

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

# LAS ENFERMEDADES CUTANEAS EN LA HISTORIA DEL PUEBLO VASCO

Desde sus orígenes hasta el siglo XVI

## DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Uruñuela Bernedo

y CONTESTACIÓN del

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Manuel de Gandarias Bajón

Académico numerario y Presidente de la

Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1986

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

# LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS EN LA HISTORIA DEL PUEBLO VASCO

Desde sus orígenes hasta el siglo XVI

## DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Uruñuela Bernedo

y CONTESTACIÓN del

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Manuel de Gandarias Bajón  
Académico numerario y Presidente de la  
Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1986

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO

# LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS EN LA HISTORIA DEL PUEBLO VASCO

Desde sus orígenes hasta el siglo XVI

## DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Uruñuela Bernedo

y CONTESTACIÓN del

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Juan Manuel de Gandarias Bajón  
Académico numerario y Presidente de la  
Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO, 1986

**DISCURSO PARA LA RECEPCIÓN PÚBLICA DEL  
ILMO. SR. PROF. DR. D. JUAN URUÑUELA BERNEDO**

*A mi mujer e hijas.  
A mis maestros.  
A mis compañeros de Academia.  
A mis colaboradores y amigos.  
A mis discípulos.  
A mis pacientes.*

EXCMO. SR. PRESIDENTE.  
EXCELENTÍSIMAS E ILUSTRÍSIMAS AUTORIDADES.  
ILUSTRÍSIMOS SEÑORES ACADÉMICOS.  
QUERIDOS AMIGOS Y COMPAÑEROS.  
SEÑORAS Y SEÑORES:

Cuando, hace ya tiempo, tuve el honor de ser elegido miembro de esta docta Academia, se me presentó el dilema de la elección de tema para el discurso de ingreso. Descartada la posible realización de un trabajo monográfico de mi especialidad por considerar que el lenguaje de la obra científica, si bien universal y preciso para los ya iniciados, pudiera ser demasiado árido para el público oyente, barajé otras posibilidades. Me acordé de aquella anécdota de Heine, cuando preguntó a su cochero: «¿Qué son las ideas?» y éste respondió: «¿Las ideas?... Las ideas son las cosas que se le meten a uno en la cabeza.» Pensé, entonces, rehacer nuestra historia insertando la descripción y evolución de las enfermedades cutáneas. Siguiendo a Ortega y Gasset, que dijo: «el hombre es lo que ha pasado, lo que ha hecho», he investigado con mentalidad científica lo acontecido al pueblo vasco en relación con las enfermedades de la piel, a través de su historia, y lo que éste ha realizado para soslayarlas o tratarlas.

La búsqueda de las fuentes, el sucesivo engarce de los datos, su discusión y meditación hasta alumbra ideas claras y verdaderas, me ha ocupado varios años. ¿Cómo valorar el tiempo tras la lectura de cientos de textos para a la postre rechazarlos o seguir unos pocos datos? ¿Cómo el estudio paleográfico de un manuscrito o la traducción de un libro escrito en latín, para apenar aprovechar unas líneas? Al final ha podido más la paciencia y todo lo doy por bien empleado. Conviene recordar que a Newton, tras observar la caída de la manzana, la formulación de la teoría

de la gravitación le llevó veintidós años de meditación. ¡Qué importa el tiempo y el trabajo si el resultado es fructífero!

Por si alguna persona duda acerca de los medios de realizar un trabajo científico, reproducimos este pensamiento de Laitin En-tralgo: «No olvidemos, por favor, que la investigación científica se hace así: sí, en los laboratorios, mas también en las bibliotecas, en los archivos, en el seno de la realidad social y en los gabinetes donde el cerebro medita en soledad.»

Para la mentalidad de un hombre de ciencia la investigación histórico-médica, no necesitada de experimentación, le produce una sensación de libertad en la manifestación de sus hallazgos y opiniones, si bien no está exenta de prevención al valorar las dificultades de la disciplina.

Tras esta introducción, pasaremos a exponer el motivo de nuestro discurso: «Las enfermedades cutáneas en la historia del pueblo vasco».

## EDAD ANTIGUA

Los primeros escritos que se conocen acerca de la historia, siguen la pauta consignada por Michelet (1): «en principio la historia es toda geografía». Debemos señalar que, en efecto, los conocimientos históricos en este país se inician con las aportaciones de los geógrafos Estrabón y Ptolomeo, que escribieron en griego, y Pomponio Mela y Plinio (2), que lo hicieron en latín. Entre todos ellos sobresale Estrabón, que describió con mayor detenimiento y entretenimiento las costumbres de los cántabros y sus vecinos (3).

La controversia, que se prolongó durante siglos, sobre la situación geográfica de Cantabria, fue definitivamente dilucidada por los escritos del Padre Flórez (4). Tal territorio no podía ser identificado con el País Vasco. En su flanco oriental la Cantabria limitaba con el suelo ocupado por los autrigones, los caristios y los várdulos, que eran los habitantes de este país a la llegada de los romanos. Todavía más al oriente, estaban situados los vascos, que ocupaban un espacio algo mayor que la Navarra actual.

Cuando Estrabón (5) describe las costumbres de los cántabros, hace referencia por igual a todas las tribus del norte vecinas a ellos, «todos los cuales tienen la misma forma de vivir». Existe para él una unidad cultural idéntica en todo el territorio del norte de la península que va desde los galaicos hasta los vascos; hecho que ha sido estudiado y puesto en evidencia por Caro Baroja (6).

A continuación, vamos a sintetizar ciertos aspectos de interés sanitario y dermatológico de estos pueblos:

1.º La higiene y limpieza de su piel, la realizaban con orina guardada durante tiempo en recipientes, donde la almacenaban. Esta costumbre que en muchos pueblos se ha mantenido hasta la

actualidad, aplicando la orina sobre la piel seca y agrietada de las manos, tendría una doble virtud: por una parte acidifica la superficie epidérmica, ayudando por ello a mantener el manto ácido cutáneo, y por otra, la urea que contiene, se ha comprobado posee una acción queratolítica muy marcada.

Más complicado sería tratar de explicar su uso como dentífrico, ya que ambos sexos la empleaban para limpiarse los dientes.

2.º) Los varones tenían la costumbre de llevar los cabellos largos como las mujeres, y los recogían con una cinta al ir a combatir. Era ésta una reminiscencia prehistórica; siguiendo a Marañón (7) recordemos que el hombre primitivo tenía el cabello tan largo como la mujer, pero se vio obligado a cortárselo por la imposibilidad de realizar las rudas tareas que entonces le tenían ocupado. El cabello largo tendría una significación sexual muy evidente.

Debido a la longitud y a la falta de cuidados de sus cabellos, así como a su costumbre de dormir sobre el suelo, sería habitual la presencia en ellos de una afección que, posteriormente, Casio Félix (8) describió con el nombre de *capitis cantabries*; localizada, por tanto, en el cuero cabelludo y constituida por finas escamas blanquecinas parecidas al cántabro o moyuelo (9). No sería sino la pitiriasis de los griegos que, en un terreno abonado para ello, daría lugar a una intensa dermatitis seborreica.

En la Roma antigua existía idéntica costumbre; los varones llevaban el cabello largo (*intonsi*, *capillati*). A partir del siglo III antes de Cristo, tuvo lugar un cambio importante, aparecieron los barberos y peluqueros (*tonsos* y *cosmetas*) y los hombres comenzaron a llevar el cabello corto. En la peluquería (*Tronstrina*) los ociosos y desocupados hacían tertulia y comentaban las novedades (10). En la época de Estrabón, el llevar el cabello largo y la barba sin rasurar, se consideraba como una negligencia o una costumbre de pueblos salvajes; y en la península, según afirma Cicerón, a excepción de los celtíberos, los demás pueblos eran considerados así (11).

