de la propagación de la vacuna contra la Lepra, en todas las poblaciones de sus dominios americanos y el Ministro de Ultramar, don José Antonio Caballero, nombró a las personas que debían formar las diversas comisiones y les asignó el sueldo que devengarían. El análisis de los escasos documentos, que de la epidemia de 1798 han llegado hasta nosotros, permite afirmar que no se trató de Lepra, sino de otra afección de la piel, mucho mas común, tal como lo insinuó el Dr. Francisco Asturias hace 71 años. (2)

## XI.— FUNDACION DEL ASILO "LA PIEDAD" EN LA NUEVA GUATEMALA DE LA ASUNCION: HOSPITAL NACIONAL "RAMIRO GALVEZ" Y SUS DIRECTORES.

El 29 de Julio de 1773, tuvo lugar el tristemente célebre terremoto de Santa Marta, que arruinó la ciudad de Santiago de los Caballeros y muchos pueblos circunvecinos. Pasados los primeros momentos de angustia y de temor, se inició para los pobladores un período crítico, y fue el preclaro arzobispo don Pedro Cortés y Larraz, quien más se interesó por su suerte, pues no solo socorrió a un gran número de vecinos y acomodó a las religiosas de los diversos monasterios, en ranchos pajizos contruidos a sus expensas, sino que también ayudó a los enfermos que convalecían en los derruidos hospitales y se preocupó, del estado de los leprosos recludos en el Hospital de San Lázaro.

En el Acta del 22 de Octubre de 1773, no solo se hace constar que los conventos, casas de comunidades y viviendas particulares se encontraban desiertas, pues no había vecino alguno, noble o plebeyo, que las habitase, sino también las condiciones en que sobrevivían, en calles, plazas y campos. Con la desastrosa ruina de la ciudad, se destruyeron casi todos los hospitales que hasta aquel tiempo existían, pero el Arzobispado permitió el descombramiento del Hospital de San Pedro, establecido en 1634 específicamente para religiosos, y a él, fueron trasladados la mayoría de los enfermos. Pese a la limitación de locales apropiados y a la carencia de medicinas, el cuerpo médico continuó organizado y laborando brillantemente. Así vemos que aunque el Hospital de San Juan de Dios se encontraba derrumbado, en el año de 1774 fue nombrado el Doctor José de Flores como su Director.

La población se encontraba profundamente dividida, para algunos, capitaneados por el Arzobispo, era preferible intentar reconstruir la ciudad en el mismo lugar y para otros, dadas las condiciones en que había quedado el terreno y el elevado costo

que habría que invertir en los trabajos, era preferible trasladarla a un lugar más seguro. Hechas las solicitudes pertinentes, don Carlos III Rey de España, autorizó al Gobernador y Capitán General de Guatemala, Mariscal Martín de Mayorga, para que buscara un sitio apropiado y que de acuerdo con los Oidores y con el Virrey de la Nueva España, efectuase la traslación.

El Rey, aprobó la mayor parte de los proyectos que se le propusieron, y por Real Cédula, del 21 de Septiembre de 1775, concedió el producto de la renta de alcabala por 10 años, para subvencionar los gastos de traslación.

La nueva Guatemala de la Asunción, fué fundada en los llanos de la Virgen, el 1o. de Enero de 1776. Tres días después, o sea el 4 de Enero, fueron recibidos los alcaldes electos y se iniciaron las labores de organización y edificación.

En 1778, se concluyó el edificio del Hospital de San Juan de Dios, en la Nueva Guatemala. Y a él, se trasladó un grupo de leprosos de los que aún quedaban en la arruinada ciudad. Su número debió de ser muy reducido, ya que indudablemente fueron aislados, pero no hemos encontrado ningún documento que guarde sus nombres ni el tratamiento a que fueron sometidos. No sabemos tampoco cuanto tiempo permanecieron allí y si su número, fue en aumento o descenso.

En 1873, fue descubierto el agente causal de la Lepra y esto, dió una nueva vigencia y esperanza, al problema de estos enfermos. El 21 de Febrero de 1874, el presidente de Guatemala General Justo Rufino Barrios, emitió un acuerdo para que el 31 de Marzo del mismo año, todos los enfermos de Lepra fuesen recluidos, en un lugar que las autoridades designarían y se iniciase su asistencia:

Copia Literal del Tomo I — página 257 — Leyes emitidas por el Gobierno de la República de Guatemala, desde el 3 de Junio de 1871 hasta el 30 de Junio de 1881.

Palacio de Gobierno: Guatemala, febrero 21 de 1874.

Considerando: que la enfermedad de la elefantiasis, conocida generalmente con el nombre de lazareto, está tomando proporciones en esta capital y que es un deber imperioso del Gobierno, el prevenir el incremento de ese mal, en beneficio público: el jeneral Presidente de la República, acuerda: 1o. Que para el 31 de Marzo del año en curso, todas las personas que se hallen atacadas de aquella dolencia, pasen a ocupar el local que la autoridad designe para su asistencia; y 2o. Que, al efecto, será nombrada una comisión que tenga por encargo averiguar quienes son las personas que sufren la enfermedad entredicha para reclusión en el lugar a que se alude — Comuníquese — Rubricado por el Señor Jeneral Presidente—R. Urioste.

Pero se tuvo el problema de que no había un local apropiado y se aplazó su agrupación. En Febrero de 1874, el gobierno liberal decretó la supresión de beatarios, hermandades y órdenes religiosas, quedando desocupados todos los conventos que funcionaban en esta Capital.

En 1875, don Rafael Angulo, estableció en el ex-convento de Santo Domingo un pequeño Lazareto, pero como en esta época se consideraba la Lepra como una enfermedad de alta contagiosidad, los vecinos protestaron y solicitaron al gobierno que los enfermos fuesen trasladados a un lugar más apartado. El 23 de Diciembre de 1881, la Jefatura Política del departamento de Guatemala, designó un lugar denominado "Jocotales o las Piedrecitas", a siete kilómetros del centro de la ciudad y con una extensión de 100 manzanas, medidas por el ingeniero Ernesto Aparicio, como el lugar adecuado para la construcción de un lazareto y quedó inscrito, en el registro de la Propiedad Inmueble con el número 120, Folio 247, Libro 38. Denominándose "Lazareto de las Piedrecitas o lazareto de elefantiacos".