La documentación epigráfica hallada en este territorio (12) (13), con mayor frecuencia en la Autrigonia, revela una antropomía que, en algunos casos, hace referencia a ciertas características del cabello o de la piel, en especial a su color y aspecto. Unas veces la onomástica no es romana, como sucede con el nombre *reburus*,

de origen celta, que etimológicamente puede significar «rebelde, de cabello rizado». *Tonius* procede del celta *Donno*, «moreno, oscuro»; es nombre único en la península, no así en la Galia, donde es frecuente. Cuando la antropomía es romana, encontramos denominaciones como *Candidianus*, derivado de *cándidus*, «blanco, resplandeciente». *Crispus* equivale a rizado. *Flavus*, *Flavos* o *Flavius*, a «rubio, dorado». *Fuscus* o «moreno», con su derivado *Fuscinus*. *Rutilus*, «rojo, brillante». *Solana* (14) opina que la mayor parte de estas inscripciones pertenecen a los siglos II y III después de Cristo.

3.º) Tenían la costumbre (como los asirios) de sacar los enfermos a los caminos, para ver si algún caminante que hubiese pasado tal enfermedad podía curarlos. Parece evidente que, una gran parte de aquellos enfermos, fueran portadores de afecciones cutáneas fácilmente visualizables, pero de difícil curación con los métodos rudimentarios entonces disponibles (15). *Zamácola* (16), en 1818, nos informa cómo esta costumbre se mantiene a través de los siglos en el País Vasco y dice: «todos se detenían a examinarlo, y como cada uno era médico de sí mismo, porque todos conocían las yerbas y plantas por sus virtudes, fácilmente convenían en los remedios que debían aplicar».

En los cruces de los caminos, los romanos erigieron divinidades protectoras de los caminantes. Así, los *Lares Viales* localizados en San Pelayo, en territorio autrigón (17).

4.º) Con el nombre de hierba cantábrica, se conocía una planta usada como antidoto contra el veneno de las víboras. Esta planta fue ya descrita por Celso, y es Plinio (18) el que cuenta cómo a partir de Hispania entró a formar parte de los remedios terapéuticos del mundo romano. Se trata, en realidad, de la convulsus cantábrica, remedio contra las convulsiones, espasmos, vértigos y temblores.

5.º) Las aguas medicinales ocuparon un papel muy importante en la curación de las enfermedades más diversas, y en especial de aquéllas localizadas en la superficie corporal. El hallazgo de divinidades salutíferas en Alava, atravesada por la gran calzada Antonina, demuestra el asentamiento y utilización de las estaciones termiales en la antigüedad. En algunas ocasiones, si bien en menor número, han sido encontradas en otras zonas. De los datos teo-

nímicos recopilados por Díaz Balerdi (19) y Molina (20), entresacamos los siguientes:

A) Divinidades de culto y nombre universal:

Ninphae, en Araya (várdulos) y Cabriana (autrigones). Hemos de recordar cómo, entre ellas, las ninfas anigradas curarían, en sus aguas, las enfermedades de la piel.

B) Divinidades de culto universal y calificativo local:

Salus Umeritana, en Otañes (autrigones), para Solana (21) es «el nombre de la divinidad de las aguas que habita en la parte elevada del Pico del Castillo y protege a las gentes de su valle a la vez que cura sus dolencias».

C) Divinidades de nombre y culto local con significado asimilable a otros númenes del Imperio:

Sandaus Vinumburus, en Arceniega (autrigones). Elorza (22) (23) cree que, por su etimología, hace referencia a una divinidad acuática en su manantial originario.

V. Varna, en Cabriana (autrigones), estaría dedicada a una divinidad acuática. Su etimología euskérica significaría «agua subterránea».

D) Divinidades de nombre y culto local con significado no asimilables a otros númenes del Imperio:

Hellice Hellasse, en Miñano Mayor (caristios), sería otra divinidad acuática; de last- o lass-, que significa arroyo.

Ivillia, en Forua (caristios), según los más relacionados con la voz eúskara ibilli, «moverse, bullir».

Tulonius, en Alegría (várdulos), para Fernández Guerra y Estavillo (24) estaría dedicada a una deidad de las aguas salutíferas.

Finalmente, es de suponer que también las aguas termales de Navarra (tierra de los vascones) debieron ser conocidas por los romanos, así las de Fitero y Tiermas. Esta última es ya citada en documentos fechados en el siglo XIV y promocionada en siglos posteriores; Rodrigo y Andueza (25) en 1713, entre otras muchas aplicaciones, hace referencia a su empleo para combatir el mal gálico.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) MICHELET, citado por D'Ors, E.; Europa. Rafael Caro Raggio, editor. Madrid, 1922, pág. 194.
- 2) GARCÍA Y BELLIDO, A.: La España del siglo I de nuestra era (según P. Mela y C. Plinio). Colección austral, Espasa Calpe, S. A. Buenos Aires-México, 1.ª edición, 1947, págs. 9-12.
- 3) GONZÁLEZ ECHEGARAY, J.: Los Cántabros. Ediciones Guadarrama. Madrid, 1966, págs. 124-129.
- 4) FLÓREZ, E.: La Cantabria. Discurso preliminar al tomo XXIV de la España Sagrada sobre la provincia tarraconense. Antonio Marín. Madrid, 1768.
- 5) GARCÍA Y BELLIDO, O.: «España y los españoles hace dos mil años. Según la «Geografía de Strabón». Colección austral, Espasa Calpe, S. A. Madrid, 4.ª edición, 1968, pág. 122.
- 6) CARO BAROJA, J.: Los pueblos del Norte. Editorial Txertoa. San Sebastián, 3.ª edición, 1977.
- 7) MARAÑÓN, G.: Vida e historia. Colección austral, Espasa Calpe, S. A. Buenos Aires, 1941, págs. 144-147.
- 8) CASIO FÉLIX, citado por Zaragoza Rubira, J. R. Medicina y sociedad en la España romana. Pulso editorial. Barcelona, 1971, págs. 128-129.
- 9) SCHULTEN, A.: Los cántabros y astures y su guerra con Roma. Colección austral, Espasa Calpe, S. A. Madrid, 1962, pág. 44.
- 10) GAGNAT, R. y GOYAU, G.: Lexique des antiquités romaines. Thorin et fils, éditeurs. París, 1895, pág. 71.
- 11) GARCÍA MERCADAL, J.: España vista por los extranjeros. Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid, s. f., pág. 25.
- 12) ALBERTOS, M. L.: Alava prerromana y romana. Estudio lingüístico. Vitoria. Estudios de Arqueología Alavesa, 1970, 4, págs. 107-235.

- 13) ALBERTOS, M. L.: La antroponimia en las inscripciones hispanorromanas del País Vasco. Reflejos de la onomástica personal de época romana en los toponimios alaveses. Bilbao. Estudios de Deusto, 1972, 20, págs. 335-356.
- 14) SOLANA: Autrigonia romana. Valladolid, 1978, pág. 215.
- 15) URUÑUELA, J.: Estudio preliminar al tratado de enfermedades cutáneas de Plenck. Barcelona, 1978, pág. IV.
- 16) ZAMACOLA, J. A.: Historia de las Naciones Vascas. Tomo III. Imprenta de la viuda de Duprat. Auch., 1818, pág. 49.
- 17) ALBERTOS, M. L.: Op. cit., 1970, págs. 163-164.
- 18) PLINIO, citado por Zaragoza Rubira, J. R. Medicina y sociedad en la España romana. Pulso editorial. Barcelona, 1971, página 67.
- 19) DÍAZ BALERDI, J. M.: Divinidades salúferas en la epigrafía romana de Alava. Cuadernos de historia de la medicina vasca, 1983, 2, págs. 113-119.
- 20) MOLINA MARTOS, M.: La romanización de los autrigones, vándulos y caristios. Memoria de licenciatura. Madrid, 1985, págs. 215-225.
- 21) SOLANA: Op. cit., pág. 187.
- 22) ELORZA, J. C.: A propósito de algunas divinidades de época romana en la actual provincia de Alava. Crónica del XI Congreso Nacional de Arqueología, 1970, pág. 818.
- 23) ELORZA, J. C.: Religiones del País Vasco-Navarro en época romana. Bilbao, Estudios de Deusto, 1972, 20, pág. 364.
- 24) Citados por DÍAZ BALERDI, J. M.: Op. cit., pág. 116.
- 25) RODRIGO Y ANDUEZA, M.: Libro de los prodigiosos baños de Thyermas. Juan Joseph Ezquerro, impresor del reino. Pamplona, 1713, págs. 84-109.

## LA LEPRO EN EL PAÍS VASCO

Se tiende a considerar como un axioma que «la lepra nació en la India, se concentró en Egipto y fue propagada por los fenicios». Con respecto a la participación que en su transmisión tuvieron los romanos, Contreras y Miquel (1) afirmaron «que no sólo no tuvieron una parte relevante en la difusión de la lepra por Europa, sino que la introducción del mal en su propio imperio no tuvo lugar hasta muy entrado el siglo IV».

Apellaniz (2) (3) realizó en 1969 unas excavaciones en la cueva sepulcral de Arizti, en Ereño (Vizcaya), encontrando en una de sus salas huesos humanos, pertenecientes tanto a individuos infantiles como adultos, que tenían como característica común el hecho de que estaban alterados por deformaciones consistentes en «perforaciones que afectan generalmente a una de las paredes de cada hueso». Los afectados son los metapodios, huesos largos y craneales y las falanges. Las deformaciones se localizan en la diáfisis, en zonas próximas a las articulaciones. Los huesos inhumados pertenecerían a una población romanizada del siglo IV, «probablemente la que explotaba las canteras de Ereño de las que salieron los altares de Forua» (4).

Se estudió la enfermedad que pudo afectarlos. La opinión del profesor Gerhardt de la Universidad de Friburgo fue que se trataba de lepra. Por el contrario, el profesor Moller-Christensen (director del Museo de Medicina Histórica de la Universidad de Copenhage), especialista en lepra, se inclina por estar causada por un envenenamiento crónico por el cornezuelo. En una publicación posterior (1976) Apellaniz (4) admite el hecho de que las lesiones óseas sean debidas a la ingestión del cornezuelo que parasita los cereales, con preferencia el centeno.

Como comentario a este importante descubrimiento, deseo reafirmar algunas consideraciones. En primer lugar, creo que la enfer-

medad en cuestión no es lepra. Los argumentos que me sirven de apoyo son éstos:

1.º) El hecho de que tales lesiones afecten, también, a los niños. Si bien la lepra en un elevado porcentaje de los casos se contrae en la infancia, dado que existe una mayor resistencia a la infección en la edad adulta, es prácticamente imposible encontrar en esa edad lesiones óseas como las descritas, ya que la lepra tiene una evolución muy lenta.

2.º) Las características de las alteraciones óseas. Terencio de las Aguas (5) clasifica las lesiones ósteo-articulares de la lepra en tres tipos diferentes: Osteopatías específicas, neurotróficas e infecciosas. Las lesiones descritas únicamente pueden ser clasificadas como osteopatías específicas (es decir, debidas a la acción directa del bacilo en el hueso), y corresponderían a osteoclasis. Este tipo de lesiones es poco frecuente, tiene preferencia por las falanges y se observa en enfermos lepromatosos avanzados. En relación con el caso que nos ocupa, sería excepcional encontrar tantos casos de afectación ósea con osteoclasia y en huesos tan variados.

A favor del ergotismo o intoxicación por el cornezuelo, tenemos que valorar:

1. El hecho de que se llegaría a él por un diagnóstico de exclusión. Descartada la lepra, tales alteraciones óseas no pueden estar producidas por ninguna otra enfermedad actual conocida.

2. El ergotismo gangrenoso podría ocasionar tales lesiones a través de una alteración de la circulación intra-ósea.

3. El argumento de autoridad de Møller-Christensen, que se inclina hacia este diagnóstico, asegurando «haber encontrado este mismo caso entre los monjes del monasterio medieval de agustinos, Ebelhot, en Dinamarca» (6).

Teniendo en cuenta los anteriores razonamientos, podemos afirmar que la enfermedad en cuestión no es lepra y que lo más verosímil es que se trate de una intoxicación crónica por el cornezuelo (ergotismo). Corroborarlo con certeza sólo sería posible tras un detenido examen con las más modernas técnicas de investigación en paleopatología, entendida ésta como la «ciencia de

las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos procedentes de épocas remotas».

Parece evidente, como dice Apellaniz (4), que la población romanizada eligiera para los enterramientos de estos enfermos «un lugar especial, exclusivo, porque quién sabe si fueron tenidos como peligro público». En efecto, no debe extrañarnos que aquella gente, con sus escasos conocimientos, creyera encontrarse ante una enfermedad epidémica como si de una lepra se tratase, afección con la cual fue confundida incluso muy posteriormente en la Edad Media. Como dice Tejerina (7) refiriéndose a la intoxicación por el cornezuelo: «la confusión con la lepra, a pesar de lo bien conocida que era ésta y su evolución lenta, debió darse en repetidas ocasiones», y sabemos que (con respecto a la lepra) los romanos introdujeron medidas de control de la enfermedad, aplicando rigurosas medidas legislativas que impidieron su propagación (8).

Podría tener un gran interés este hallazgo de Apellaniz, ya que la primera referencia que existe de este envenenamiento aliménticio no aparece hasta el año 857, en el convento de Xanten, lugar próximo al Rhin; afirmándose en este documento la presencia de la característica gangrena que produce esta enfermedad y la frecuencia con que se puede complicar ocasionando el desprendimiento del miembro afectado.

No debe olvidarse que esta intoxicación, producida por un hongo que parasita los cereales (especialmente el centeno) y que se denomina *cláviceps purpurea*, constituyó una verdadera plaga en la Edad Media. Debido a su carácter epidémico, fue considerada como una de las ocho enfermedades contagiosas entonces conocidas (9), y generalmente terminaba con la muerte del sujeto. Se supuso, no obstante, que la curación podía lograrse por la advocación e intercesión de ciertos santos, en especial de San Antonio Abad, además de San Benito, San Marcial y Santa Genoveva. Por ello, junto a la denominación de *ignus sacer* o *morbus sacer*, se encuentra la de fuego de San Antonio.

En tiempos del Papa Urbano II, en el año 1093, se creó la Orden de San Antonio. En España en 1214 se constituye la Orden de los Caballeros Hospitalarios de San Antón. Con el tiempo, la Orden contaba con la Encomienda Mayor de Castrojeriz con 22 hospitales a su cargo, la preceptura de Olite con 14, uno en

Burgos, e incluso llegó a tener 12 en Nueva España (9). Sus principales afectados los encontramos entre los peregrinos de la ruta de Compostela.