En este mismo año, se autorizó transferir del ex-convento de Santo Domingo a Jocotales, a los enfermos elefantiásicos, en donde serían cuidados por cuenta de la Municipalidad, pero esto no se llevó a cabo por razones económicas.

En este nuevo lugar, los enfermos separados de la sociedad y de sus seres queridos, fueron reclusos en chozas techadas con paja y viviendo en deplorables condiciones, mientras se terminaban las obras que se habían iniciado, pero la Municipalidad no contaba con los medios necesarios, para finalizarlas en el tiempo que se había estipulado. Los medios económicos eran tan escasos, que se suprimió la plaza de portero, nombrándose solo un encargado del establecimiento, a don Pedro Echeverría, con un sueldo mensual de 30 pesos que eran pagados por el tesoro Nacional y un inspector, nombramiento que recayó en el señor R. Romero. Por el escaso número de médicos con que se contaba, la Municipalidad propuso en el mes de Julio de 1882, abrir una suscripción voluntaria entre los vecinos a fin de proporcionar al establecimiento, los recursos necesarios para concluir la obra; en acuerdo del 29 de Diciembre de 1882, el Supremo Gobierno tomó a su cargo el Lazareto y fue anexado a la Casa de Beneficiencia, para ver si de esta manera, se lograba darle a los enfermos un tratamiento más eficiente:

“Considerando que la Municipalidad de la Capital carece de recursos suficientes para atender como corresponde al sostenimiento del Lazareto de elefantiásicos, el jeneral encargado de la Presidencia de la República, en el deseo de aliviar en cuanto sea dable la situación de las personas que se encuentran en aquel lugar, acuerda: 1o. El gobierno toma directamente bajo su protección el Lazareto indicado, el cual dependerá en lo sucesivo de la Dirección de las Casas de Beneficiencia, con cuyos fondos será sostenido; 2o. El Director de los espresados establecimientos deberá formar y someter oportunamente a la aprobación del Gobierno un reglamento para el mejor

régimen del Lazareto. —Comuníquese.— Rubricado por el Señor Jeneral encargado de la Presidencia”.— Díaz Mérida.

Fue así como don Rafael Angulo Urruela, hombre de gran corazón, demostró una vez más sus cualidades, tomando a su cargo la construcción y llevándola a feliz término, no solo a expensas de su peculio, sino también de lo que logró reunir en Operas, que personalmente organizó.

En este mismo año, don Rafael hace saber al Sub-jefe Político del departamento, la terminación de las pequeñas obras que se habían iniciado y da cuenta de la conclusión de:

Tres habitaciones sencillamente amuebladas y un servicio sanitario (un escusado y un baño), tanto en la sección de hombres como de mujeres. Un estanque con tres lavaderos.

En un párrafo de su carta le informa literalmente:

“Es de advertir, que atendida la muy desfavorable condición, en que a causa de las copiosas lluvias del presente mes, se encontraban los pobres leprosos en las chocitas provisionales en que se habían albergado; a pesar de no estar concluídas las obras relacionadas me apresuré a que se trasladaran a las nuevas habitaciones”.

Don Rafael Angulo y Urruela, fue el fundador y primer director del Lazareto de esta capital.

El 26 de Octubre de 1882, se encontraba como inspector del centro don José Julio Beteta, como Regidor don Pedro Arenales y como Ecónoma Interina, doña Simona Ibarra. Dada la mala atención de los enfermos y el retraso en el pago del personal, el 23 de Noviembre del mismo año, las autoridades designaron para su sostenimiento el producto del beneficio de cerdos.

Don Rafael Angulo, desarrolló una tremenda labor administrativa y costeadando los gastos, edificó una pequeña capilla

y un cementerio para inhumar los cadáveres.

En el ex-convento de Santo Domingo, había continuado funcionando un Hospital para enfermedades infecciosas y aunque la mayoría de los leprosos, ya habían sido trasladados al sitio asignado, aún permanecían allí algunas personas sindicadas de padecer la Lepra, por lo que el 19 de Agosto de 1890, los residentes de la décima calle oriente, solicitaron a las autoridades que todos los enfermos fuesen trasladados a otro sitio, por ser su vecindad perjudicial a su salud. La Municipalidad atendió el ruego y pidió un informe, a la Facultad de Medicina y Ciencias Químicas sobre la solicitud antes mencionada y fue respondido, opinando que sería ventajoso el traslado de los enfermos al Lazareto de "Jocotales".

"Guatemala, Septiembre 2 de 1890

A Secretario de la Municipalidad de esta Ciudad.

Con respecto a la solicitud de los vecinos de Santo Domingo, la Junta Directiva de esta Facultad en sesión celebrada el día 1o. de Septiembre de 1890, acordó: Que sería ventajoso trasladar dicho lazareto a un lugar distante de la población, pero dadas las circunstancias actuales, sería desfavorable tratar de verificarlo inmediatamente.

A juicio de la misma Junta, será conveniente construir un Hospital de enfermedades epidémicas, con todas las comodidades y en un lugar aparente y favorable, para recibir enfermos en cualquier época".

Facultad de Ciencias Médicas.

Con el tiempo, las condiciones generales del incipiente hospital fueron mejorando; primero se abrió un camino que conducía al cementerio, luego se aumentó el número de habitaciones, proporcionando así mayor comodidad y aislamiento a los enfermos y más tarde se edificó un lugar destinado a la reclusión de los leprosos que cometían faltas. En

1890, el nombre del establecimiento fue modificado y de "Lazareto de elefanciacos" se cambió por el de Asilo "La Piedad".

Infatigable, fue la labor de don Rafael Angulo y su mejor recompensa, ha sido que la mayor parte de los Directores que le han sucedido, han trabajado con tezon y brillantez.

De 1884 a 1900, ingresaron al Asilo 124 hombres y 43 mujeres; de ellos, 89 hombres y 24 mujeres salieron del Hospital, sin saber en qué condiciones de salud; el resto, 25 hombres y 14 mujeres fallecieron en ese intervalo.

A pesar de haber revisado, todos los documentos existentes en el Asilo y en el Archivo General de Centro América, fué imposible encontrar datos concretos relacionados con estos 167 pacientes; información que ha no dudarlos hubiesen sido muy valiosos para la historia de esta enfermedad en Guatemala.

Las siguientes fotos corresponden al Asilo "La Piedad" antes de 1917.

Centro Asistencial, que ha venido llenando su cometido aún en épocas y circunstancias difíciles, como las producidas por los terremotos de 1917-1918 que lo destruyeron completamente. (1)

En el año de 1920, fué reconstruido a instancias de los señores don Rafael Mauricio y don José Ruiz Angulo, quienes en aquella época, funjían como Directores del Hospital General, dotándolo de lo más indispensable, para continuar su benéfica labor.

A partir de esa fecha, el hospital ha tenido altibajos en su función asistencial y los cuales, se deben a diversos factores, que han influenciado a su proceso evolutivo y entre algunos de ellos, se pueden mencionar: a) la situación económica que prevalecía en cada una de las distintas épocas de sus 99 años de vida; b) a la variable atención, que las autoridades asistenciales y gubernativas, le prestaban a la lucha contra la Lepra; c) al esfuerzo personal, que cada uno de sus directores le han prestado y el cual, variaba de acuerdo con su personalidad y dedicación; y d) a la ayuda que en diferentes épocas, se logró obtener de personas altruistas, asociaciones o ligas benéficas, que han colaborado en forma desinteresada, para el mejor funcionamiento del Asilo. Pero en general, podemos afirmar que aunque en forma lenta, el Hospital ha progresado en forma satisfactoria y actualmente, se mantiene al día con los adelantos que la ciencia médica ha logrado en el campo de la Leprología y a la fecha, se le puede catalogar como un centro asistencial muy bien capacitado, para llevar a cabo y en forma efectiva, la erradicación del mal de Hansen en Guatemala. (20).

Por acuerdo gubernativo de fecha 8 de Noviembre de 1960 y en reconocimiento a la labor efectuada por uno de sus directores, el extinto Dr. Ramiro Gálvez A., quien trabajó en el Asilo durante más de 15 años, se le cambió el nombre de "Asilo La Piedad" por el de "Hospital Nacional Ramiro Gálvez". Desde la fundación del Hospital a la fecha, han desempeñado el cargo de Directores, los médicos siguientes:

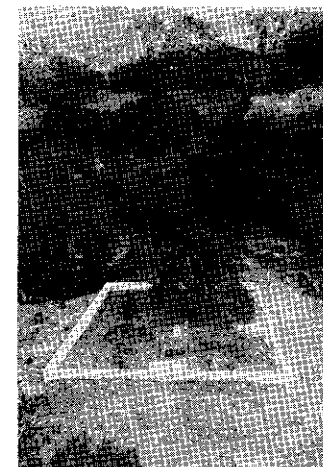
Vista de frente del Asilo "La Piedad"



Iglesia



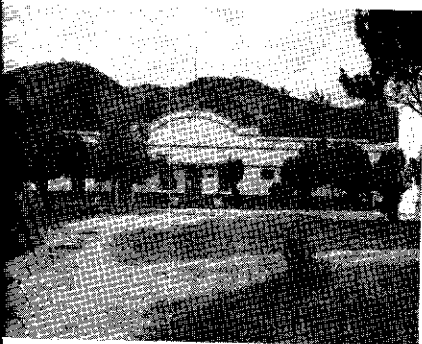
Cementerio



DIRECTORES	FECHA RECIBIMIENTO	TESIS
Dr. Mariano Castillo		
Dr. Nicolás Zúñiga	18-VI-1892	Locura Alcohólica
Dr. José Urrutia	23-II-1884	Sarampión
Dr. Manuel Valdéz	26-IX-1877	
Dr. Domingo Alvarez	30-IV-1887	Tumor blanco
Dr. Luis Ocaña	8-III-1889	Oftalmía purulenta de los recién nacidos.
Dr. Salvador Ortiz	23-II-1901	Apendicits
Dr. Rafael Mauricio	14-XII-1895	El pulso en Cirugía
Dr. Ramiro Gálvez	20-II-1925	Consideraciones generales sobre los Transtornos funcionales de la Glándula Tiroides y paratiroides, y en especial al Síndrome Hipertiroidismo.
Dr. Mariano Castillo	29-V-1948	Contribución al tratamiento de Sífilis precoz por métodos intensivos.
Dr. Eduardo Silva M.	25-XI-1955	Revisión de 165 casos de hernia abdominal.
Prof. Dr. Fernando A. Cordero C.	18-III-1941	Contribución al estudio de la lambiasis intestinal infantil en Guatemala.