\* \* \*

El País Vasco, por motivos fáciles de comprender, se ha visto libre de diversas gentes importadoras de lepra y causantes de la formación de focos endémicos en la península. En este sentido, la influencia de los árabes, los judíos y (más tardíamente) de los gitanos, no ha tenido lugar en esta zona. En cuanto a los acontecimientos difusores, existió nula influencia a consecuencia de las cruzadas; los cristianos, a su regreso del Mediterráneo Oriental, tras luchar contra los mahometanos en defensa de los Santos Lugares, contribuyeron a mantener una pequeña endemia en Castilla y Aragón, respetando al pueblo vasco. El acontecimiento difusor más importante en la Edad Media lo constituye el Camino de Santiago. Como dice Granjel (10), «la lepra, presente en todo el mundo medieval europeo, afectó también el área geográfica asiento de la sociedad vasca, y no cabe duda que a su penetración y propagación contribuyeron los peregrinos en tránsito por la ruta jacobea, pues aquella enfermedad se incluía entre los que el Apóstol Santiago se atribuía poder curador».

La peregrinación a Compostela trajo como consecuencia la necesidad de proporcionar atención y cobijo a los enfermos que a ella acudían. Comenzó a realizarse en pequeñas dependencias de las iglesias y ermitas, en las hospederías de conventos o en simples albergues (11). Con el tiempo, se habilitaron una serie de establecimientos y fundaciones hospitalarias. Sin que pueda establecerse una rígida distinción entre ellas, recibieron variadas denominaciones: gajerías, ladrerías, malaterías, lazaretos, hospitales para enfermos y peregrinos, casas y hospitales de San Lázaro y La Magdalena. En la geografía vasca existieron, en mayor número que auténticas leproserías, recintos más humildes que daban cobijo a los leprosos pobres, con permanencia fugaz y en tránsito hacia Compostela. Estas «casas del leproso» fueron de la máxima eficacia epidemiológica, como hacen observar Contreras y Miquel (12), «por la sencilla numérica razón de que sirvieron

para albergar a un porcentaje de enfermos mucho más elevado que el que cupo en lazaretos».

Salvo raras excepciones, se ha investigado muy poco en nuestra zona sobre los hospitales de leprosos. Su estudio se hace difícil por la falta de datos en los archivos correspondientes a épocas tan antiguas, muchos de ellos destruidos a través de las vicisitudes de los tiempos. Se hace necesario, también, una comprobación sobre el terreno. Pero este desconocimiento no se crea que es sólo actual, así lo prueba el hecho que vamos a narrar. Preocupado el rey Felipe II por realizar un censo de los hospitales de enfermos entonces existentes, a través de una real cédula (13) expedida desde el Monasterio de La Estrella, el 19 de octubre de 1592, y dirigida al Corregidor del Señorío de Vizcaya, solicita se le comunique información sobre «las casas que ay, de las órdenes de San Lázaro et Sant Antón en vuestra jurisdicción y distrito». Se le respondió diciendo «que no sabe aya ninguna casa ni hospital de los dichos santos mas de esta dicha villa de Vilbao la casa y hospital del señor Sant Lázaro». Como veremos después, dudo mucho que fuera esto cierto y, sobre todo, que se atuviesen tan estrictamente a lo solicitado y no ampliasen su contestación a los hospitales de Santa María Magdalena, advocación más frecuente entre nosotros.

En el País Vasco, con la más segura probabilidad, los hospitales de enfermos de lepra de una mayor antigüedad serían los de Salvatierra (14), lazareto fundado en 1256, y el hospital de San Lázaro de Vitoria, que si bien existía ya el año 1291, probablemente su origen se remonte al siglo XII (15).

En Vizcaya se tiene referencia (16) de los situados en Baquio, Bermeo, Bilbao, Castillo Elejabeitia, Cenarruza, Durango, Marquina, Orduña y Valmaseda. El más antiguo de ellos, el hospital de San Lázaro de Bermeo, ha sido bien estudiado por Erkoreka (17). En Marquina, afirma Mugartegui (18), que en el año 1536 «había en la villa dos hospitales denominados viejo y nuevo, acogiéndose en uno de ellos a los pobres imposibilitados y en el otro a los enfermos contagiosos, y a personas enfermas que viniessen de fuera, teniendo cada uno de estos hospitales su correspondiente mayordomo». Esta dualidad desapareció el año 1597. En esta fecha, se edificó un nuevo hospital con la denominación de San Roque. La casa de San Lázaro de Orduña fue fundada en el si-

glo xv por Clemente Lopes de Ochandiano (19). El hospital de Cenarruza, situado junto a la parte izquierda de la iglesia, se fundó a instancias del rey Don Juan I en el año 1386, como condición que impuso al Abad para la concesión del patronazgo del Monasterio de Santo Tomás de Bolívar; las vicisitudes y posteriores desgracias de este hospital han sido descritas por Mugarregui (20). El de Valmaseda, situado en la ermita de La Magdalena, es citado por Martín de los Heros (21) como hospital de leprosos y según deduzco fue fundado por Doña Juana de Santibáñez, lo más probable en la segunda mitad del siglo xv, puesto que en el inventario de los bienes raíces que hizo la Villa de Valmaseda en el año 1487 se le da por muerta, ya que aparecen entre los bienes del cirujano Juan de León «dos dehesas con su castañal que mandó doña Juana de Santibáñez, que dios aya, para faser el ospital» (22).

Lo cierto es que, siguiendo a Sadi de Buen (23), en cualquier villa, o en la mayor parte de los lugares de las anteiglesias, existiría un recinto dedicado exclusivamente a los peregrinos y enfermos, a veces, incluso, en zonas que eran marginales a las rutas o caminos de peregrinación, y radicaban en hospitales-ermitas. Si consideramos la cantidad de ermitas dedicadas entonces a la Magdalena, así como las iglesias de Santiago Apóstol que llevaban anexo su hospital o casa de leprosos, habría que aumentar sobremanera la lista anterior. Así, siguiendo con preferencia a Delmas (24), bajo el patronazgo de Santa María Magdalena tendríamos las ermitas localizadas en Arrigorriaga, Carranza (Socano), Gámez, Galdames, Ibarruri, Lequeitio (25), Mendata, Munguía (26), Muréla, Plencia, villa completamente destruida por un incendio el año 1477 y que, poco después, volvía a reedificar su iglesia de la Magdalena; Ubidea, donde es de tradición que existió un antiguo hospital de leprosos en Santa Engracia, utilizado en la última contienda como polvorín y hospital de campaña, sólo quedan en la actualidad algunas ruinas (27); Ugarte de Múgica y Yurreta. La más antigua de ellas sería la de Arrigorriaga. Existían, igualmente, iglesias dedicadas a Santiago Apóstol en Cortezubi y Erre-mua, ampliada esta última más tarde en 1602; había también una ermita del mismo nombre en Elejabeitia. Otro hospital existía en Bériz.

La sola mención de los hospitales y casas de leprosos en la provincia de Guipúzcoa haría la lista interminable. A aquellas personas interesadas en el tema, les remitimos a la Tesis doctoral de Undabeitia (28) sobre los hospitales de Guipúzcoa y, con respecto a sus ermitas, al trabajo de Irigoyen (29). Un dato de seamos destacar: se encuentran lazaretos con la denominación de San Martín (como el de Azcoitia), advocación que se dio con frecuencia en otras partes de Europa, sobre todo en Francia.

En los lugares algo importantes existían dos tipos de hospitales: los denominados «generales», dedicados a enfermedades comunes, pobres y menesterosos, y otros «particulares», dedicados a peregrinos enfermos y leprosos, denominados también lazaretos o casas de San Lázaro y la Magdalena, que son los que hemos comentado.