Las siguientes fotos corresponden al Hospital "Ramiro Gálvez actualmente:

Vista de Frente

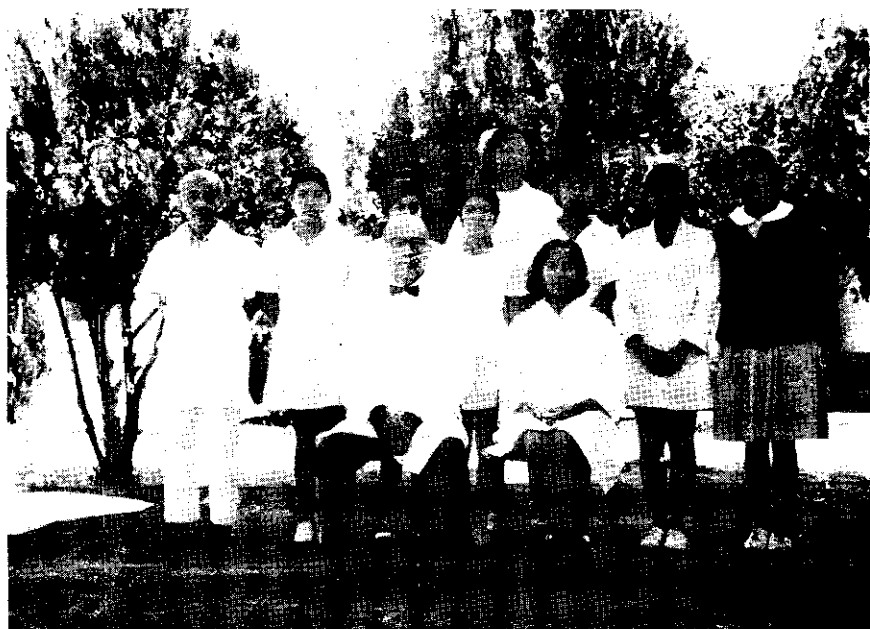


Iglesia



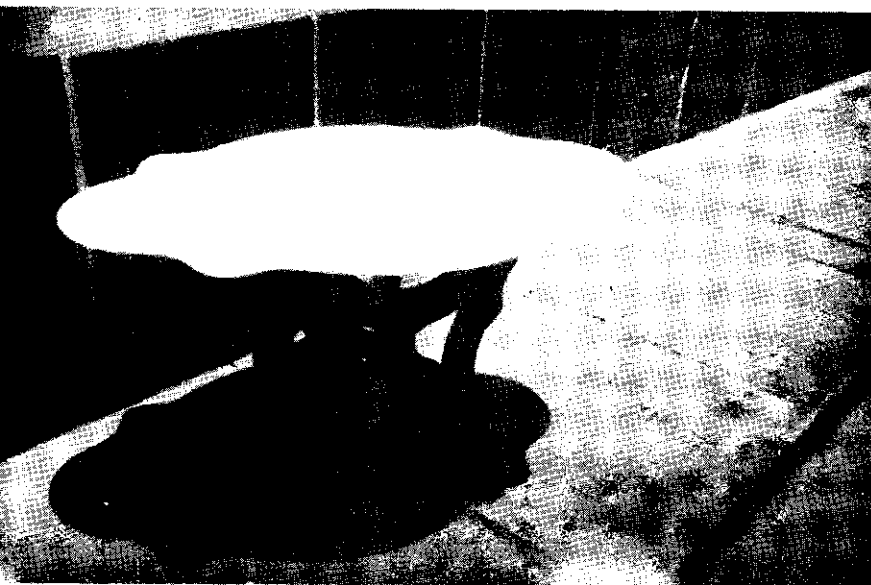
Personal que labora en el Hospital Ramiro Gálvez

Director Dr. Fernando A. Cordero C.  
Médico Auxiliar Dra. Carmen de Mansilla  
Enfermera Graduada Ma. Antonia Gonzáles  
Laboratorista Pedro Orozco  
Personal Auxiliar





MESA DONADA POR LA MARQUESA DE VISTA BELLA,  
ESPOSA DE JUSTO RUFINO BARRIOS, QUE AUN SE  
CONSERVA COMO UNA RELIQUIA HISTORICA EN EL  
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO GALVEZ.



## XII.— HISTORIA Y EVOLUCION DEL TRATAMIENTO DE LA LEPROA

Durante muchísimos años antes de la era cristiana y hasta finales del siglo XIX, el tratamiento de la Lepra era un problema terapéutico en todo el mundo, ya que se desconocía cual era el agente causal de la enfermedad y solo por la observación clínica del leproso y por el proceso evolutivo de su dolencia, se pudo confirmar que se trataba de una enfermedad trasmisible, contagiosa y con el agravante, de que los medicamentos que para ella se recomendaban, eran prácticamente un fracaso; ante ese dilema, se impuso como recomendación ineludible y a su vez con fines de protección para la sociedad donde vivían, la medida profiláctica de aislar y recluir a los leprosos, en lugares o zonas aisladas del resto de la sociedad y en donde residían, con el estigma de su enfermedad y carecían, de la más elemental ayuda de sus congéneres humanos, formando así colonias en donde el enfermo era abandonado a su suerte, perdía la noción del tiempo y la elemental condición del ser humano, siendo prácticamente enterrado en vida.

Más tarde y con el descubrimiento del agente causal (1873), se clasifica a la Lepra entre las enfermedades producidas por microorganismos de tipo bacilar y con ese adelanto científico, se trató de buscar por todos los medios inimaginables, el medicamento específico que la curase.

Las colonias de leprosos de la antigüedad, se fueron transformando progresivamente y de acuerdo con la atención prestada a la enfermedad en cada país, en casas de reclusión u hospitales y a los cuales, se les denominó LAZARETOS o centros para el tratamiento de elefanciacos. Dichos centros hospitalarios, que para el leproso, representaban un progreso y esperanza, en la curación de su mal, ya que en ellos ya no se les dejaba abandonados a su suerte, se les daba un trato más humano y superior al de las colonias de elefanciacos y se les proporcionaba alimentación, vestuario, medicinas y tratamiento sintomático; sin

embargo, era condición ineludible que permaneciesen reclusos de por vida y solamente en muy contados casos o por necesidades de índole económica del lazareto, se les permitía salir por cortos períodos de tiempo, con la obligación de cumplir con la observación legal, de vestir un traje especial que los distinguiera de los demás, de llevar, una campanilla que anunciara su presencia y de repetir constantemente por las calles, "Soy impuro, apártense de mí".

Con el correr de los años y hasta finales del siglo diecinueve, no se contaba con un medicamento específico para el tratamiento de la Lepra y las recomendaciones o consejos terapéuticos, que primero los sacerdotes y curanderos y luego los médicos prescribían, es interminable y sólo por interés histórico y de acuerdo con el objetivo principal de este trabajo, haré un resumen de ellos.

Además de la ineludible medida profiláctica de aislar al enfermo de sus familiares, el resto de la sociedad y de recluirlo en un centro hospitalario, condición que en ese entonces se consideraba como básica para el tratamiento de la enfermedad y de la cual, fué aceptada tácitamente por todos los países del mundo, se administraba un tratamiento local y externo, asociado o medicación interna o sistemática.

#### TRATAMIENTO EXTERNO:

Durante muchísimos años, gozaron de gran aceptación los baños de inmersión a que se sometía al enfermo y entre ellos, vemos que se prescribían los baños calientes con agua de mar, bebían el agua de cierta raíz llamada Tecpatli. Nuestros antiguos Mayas y demás razas indígenas, que habitaban la meseta central y antiplanicie de Guatemala, recomendaban los baños termales sulfurados o arsénico ferruginosos, que tomaban en las fumarolas de las faldas del volcán de Agua o en las riberas del lago de Amatitlán; en las del volcán de Sta. María en Quezaltenango o en las que actualmente se conocen como fuentes Georginas de Zunil, en el mismo departamento.

Más tarde y en el correr de los años de 1870 a 1883, ya los baños hidrominerales con aguas arsénico ferruginosas, sulfurosas, de mar, arsenicales, ioduradas sódicas o simplemente de vapor, fué práctica muy favorecida en Europa y otros países con alta incidencia de Lepra. Beauperthuy (30) en Venezuela y por el año de 1870, recomendaba asociar a la hidroterapia, medidas higiénico-dietéticas consistentes en practicar una dieta sana, nutritiva, abundante y poco condimentada, a base de pescado fresco, aves, huevos y legumbres; con abstención de la carne de cerdo y bebidas alcohólicas. Deberían de vivir en localidades saludables, lejos de los pantanos y preverse del piquete de los mosquitos, usando pabellones o mosquiteros en sus camas, por que se creía que las picaduras de algunos insectos, propagaban la enfermedad. En sus habitaciones, no deberían de dormir más de dos pacientes. El uso de jabón ictiolado para lavar las úlceras y combinado con un masaje de las extremidades o cualquier otra parte dañada del cuerpo, con aplicación de ungüento o pomada de Ictiol del 1 al 50/o; loción o pomada fenicada al 10/o o el uso del aceite gomenolado.

En los nódulos o tubérculos, unos los trataban con su escarificación profunda, seguida de la aplicación de cáusticos como el cloruro de Zinc, cloruro de hierro iodo metálico, etc., y otros, los destruían con termocauterio o electro cauterio y cura con antisépticos débiles, tales como la pomada de iodoformo, la de Reclus, formalina o salol; más tarde, se preconizó el uso del aire caliente en las úlceras o en el mal perforante plantar de la Lepra trofoneurótica.

Ya en los albores del siglo XX, se recomendaba la infiltración de los nódulos leprosos, con la inyección de Ginocardato de sodio; el uso de la helioterapia o rayos ultravioleta, en los nódulos tuberculoides; su infiltración con aceite gomenolado o iodoformo, y para las ulceraciones, el uso de polvos de iodoformo, pomada fenicada o la cauterización con nitrato de plata.

Otros recomendaban la resección quirúrgica de las ulceraciones, seguida de cirugía reparadora y en casos extremos o

de la elefantiasis leprosa, recurrían a la amputación del miembro afectado.

### TRATAMIENTO INTERNO:

Durante siglos antes de la era cristiana y hasta mediados de 1850, se trataba de aliviar al leproso con una medicación puramente sintomática, asociada con el tratamiento externo, terapia que casi siempre era ineficaz. Más tarde y sin precisar la fecha exacta, (4) se comenzó a usar el aceite de Chalmougra y con el correr de los años, se le fue aceptando en todo el mundo, como el medicamento ideal para la Lepra. Según Chochrane, (7) su uso ya se menciona en el antiguo folklore birmano; ya en 1854, se le usaba en la India para curar la Lepra por el médico inglés Mourat, y Tomb (31) menciona que el leprólogo egipcio Tortoulis Bel, lo utilizó por primera vez en 1894 en inyecciones, y Binford (3) da cuenta que en 1907, el médico egipcio Engel Bey hizo preparar esteres etílicos del aceite de Chalmougra y presentó un informe favorable de su uso en 1909.

Por vía oral, (10) se administraba el aceite de Chamougra en dosis progresiva comenzando con 5 gotas al día, hasta llegar a 250 gotas, en cápsulas de gelatina y con un régimen lácteo, otros, se lo prescribían en forma de poción a la dosis de una cucharada 4 a 5 veces al día y la fórmula más popular era:

Aceite de Chalmougra	2 grs.
Goma arábica	15 grs.
Aceite de Almendras dulces	10 grs.
Jarabe de corteza naranjas amargas	30 grs.
Agua de laurel cerezo	5 c.c.
Agua destilada c.s.p.	125 c.c.

A causa de los trastornos gástricos que producía el uso oral del Chalmougra, se ideó su administración en forma de enemas o por vía parenteral, a la dosis de 2 a 4 c.c. y la fórmula más aceptada era:

Aceite de Chalmougra	500 grs.
Aceite de Guayacol	10 grs.
Aceite de alcanfor	5 grs.
Aceite de oliva	500 grs.

A causa de la frecuente intolerancia observada con el Chalmougra, se comenzaron a usar como sustitutos: 1— el “Bálsamo de Gurjum”, extraído de las plantas Dipterocarpos, a la dosis progresiva de 2 a 4 gramos al día, hasta llegar a 12 gramos y en la fórmula siguiente:

Bálsamo de Gurjum	4 grs.
Goma arábica	12 grs.
Infusión de sabina	10 grs.

2— El aceite de “Hynocarpus” en leche hervida, a la dosis de 0.60 a 15 gramos al día, era muy usado en la India.