En 1561, reinando Felipe II, hubo un intento de supresión de los hospitales que, por su estado ruinoso, no fueran imprescindibles, para así poder potenciar a los restantes. «Pero la disposición del rey no se cumplió en Guipúzcoa debido a que las Corporaciones consideraban a su hospital como un establecimiento de suma importancia para las necesidades del municipio, aunque fuera mal atendido, y pensaban que quizás más adelante podrían ser mejorados. Así las cosas, las Juntas Generales de Arcoitia acordaron en 1583 que en todos los pueblos o comarcas de la provincia en que hubiera varios hospitales, se redujeran a uno, para cuya misión se encargó a D. Martín de Elcano. Dicho señor visitó personalmente todos los establecimientos y apreció la casa dotación de la que padecían casi todos los centros hospitalarios y el estado deplorable en que se encontraban muchos de ellos, debido a sus pocas comodidades, al reducido número de camas y con unas atenciones francamente malas, pero a pesar de su exhaustivo informe, no se le hizo caso y casi todos los pueblos siguieron en la misma situación, es decir, con sus hospitales en estados realmente deplorables» (30).

Según las noticias que he podido reunir, podemos precisar el asentamiento, función, cargos y descargos, así como otras circunstancias, en un hospital tipo, a finales del siglo xvi en Vizcaya. Consistía en un pequeño recinto, construido las más de las veces con maderas, por la sencilla razón de que salía más barato, y adosado a una iglesia o ermita. En el caso de que sólo existiera un

hospital en el pueblo, estaría dedicado por igual a menesterosos, peregrinos y enfermos. Regido por un mayordomo (sacerdote o seglar) y servido por una hospitalera. Asentaba en las afueras de la población, bien en un cruce de caminos o mejor aún en las cercanías de un río. En él y por caridad se daba albergue, puesto que en la práctica actuaba como hostel, sin cuidados médicos y sólo como excepción era visitado por el médico del pueblo, cuando lo había. Cobijo fugaz para los peregrinos y pobres en tránsito; albergue más prolongado para los pobres del pueblo y de sus cercanías en caso de ser personas verdaderamente necesitadas: ancianos, ciegos, sordomudos. En circunstancias no infrecuentes, un recién nacido era abandonado a sus puertas; entonces el expósito era criado a pecho por un año y con posterioridad permanecía recogido allí, atendido por la hospitalera, a veces durante años, si la criatura no era antes adoptada. El mantenimiento del hospital se realizaba por la aportación de ciertos censos y por el producto de la venta de «frutos» de su pertenencia: trigo, castañas, manzanas y, con posterioridad borona, así como del alquiler de casas o caserías, cuando los tenían. Sus gastos eran debidos a la compra de alimentos para los ingresados (un capítulo importante, que no solía faltar, era la adquisición de sidra). A las limosnas que se repartían entre los pobres, a las denominadas «limosnas secretas», entregadas a pobres vergonzantes del pueblo, al sueldo y necesidades de la hospitalera, gastos en la compra de algún utensilio y ropas, así como en su remiendo, y en ciertos materiales renovables de construcción, sobre todo tejas; solía entregarse también una cierta cantidad de dinero o en especies a curas o beneficiados de la localidad. Los gastos solían resultar superiores a los ingresos. La diferencia tenía que ser subsanada por el mayordomo, las más de las veces de su bolsillo. En ocasiones, bien sea porque entre los pobres existía mucha «chusma», o por parte de las hospitaleras, se daba lugar a escándalos o «pecados públicos», que solía ser necesario reprimir e incluso, cuando era notorio y prolongado, tal extremo era comprobado por el propio visitador de la diócesis, que levantaba el acta correspondiente (31).

A partir de la segunda mitad del siglo XVI existe una regre-sión de la lepra y, como dice Granjel (32), las instituciones habitadas para su recogimiento pasan a dar asilo a peregrinos y

pobres o bien, como sucede con la casa de la Magdalena de Vitoria, por no tener ya utilidad, acuerda el Concejo en 1575 transformarlo en convento de religiosas de clausura (15). En 1592, el rector del hospital de San Lázaro de Bilbao manifiesta «que no había entre los dichos pobres ningunos que tuviesen ni se curasen de la lepra por el presente» (13). Los peregrinos afectados de lepra, en su tránsito fugaz, no dieron lugar aquí a endemia alguna. Los actuales conocimientos de epidemiología nos proporcionan argumentos sólidos para explicarlo, ya que no es suficiente la falta de higiene, ni la promiscuidad, ni la mala alimentación para producir el contagio, sino que es completamente necesario un contacto directo, mantenido durante años, y con frecuencia a partir de la infancia. Con posterioridad no se han evidenciado casos de lepra autóctona. Por ello el País Vasco ha sido considerado como una zona libre de lepra.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) CONTRERAS, F. y MIQUEL, R.: Historia de la lepra en España. Madrid, 1973, pág. 21.
- 2) APELLANIZ, J. M.: ¿Lepra en la población romana en Vizcaya? En primera semana internacional de antropología vasca. Editorial la Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1971, págs. 399-405.
- 3) APELLANIZ, J. M.: Los problemas de las cuevas sepulcrales de Ereñuko, Arizti, Arenaza II y Albiztey en Vizcaya. En dos estudios sobre prehistoria del País Vasco. Publicaciones de la Universidad de Deusto. Bilbao, 1974, págs. 113-130.
- 4) APELLANIZ, J. M.: El hombre prehistórico en Vizcaya. Bilbao, 1976, pág. 52.
- 5) TERCENIO DE LAS AGUAS, J.: Lecciones de leprología. Fontilles, 1973, págs. 235-254.
- 6) APELLANIZ, J. M.: Op. cit., 1971, pág. 403.
- 7) TEJERINA, J. M. R.: La medicina antigua en Mallorca. Palma de Mallorca, 1972, pág. 55.
- 8) CONTRERAS, F. y MIQUEL, R.: Op. cit., págs. 21-22.
- 9) TEJERINA, J. M. R.: Op. cit., págs. 50-51.
- 10) GRANIEL, L. S.: Historia de la medicina vasca. Salamanca, 1983, pág. 46.
- 11) TOLIVAR, J.: Historia de la medicina en Asturias. Ayalga Ediciones. Salinas (Asturias), 1976, pág. 31.
- 12) CONTRERAS, F. y MIQUEL, R.: Op. cit., pág. 34.
- 13) INFORME dado por el Corregidor del Señorío de Vizcaya del estado en que se encontraba el hospital de San Lázaro, a virtud de una Real Cédula, en 1593. Archivos del Hospital Civil de Basurto. Libro Registro número 2. Documento número 12.
- 14) CONTRERAS, F. y MIQUEL, R.: Op. cit., pág. 77.