3— El “Ictiol”, bajo la forma de cápsula y en dosis progresivas de 10 a 20 gotas al días.

4— Los medicamentos que más aceptación tuvieron a principios de este siglo, fueron los ésteres etílicos de ácido Chalmúgrico o el ácido ginocárdico, (10) bajo la forma de ginocardato de magnesio o sodio; el primero, se daba en forma de píldoras a la dosis de 1 a 4 gramos por día y el segundo, por vía intravenosa en solución del 3 al 50/o con citrato de sodio y en dosis progresiva de 5 c.c. a 10 y 12 c.c., dos veces por semana.

5— Beauperthuy, (8) recomendaba el “Bicloruro de Mercurio” a la dosis de 15 centigramos dos veces por día, asociado al tratamiento externo ya descrito anteriormente.

6— A partir de 1913, se recomendó el uso de la solución de “azul de metileno” al 10/o por vía intravenosa y a la dosis progresiva de 5 a 20 c.c. diariamente. (10) Aunque este medicamento ya no se usa como específico, a la fecha aún se recomienda como una prueba diagnóstica (9) en la Lepra y en los casos positivos, las lesiones cutáneas toman un tinte azul en el correr de la primera semana.

7— Como tratamientos basados en la reacción inmunológica, observada en los leprosos, es interesante hacer notar que a mediados del siglo pasado, Carmelo Calderone de Mesina (6) recomendaba el tratamiento de sangrías repetidas, por considerar que el suero de la sangre del leproso, es más tóxica que el suero de la sangre de una persona normal. En 1918, Camarquilla y Olaya (5) usaron el suero sanguíneo descomplementado de los leprosos y el cual previamente conservado o en fresco, era inyectado a otros enfermos a la dosis diaria de 10 a 30 c.c. por vía intramuscular, con buenos resultados según indicaron en la forma preliminar de la Lepra. En Francia, se probó el uso del suero antivenenoso de culebra de Calmette; y Rost (28) de Rangoon, inyectaba por vía intramuscular la "Leprolina", preparado que según él lo indicaba, lo obtenía de cultivos del bacilo leproso.

De acuerdo con esta información, ya desde ese entonces existía entre los leprólogos, la inquietud de buscar y ensayar una terapia de tipo inmunológico y la cual, a la fecha, aún se sigue buscando.

8— Asociados a todos los tratamientos ya descritos y que se consideraban específicos, se recomendaban otros medicamentos de uso sintomático, y con el objeto de combatir los dolores de tipo neurálgico, mialgas, etc.; la anemia ferropriva o hipocitémica, los trastornos oculares, óseos, viscerales y tróficos de las extremidades, así como en las demás complicaciones de frecuente observancia, en el proceso evolutivo de las diferentes formas clínicas de la Lepra.

9— En la reacción leprosa, se recomendaba el uso de las sales de quinina por vía oral o el salicilato de soda al 10/o por vía intravenosa; el lactato de calcio, 20 grs. tres veces al día. Más tarde (1948), se preconizó el uso de las cloroquinas por vía oral, del tártaro emético por vía intravenosa o del Repodral y Fuadin por vía intramuscular; de pequeñas transfusiones sanguíneas 150 a 300 c.c. en forma repetida. Hace casi dos décadas, se

recomendó el uso de los antihistamínicos, de la corticotropina y de los corticosteroides, bajo un buen control médico y con mucha precaución. (11) El Profesor Dr. Cordero C., (9) presentó un informe en 1968, sobre el uso de la Rifamicina en el tratamiento de la reacción leprosa.

Hace menos de una década, que se ha observado el gran beneficio que se obtiene, con el uso de la Talidomida a la dosis de 200 a 400 mgr. diarios, en el tratamiento de la reacción leprosa y del eritema nudoso leproso, complicaciones que antes del uso de dicho medicamento, eran un verdadero problema terapéutico.

10— Actualmente y a partir de 1941, Faget en Carville (15-16) inició una nueva era en el tratamiento de la Lepra, con el uso de las "Sulfonas" como medicamento específico y a partir de esa fecha, su uso se generalizó en todo el mundo. Es un medicamento que se sintetizó en 1907 y se ensayó en el tratamiento de la Tuberculosis humana en 1937, pero fracasó y prácticamente relegada. Con el éxito observado en la Lepra en 1941, se crearon nuevas fórmulas con los nombres de Promin o Promanida de uso intravenoso, promacetina, Diamidina, Diasona, Promizol y Sulfetrona; pero unas por su toxicidad y otras por su alto costo, han sido abandonadas.

La Diamidodifenilsulfona (DDS) o sulfona madre (Avlosulfon), ha substituído a las otras por su bajo precio, actividad terapéutica, fácil administración (Vía oral) y poca toxicidad, ya que la dosis de 50 a 300 mg. es bien tolerada por los adultos; dosis con la que se obtiene un nivel terapéutico en la sangre, de 1 mg. por 100 c.c., sin llegar a observarse la temida anemia hemolítica.

Algunos autores, la preconizan también como uso externo en forma de solución o pomada al 10/o y con los nombres de Dilusone (DDS) o Exosulfonil. Otros la recomiendan por vía intramuscular, cada c.c. de la suspensión contiene 250 mg. y se administran 2.5 c.c. por semana o 5 c.c. cada 15 días. En casos de intolerancia a la sulfona madre o en presencia de la reacción leprosa, se han recomendado el uso de otras drogas para

substituir las y actualmente, su número tiende cada día, a crecer más y más. Entre ellas y por ahora, se pueden mencionar las tioureas, como la difenil tiourea (DPT) a la dosis de 3 a 4 gr. diarios; la Tiosemicarbazone (TBL) a la dosis de 200 a 300 mgrs. diarios y el Etisul (Sodio etil tiosulfonato) por vía oral; la Tiambutosina (Ciba 1906) a la dosis de 1 a 3 gr. por vía oral o a la dosis de 1 gr. por semana por vía intramuscular y la Tiocarbonilimida.

La Ciclofazimina, colorante de fenazina es útil en los casos de droga resistencia a la sulfona madre, pero tiene el inconveniente de producir despigmentación cutánea, que no es aceptada por todos los enfermos. La 4,4' diacetildiamino-difenilsulfona (DADDS), es un buen sustituto del DDS y se administra por vía intramuscular, a la dosis de 225 mg. cada 77 días.

Las Sulfadrogas, del tipo de las sulfamidas de acción retardada y lenta eliminación, tales como la Sulfadimetoxypirimidine (Ro 4-4393) por vía oral o intramuscular a la dosis de 1.5 gr. por semana; la Sulfametoxyppyridazine (Lederkin) a la dosis de 500 mg. al día por vía oral o a la dosis de 625 mg. por vía intramuscular, dos veces por semana.

Entre los antibióticos se han usado con resultados satisfactorios, la Ciclocerina a la dosis de 0.5 a 1 gr. diario por vía oral; la Estreptomina por vía intramuscular a la dosis de 1 gr. dos veces por semana. El antibiótico de aceptación más reciente, es la Rifampicina (21) con resultados muy prometedores por su rápida acción bactericida, sobre la morfología bacilar del *Mycobacterium Leprae*. Se administra a la dosis de 400 a 600 mgr. al día y puede administrarse sola o asociada con otros medicamentos antileproso de primera línea (25).

Aunque todas estas nuevas drogas son efectivas en el tratamiento de la Lepra, por ahora no han substituido a la DDS; unas por su toxicidad, otras por lo difícil de su administración y la mayor parte de ellas, por el alto costo de su adquisición.

Mi más sincero deseo, es que en un futuro cercano sea efectivo y de rutina diaria, el uso terapéutico de métodos inmunológicos, como la inoculación de preparados de inmunocitos de leproso tuberculoides, a las otras formas clínicas de la Lepra; así como también la aplicación práctica de una vacuna antileprosa. Métodos terapéuticos que indudablemente, favorecerán a la humanidad doliente y transformarán en realidad, el anhelo que durante muchos siglos, han acariciado todas las generaciones de médicos y especialistas en Dermatología, para que la erradicación de la Lepra en el mundo sea efectiva y total.

En el Hospital Ramiro Gálvez, centro asistencial, que actualmente tiene noventa y nueve años de haberse fundado y en él, durante todo el correr del siglo pasado, se practicaba un tratamiento sintomático similar a los anteriormente descritos y que estaban acordes, con los métodos que prevalecían en esa época.

El uso de una medicación más específica, se inició en el año de 1908 por el Dr. don José Urrutia, quien introdujo el tratamiento con el aceite de Chalmougra por vía oral, en los enfermos asilados y administraba en ese entonces, el tratamiento sistemático, asociado al uso de una medicación sintomática y local o externa. Más tarde, el Dr. Rafael Mauricio, inició el tratamiento con el ácido ginocárdico y en el año de 1932, ya era de rutina el uso del ginocardato de sodio por vía intravenosa y el cual se administraba en forma sistemática a todos los enfermos leproso. En muchas de las historias clínicas de ese entonces, se encuentran varios casos de curación de la Lepra y no es posible afirmar, si esa curación era consecutiva al uso del tratamiento prescrito o si se trataba de casos de Lepra tuberculoides con curación espontánea.

En el año de 1945, el Dr. Ramiro Gálvez, comenzó a usar la sulfona bajo la forma de Promanida y más tarde, cambió a la sulfona madre (DDS) o diamino difenilsulfona, sólo en casos de intolerancia a la DDS, se prescribían otros medicamentos como la tiambutosina a la dosis previamente indicadas. De esa fecha, hasta

mediados de Diciembre del año de 1972, se administraba la sulfona madre (DDS), como tratamiento exclusivo y durante el correr de todos esos años, no se introdujeron otras nuevas drogas antileprosas, en el armanentarium terapéutico de ese hospital.

Es para mí muy satisfactorio, comprobar el progreso actual que se ha llevado a cabo en el tratamiento de la Lepra en Guatemala y ello, se debe a la inquietud y dinamismo del profesor Dr. Fernando A. Cordero C. quién en escasos seis meses que tiene de trabajar en ese campo, ha logrado, además de otros adelantos de rehabilitación en el Hospital Nacional Ramiro Gálvez, introducir por primera vez el uso de la Talidomida en el tratamiento de la reacción leprosa, droga que anteriormente no se había logrado obtener. b) Del uso de la Ciclofazimina, en tres casos con droga resistencia a la sulfona madre y la cual, se administró con muy buenos resultados; sin embargo, es de hacer notar, que de parte de los enfermos, existe franca resistencia a su uso y ello, es debido al cambio de coloración que se observa en la piel, ya que el leproso no desea padecer de dos defectos visibles al mismo tiempo; es decir el producido por la enfermedad y el consecutivo al uso de la medicina. c) De la iniciación en el tratamiento de la Lepra, con Rifampicina y es satisfactorio observar, que los resultados obtenidos con el control de índice morfológico bacilar, son muy semejantes a los descritos por otros leprólogos. (21-25) d) La fundación del "Patronato de Acción contra la Lepra", el cuál fué creado con el patrocinio del Club Rotario de Guatemala, el 6 de julio de 1973; e) De la iniciación de la próxima campaña a nivel nacional, en la cual se irá a buscar el enfermo leproso y a los contactos sospechosos, a su domicilio y a su vez, se usará por primera vez en Guatemala, la droga DADDS por vía intramuscular y una vez cada tres meses; y f) se aprovechará dicha campaña, para la administración de la vacuna BCG, como medida profiláctica en el resto de la población, en los que conviven con los enfermos leproso y prestando especial atención a la población infantil.