- 15) NÚÑEZ DE CEPEDA, M.: Hospitales Vitorianos. El Escorial, Imprenta del Monasterio, 1931, págs. 33-73.
- 16) GRANIEL, L. S. y GOTI ITURRIAGA, J. L.: Historia del Hospital de Basurto. Bilbao, 1983, pág. 37.
- 17) ERKOREKA, A.: El hospital de San Lázaro. Bermeo, 1981, 1, págs. 79-83.
- 18) MUGARTEGUI, J.: La villa de Marquina. Imprenta Echeaguren y Zulaica. Bilbao, 1927, págs. 123-124.
- 19) CONTRERAS, F. y MIQUEL, R.: Op. cit., pág. 83.
- 20) MUGARTEGUI, J.: La colegiata de Santa María de Cenarruza. Imprenta Provincial de Vizcaya. Bilbao, 1930, págs. 121-126.
- 21) DE LOS HEROS, M.: Historia de Valmaseda. Apéndice. Imprenta de Echeaguren y Zulaica. Bilbao, 1926, pág. 484.
- 22) RODRÍGUEZ HERRERO, A.: Valmaseda en el siglo xv y la Aljama de los judíos. Publicaciones de la Junta de Cultura de Vizcaya. Bilbao, 1947, págs. 12 y 79.
- 23) BEN, S. de: La lepra en España, 1919. Citado por CONTRERAS, F. y MIQUEL, R. Op. cit., pág. 38.
- 24) DELMAS, J.: Guía histórica descriptiva del viajero en el Señorío de Vizcaya. Imprenta y litografía de Juan E. Delmas. Bilbao, 1864, pág. 43.
- 25) OCAMICA y GORRISOLO, F.: La villa de Lequeitio. Imprenta provincial de Vizcaya. Bilbao, 1965, pág. 142.
- 26) GUTIÉRREZ BILBAO, J.: Historia de Munguía. Tipografía Bilbaína. Bilbao, 1933, págs. 236-237.
- 27) FONTANILS, I.: Comunicación personal del médico titular de Ubidea.
- 28) UNDABEITIA, C.: Mapa histórico-sanitario de Guipúzcoa. Tesis Doctoral. Salamanca, 1982.
- 29) IRIGOYEN, D.: Ermitas e Iglesias de Guipúzcoa. Anuario de «Eusko-Folklore», tomo XIV, 1934, págs. 9-92.
- 30) UNDABEITIA, C.: Op. cit., pág. 101.
- 31) LIBRO DEL HOSPITAL DE LA SANTA IGLESIA COLEGIAL SECULAR DE NUESTRA S. MARÍA DE CENARRUZA. Comenzó el año de 1597. Manuscrito de mi propiedad.
- 32) GRANIEL, L. S.: Op. cit., pág. 47.

dichos regidores non hieven ningún vino ni pescado de sus sernas» (3).

El otro hospital, de San Juan, estaba situado junto al portal de Ibeni y su torre llamada el paraíso. Tenía adosada una pequeña ermita, dedicada al servicio del hospital, sin campanario, altar ni cementerio. Su arranque habría que situarlo hacia finales del siglo XIV, y en la segunda mitad del siglo XV estaría ya arruinado.

Las torres de Zamudio y del paraíso eran propiedad del conde de la villa, la primera destinada a cárcel y la segunda, al menos en ocasiones, estaría dedicada también a asilo de pobres.

Las investigaciones que he podido realizar nos van a permitir aclarar ciertos aspectos, y la posibilidad de aportar algún dato inédito, que puedan ayudar a trazar el perfil histórico de la iniciación de dichos hospitales. El de San Juan, debido a múltiples motivos: daños ocasionados por las guerras banderizas, desidia de sus rectores y la poca ayuda que recibía de la población, había llegado a estar en ruinas, como decíamos antes. Ya no existía la iglesia que tuvo aneja, ni tenía confesor, ni cofrades que la ayudasen. Conscientes de su necesidad, «por la grande utilidad y provecho para el reparo de los pobres», puesto que la villa aumentaba su población y se encontraba pujante, los rectores del hospital Pedro Ochoa de Bea y Rui Sánchez de Zumelzu, vecinos de ella, comenzaron la construcción de un hospital nuevo y mejorado, esta vez extramuros, en la zona de Ibeni (Achuri), que entonces era un bosque poblado de robles, castaños y viñas. Para ello, corría el año 1477, dichos rectores mostraron una bula del Papa Sixto IV ayudando a su construcción. Precisaba la aportación de los cofrades y les concedía indulgencias; en dicha fecha ya estaba edificándose el nuevo hospital, no así la iglesia, bajo la advocación de San Juan. Mas, a juicio de los curas de la villa, se concedían en ella demasiadas prerrogativas a los rectores en cuanto al nombramiento de los sacerdotes que regirían la iglesia a construir, adosada al hospital, y que, según la bula, debía poseer cementerio y campanal. Temían, también, que pudiesen ser nombrados sacerdotes de fuera de la villa para este menester.

Tal desavenencia fue zanjada el día 22 de septiembre de 1477 (4). Reunidas ambas partes en la iglesia de Santiago, el vicario papal y prior de San Bartolomé de Bériz, Fray Juan de

## LOS PRIMEROS HOSPITALES DE LA VILLA DE BILBAO

Fue fundado Bilbao por una Carta Puebla, fechada el 15 de junio de 1300, otorgada por Don Diego López de Haro, señor de Vizcaya. En ella se afirma: haciendo «en Bilbao de parte de Begoña nuevamente población e villa cual dicen el puerto de Bilbao». De ello se deduce que con anterioridad existía un puerto, con su correspondiente población marinera. Dicha población estuvo en relación con los peregrinos a Compostela que seguían el camino de la costa. De ahí procede la erección de una ermita dedicada a Santiago, anterior a la fundación de la villa (1), donde los peregrinos hacían un descanso en su etapa, para luego ir a postrarse a los pies de Nuestra Señora de Begoña. Es de suponer que llevaría anejo algún primitivo albergue de peregrinos y enfermos, mas no existe documentación alguna que lo acredite.

En pleno siglo XIV, Bilbao tendría ya dos hospitales perfectamente diferenciados: el hospital de la Magdalena y la casa y hospital de San Juan. El primero (el más antiguo) utilizado por los peregrinos que recorrían el camino de Santiago, y el segundo dedicado a dar cobijo a los pobres de la villa y sus cercanías. Estaban ambos situados intramuros, junto a las primitivas puertas de entrada a la villa. La Magdalena, muy próxima a la puerta oriental o portal de Zamudio y a escasos metros de la iglesia de Santiago, constaría de una parte baja y un primer piso; en su parte posterior existiría una huerta limitada por las murallas. En aquel siglo la villa se componía de sólo tres calles, y el hospital de la Magdalena estaba situado al final de Artecalle, es decir, de la calle de enmedio. No obstante, la primera referencia fidalguna no la encontramos hasta el año 1399 (2); luego es citada en los acuerdos del regimiento en 1463 y en un capitulado-aran- cel, donde se dice: «que de las casas Pias e de la Magdalena los

Zamudio, «presentó una sentencia escrita en papel», muy salomónica. Los rectores podrían elegir los capellanes para el servicio de la iglesia y del hospital de San Juan, pero necesariamente entre el arcipreste, curas y clérigos beneficiados de las iglesias parroquiales de Bilbao y por tiempo de un año.

Esta bula fue recusada por el clero y parte de la población, más apoyada con denuedo por el rey Fernando el Católico como una ayuda valiosa para hacer caridad con los pobres, tan numerosos entonces. Por intercesión del rey (ya que la bula era casi con certeza apócrifa), Sixto IV confirma, en una bula fechada en 1480, todo lo anterior y la amplía, pasando a denominar al nuevo hospital, todavía en construcción, de San Juan Bautista, y San Juan Evangelista, es decir, de los Santos Juanes. Dudando la gente de la validez de estas bulas, y habiendo considerado también apócrifa la segunda (cuando en verdad ésta era auténtica), los rectores del hospital, apoyados por una nueva intercesión de los reyes Fernando e Isabel, solicitaron de Sixto IV una bula definitiva que aclarase la situación, reafirmandola. La tenía ya preparada este Papa, cuando muere y la emite entonces Julio II en el primer año de su pontificado (apoyándose en todo lo que dictaminó «en su tercera letra» el Papa anterior); está fechada el año 1504.

Dicha bula ha sido bien comentada por el Padre Arza (5) basándose en un impreso, traducido al castellano y sin fecha, que por su tipografía parece corresponder al siglo XVIII. En comparación con el texto original en latín, dicha publicación parece presentar omisiones y notables defectos de traducción. Una mejor transcripción fue solicitada por el propio hospital.

A partir de entonces existió como unidad el hospital-iglesia de los Santos Juanes. En 1624 se separó ésta del hospital, pasando a ocupar la antigua edificación en ruinas del hospital de la Magdalena. En dicho solar construyeron los jesuitas el definitivo emplazamiento de la iglesia de los Santos Juanes y el colegio de San Andrés.

A finales del siglo XV, existía ya fuera de las murallas, en el arrabal de Ascao, frente a la ermita de San Nicolás, un hospital para peregrinos enfermos y contagiosos, el de San Lázaro (el hospital de los Santos Juanes estaba reservado a los pobres y enfermos comunes), que venía a continuar las funciones del hospital

de la Magdalena. El año 1490, sobre las ruinas de la antigua ermita, se construyó la primitiva iglesia de San Nicolás, que, por estar cimentada sobre un terreno poco firme, tuvo una duración muy efímera (6).

El hospital de San Lázaro se construye, por tanto, en una zona extramuros, ocupada por marineros y fabricantes de naves. En lonjas y sobrado de su propiedad se almacenaba «el cáñamo, estopa, resina y brea, y cobraba el arrendatario por peso, guarda y tonelaje» (7). Existiendo la obligación que todas estas sustancias, inflamables, se guardasen exclusivamente allí, por miedo que pudiese provocarse algún incendio.

El hospital arrastró una vida lánguida y de extrema pobreza; en el inventario del año 1593 «consistió su haber manual en 77 sábanas, 14 camas, 4 manteles mayores con sus manteles de manos (servilletas), 6 platos, 11 pucheros, 3 sartenes de cobre, 2 calderas de lo mismo, de traer agua, 3 sartenes de hierro, 9 cucharas de ídem, 8 asadores, también de hierro, 14 cajas de madera, 2 tazas de plata de dos marcos y medio, un bacin de latón, un almeriz con su mango, 6 candelabros de latón, un aguamanil con su bacin e adrezo, 4 sillas de paja o tacos (banquillos) de madera. En la bodega 5 cubas grandes y medio barril que contenían de 72 a 75 barriles de sidra, una olla de cobre y otra grande de cocina, 2 tocinos enteros y una calderita de cobre para agua bendita» (8).

En cuanto a los donativos, contenidos en los testamentos, fueron muy escasos. Hemos revisado diversos legajos y observado que prácticamente todas las mandas eran otorgadas al hospital de los Santos Juanes; no sólo por vecinos de la villa, sino procedentes de los lugares más diversos. Así, el legado de Martín de la Sierra (1583), vizcaíno residente en Sevilla. De indianos como Martín de Urizar y su esposa Catalina de Alza (1576), desde la ciudad de México, con una espléndida asignación. E incluso de extranjeros como Julián de Jarrigan (1589), mercader francés de Nantes, que falleció en dicho hospital (9).

El hospital de San Lázaro no tenía ordenanzas ni bulas, y la inundación de 1593 destruyó la casa del concejo, perdiéndose el libro de cuentas del hospital, que estaba «cubierto en pergamino» (10).

Hemos comentado con anterioridad la real cédula de Felipe II, fechada el 19 de octubre de 1592, solicitando información sobre

las casas de San Lázaro y San Antón en el Señorío de Vizcaya (11). Gracias a su contestación, en un informe enviado por el corregidor el 26-I-1593, conocemos más datos acerca de este hospital. En él Juan de Adaro, su rector, expone lo siguiente:

En 1593 toda su hacienda, heredades y tierras se limitaban a cuatro casas viejas, lindando con él, y dos inmuebles en la plaza donados por testamento de Pedro de Landaeta. En total rentaban 82 ducados al año, menos los gastos de reparación. Además, en su parte posterior tenía una huerta, muy improductiva «por estar en un lugar que es todo cuestas y peñas».

Sus ingresos procedían primordialmente de estos dos apartados: 61 ducados de censo cada año y 34 ducados del peso de los cáñamos, áncoras y cables. Las limosnas, procedentes de las iglesias de la villa y de la iglesia de Nuestra Señora de Begoña, eran muy escasas; únicamente 8 reales al año.

Sus gastos consistían en dar de comer a 14 pobres, y 650 reales para compra de manzana para sidra, además del sueldo y calzado para dos criadas que les atendían, «más leña, aceite, grasa, agua, cera y cubas y otras cosas del servicio de la dicha casa y hospital, 300 reales».

El rector de entonces, el citado Juan de Adaro, dice que «no tiene ningún sueldo, más bien los gasta en dichos pobres de su hacienda, hasta 5.000 reales».

Recibían la visita de la Justicia ordinaria de la villa, como patrono, una sola vez al año. Además del visitador del obispado de Calahorra, o del propio obispo, cuando venían a la villa.

Es importante reseñar que en esa fecha (1593) no existía ya ningún caso de lepra, como se hace constar expresamente en este documento.

Antiguas ordenanzas, mandadas imprimir por el municipio de la villa de Bilbao, hacen referencias a este hospital. No se conserva ninguno de los noventa ejemplares que constituyeron la primera edición, realizada en 1579 por Matías Mares. La segunda, publicada el año 1593, salió del taller de Cole de Ybarra; es conocida gracias al esfuerzo de Mañaricúa (12), que halló un ejemplar, único hasta entonces, en el archivo de la Chancillería de Valladolid, adosado al legajo de un pleito. Hace cuatro años un librero anticuario andaluz vendió otro ejemplar de la misma edición, en excelente estado de conservación; si bien su propietario

actual me es desconocido, puede ayudar a completar el texto, ya que en el anterior (transcrito por Mañaricúa) faltaba una pequeña parte correspondiente a las páginas 25 y 33 que habían perdido su ángulo superior.

Debido, quizás, a la preocupación manifestada por el rey Felipe II, y al interés del concejo «para remediar ciertos fraudes», en su capítulo VI manda «que los del ayuntamiento visiten los hospitales (de San Juan y San Lázaro) una vez al mes y los diputados cada viernes» y cuida «de que primeramente sean admitidos y acogidos para la ración de los dichos hospitales, los pobres vecinos y naturales desta dicha villa, y sus arrabales y jurisdicción, y tras ellos sean siempre preferidos los naturales Vizcaynos, y entre ellos los más cercanos desta dicha villa» (13).

En su capítulo LXXIII ordena, so pena de quinientos maravedíes, «que la manzana se mida con el cuévano de San Lázaro», que era en la villa el «patrón, por donde se mide la manzana que viene a vender a ella por grueso» (14).

El hospital de San Lázaro sufrió los avatares e inclemencias de las riadas e inundaciones, entre ellas las más importantes fueron las del año 1553, que tan grandes destrozos produjo en la vecina iglesia de San Nicolás (6); la de 1593, que, como hemos visto con anterioridad, destruyó la casa del concejo (10), y la sufrida el sábado trece de mayo de 1608, víspera de la pascua del Espíritu Santo, donde los edificios de los hospitales «padecieron enormemente» (15). Otras inundaciones fueron las ocurridas los años 1615 y 1651.

En 1669, como refiere Guiard (16), «se extinguió el hospital de San Lázaro y sus rentas se incorporaron al de los Santos Juanes». Por entonces se propagó a la villa una fuerte epidemia gripal, la cual se describe como una «enfermedad de dolor de cabeza y espaldas y destilación de la cabeza al cerebro».