### XIII.— CONCLUSIONES

- 1.— Es probable que la Lepra, haya existido en América antes de la llegada de los españoles.
- 2.— La Lepra, es una enfermedad endémica en Guatemala.
- 3.— Es indispensable y necesario, iniciar una campaña a nivel nacional para combatir el *Mycobacterium leprae*.
- 4.— Campaña en la cual, se debe ir a buscar al enfermo leproso y a los contactos sospechosos, en su domicilio, ya sea en el área rural o urbana.
- 5.— Un programa de control de Lepra, debe contemplar toda la gama de beneficios aplicables desde la prevención, búsqueda, tratamiento, control y rehabilitación del enfermo.
- 6.— Sería ventajoso, administrar la vacuna BCG como medida profiláctica, en el resto de la población que vive con enfermos leproso, principalmente en niños.

#### XIV.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre Velásquez, Eduardo. Contribución al estudio de la Lepra. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Nov. 1904.
- 2.- Asturias, Francisco. Historia de la Medicina en Guatemala. Guatemala. Editorial Universitaria. 1959. p. 68.
- 3.- Binford, C.H. The history and study of leprosy in Hawaii. Public Health Rep. 51: 415, 1936.
- 4.- Brubaker, Merlin L. Cincuenta años de progreso en la lucha contra la Lepra. Boletín Oficina Sanitaria Pan Americana. 74. (5): 375-389. Mayo 1973.
- 5.- Calderone, C. Citado por E. Chatelain (10), 1874.
- 6.- Camarquilla, J.D. y J. Olaya L. Citados por E. Chatelain (10), 1918.
- 7.- Cochare, R.G. y T.F., Davey. Leprosy in theory and practice. 2nd. ed. Bristol. Inglaterra. 1964
- 9.- Cordero C., Fernando A. Dermatología Médico Quirúrgica. 3a. ed. Guatemala. Litografía ImpColor. 1972. p. 169.
- 10.- Chatelain, E. Maladies de la Peau. Maloine Ed. France. 1910.
- 11.- Chaussinaud, R. La Lepre. Paris. L'Expansión. Ed. 1950.
- 12.- Cheever Shattuck, George. A Medical survey of the Republic of Guatemala. Washington, Carnegie Institution of Washington Publication, 1938.



- 13.- Cheever Shattuck, George. The Península of Yucatán, Medical, Biological, Meteorological and Sociological studies. Washington, Carnegie Institution of Washington Publication. 1933.
- 14.- Estrada Monroy, A. Ritual para los enfermos de Zac Hauay en el siglo XVI. Diario "El Imparcial". Año 50 (16139). Dic. 3 de 1971.
- 15.- Faget, Citado por Cordero C., Fernando A. Dermatología Médico Quirúrgica. 3a. ed. Guatemala. Litografía ImpColor. 1972. p. 184.
- 16.- Fasal, P. A Primer of Leprosy. Rev. Cutis 7:525. 1971.
- 17.- Figueroa M., Horacio. Enfermedades de los Conquistadores. San Salvador, El Salvador, C.A. Depto. Editorial del Ministerio de Cultura. 1957.
- 18.- Guthrie, Douglas. Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat. Editores, S.A. 1953. p. 37.
- 19.- Harrison, T.R. Medicina Interna. Traducido por Carolina Amor de Fournier. 3a. ed. México. Editorial Fournier. 1965. p. 1017.
- 20.- Hernández, Reyes, Augusto René. Pasado, presente y futuro de la Lepra en Guatemala. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo. 1963.
- 21.- Leiker, D.L. y H., Kamp. First results of treatment of leprosy with Rifadin. Leprosy Rev. 41:25, 1970.
- 22.- Lehmann-Nitsche, Robert. ¿Lepra Precolombiana? Revista del Museo de la Plata. La Plata, Argentina. Talleres de Publicaciones del Museo. 1898.
- 23.- Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala; Origen y evolución. 3a. ed. Guatemala. Editorial Universitaria. 1964. p. 176.

- 24.- Menderlson, E. Michael. Los Mayas del Altiplano. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra. 1959.
- 25.- Opromolla, D.V.A. First results of the use of Rifamicin S.V. in the treatment of lepromatous leprosy. Int. J. Leprosy, 31:522. 1963.
- 26.- Pardo, J. Joaquín, Pedro Zamora Castellanos y Luis Luján Muñoz Guía de Antigua Guatemala. 3a. ed. Guatemala. Editorial José de Pineda Ibarra. 1969.
- 27.- Reyes Guerrero, Armando Aníbal. La Lepra como problema social. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1964.
- 28.- Rost, Citado por Chatelain, E. (10).
- 29.- Saler, Benson. Nagual, Brujo y hechicero en un Pueblo Quiché.
- 30.- Sanabria, A. y RosarioBeauperthuy de Benedetti. Beauperthuy, pionero de la terapia integral de la Lepra en América. IN: Congreso Panamericano de Historia de la medicina, 4o. Guatemala, Mayo de 1969. Guatemala, Ed. José de Pineda Ibarra, 1970. pp. 441-454.
- 31.- Tomb, J.W. Citado por Binford, C.H. The history and study of Leprosy in Hawaii. Public Realth Rep. 51: 415, 1936.
- 32.- Vassaux, Carlos. Algunas consideraciones sobre la Lepra en Guatemala. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Oct. 1933.
- 33.- Villacorta, Jorge Luis. Historia de la Medicina, Cirugía y Obstetricia Preshipánicas. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1972.
- 34.- Wolf, Eric. Pueblos y culturas de Mesoamérica. México Ediciones ERA, S.A. 1967.

- 35.- Zavala, Silvio. Contribución a la Historia de las Instituciones Coloniales en Guatemala. Guatemala. Editorial del Ministerio de Educación Pública. Agosto 1953.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

Br. Jeremías Sigberto Guerra Mejía

Dr. Fernando A. Cordero C.  
Asesor

Dr. Jorge Luis Villacorta  
Revisor

Dr. Julio de León M.  
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard  
Secretario

Vo.Bo.

Dr. César A. Vargas  
Decano