Así desapareció el antiguo hospital, dedicado en su inicio a los enfermos de lepra y transformado con el tiempo en asilo de pobres.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) BASAS, M.: El crecimiento de Bilbao y su comarca. Bilbao, 1961, pág. 1.
- 2) GUIARD, T.: Historia de la Noble Villa de Bilbao, tomo II. Imprenta y librería de José Astuy. Bilbao, 1906, pág. 375.
- 3) GUIARD, T.: Op. cit., tomo I. Bilbao, 1905, pág. 170.
- 4) EXECUTORIA A FAVOR DE EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE LA VILLA DE BILBAO. Sobre el nombramiento de curas y capellanes, y lo demás anexo a el gobierno de dicho hospital. 1477. Archivo del Hospital Civil de Basurto. Copia de 1727.
- 5) ARZA, A.: Bula Papal de 1504. Bilbao, 1983.
- 6) DELMAS, J. E.: La iglesia de San Nicolás. Su pasado y su presente. Bilbao, 1881, págs. 11-12.
- 7) GUIARD, T.: Op. cit., tomo I, págs. 341-344.
- 8) LABAYRU, E.: Historia general del Señorío de Bizcaya, tomo IV. Bilbao, 1900, págs. 214-215.
- 9) ARCHIVOS DEL HOSPITAL DE BASURTO. Libro registro n.º 2, años 1543-1596.
- 10) LABAYRU, E.: Op. cit., pág. 569.
- 11) Copia de una real cédula del 19-X-1592 y traslado del informe del corregidor del Señorío del 26-I-1593. Archivos del hospital de Basurto. Libro registro n.º 2, documento n.º 2.
- 12) MAÑARICUA, A. E. de: Las Ordenanzas de Bilbao de 1593. Publicaciones del Excmo. Ayuntamiento de Bilbao, 1954.
- 13) LAS ORDENANZAS, QUE TIENE Y USA LA MUY NOBLE Y MUY LEAL VILLA DE BILBAO, CONFIRMADA POR SUS Magestades. Por Pedro Cole de Ybarra. Bilbao, 1593, pág. 6. En MAÑARICUA, A. E. de: Op. cit., págs. 70-71.
- 14) LAS ORDENANZAS, QUE TIENE Y USA LA MUY NOBLE Y MUY LEAL VILLA DE BILBAO. Op. cit., pág. 29. En MAÑARICUA, A. E. de: Op. cit., pág. 98.
- 15) GUIARD, T.: Op. cit., tomo II, págs. 358-359.
- 16) GUIARD, T.: Op. cit., tomo II, pág. 393.

## LA ENFERMEDAD DE LOS AGOTES

La misteriosa identidad de los agotes me ha intrigado desde hace tiempo. Conocí su historia siendo muy joven. Creo recordar que, la primera vez, fue ojeando un volumen de la revista *Príncipe de Viana* en la biblioteca de mi padre. Su lectura me produjo una viva impresión y una reacción inmediata de compasión e interés hacia ellos. Con posterioridad he leído con avidez lo que se había escrito o iba apareciendo, como novedad, sobre el tema. Autores tales como Caro Baroja, Idoate, Iribarren, Juaristi y Uraballen, entre otros. De Michel leí lo contenido en su libro *Historia de las razas malditas*. El asunto es tratado de pasada por otros muchos y es frecuente la asociación de agotes y leprosos. Citaré también a Contreras y Miquel, Granjel, Miner Otamendi y últimamente a Lamy, que asocia tal enfermedad al psoriasis. Se ha escrito mucho sobre los agotes y en las lenguas más diversas. Una buena síntesis de todo ello, acompañada de una extensa bibliografía, adonde necesariamente tendrá que acudir el estudioso, es la tesis doctoral de María del Carmen Aguirre (1), que nosotros seguiremos en lo posible.

Quiero precisar con esto que el tema me era familiar. Suprimida la mucha hojarasca que le rodea y sintetizado lo leído, llegué a las siguientes conclusiones: se trataba de un grupo de personas sin filiación étnica definida, pero sí con ciertos caracteres somáticos propios; que habían sido rechazados por la sociedad y aislados de la comunidad por motivos sanitarios, por padecer una presunta enfermedad transmisible o hereditaria, que en aquellos tiempos se consideraba próxima a la lepra. En la actualidad es imposible arrancar su secreto estudiando a sus descendientes en los Pirineos navarros, ya que no presentan ninguna afección característica. Si deseamos conocerla, tendremos que rea-

lizar una historia clínica de sus antepasados, valiéndonos de las noticias proporcionadas por sus coetáneos y deducir con posterioridad su diagnóstico.

Dermatólogo como soy, me parecía un reto el precisar la enfermedad que pudieron tener los agotes. Y ello me ha preocupado.

Un día apareció por el hospital un niño rubio, grácil, de aspecto nórdico, de piel fina y aterciopelada. Presentaba, sin embargo, lesiones en las uñas y alteraciones dentarias, su cabello rubio era frágil y escaso; me comentaba, muy apenado, que sus compañeros de escuela se «metían» con él por tal motivo y que para defenderse de ellos les insultaba llamándoles «peludos». Otro día observé a un niño que no sudaba, y tras realizar ejercicios violentos o durante un proceso infeccioso banal, ascendía enormemente su temperatura; si se le aplicaba la mano sobre la superficie de la piel, ésta parecía caliente. Tenía una frente muy prominente y una «facies» característica. Presentaba también anomalías dentarias y las mucosas estaban secas; desprendía mal olor de boca. Posteriormente he podido observar varios casos más, a veces con familiares afectados y otras veces no. Estos pacientes (cuya sintomatología concordaba prácticamente en todo con lo que yo había leído sobre los agotes, y tenía grabado en mi memoria) padecen una enfermedad genética, que se denomina displasia ectodérmica hidrótica en el caso primero y displasia ectodérmica anhidrótica o síndrome de Christ-Siemens en el segundo.

Desde hace algún tiempo, tengo la evidencia que la enfermedad padecida por los agotes (en aquellos tiempos donde el concepto de lepra no era nada claro y se etiquetaban con dicha denominación numerosos cuadros cutáneos) era en realidad la displasia ectodérmica hidrótica y la anhidrótica, con sus correspondientes formas de paso.

\* \* \*

La denominación «displasia ectodérmica» (D. E.) se aplica habitualmente a un grupo de enfermos con una serie de alteraciones genéticas que afectan a la piel y a sus estructuras anexas. Como en la práctica este término se ha aplicado con exclusividad a dos enfermedades específicas, la D. E. hidrótica y anhidrótica, a me-

dida que fueron descubriéndose nuevos síndromes la nomenclatura se hizo confusa.

Para soslayar esta dificultad, Freire-Maia (2) ha sugerido en 1977 una clasificación provisional basada en los derivados del ectodermo que presentan alteraciones primarias. Ha tomado como parámetros: 1.º) la displasia del cabello, 2.º) la displasia dental, 3.º) la displasia de las uñas, 4.º) un defecto de las glándulas sudoríparas y 5.º) la alteración de otras estructuras ectodérmicas.

### *Displasia ectodérmica anhidrótica*

Fue descrita por vez primera por Thurman en 1848. La sintomatología consiste en ausencia del sudor, anomalías en el cabello, en la dentición y óseas.

La alteración más llamativa es la ausencia de sudor. Los niños afectados, en la época de calor, no pueden regular su temperatura corporal y presentan accesos febriles. En la edad adulta, ya advertido de ello el enfermo, evita el ejercicio violento. Se presentan también crisis febriles tras procesos infecciosos banales. La piel se torna seca, lisa, sedosa y con evidentes arrugas acentuadas en los párpados, con una coloración oscura, dándole un aspecto envejecido.

Las mucosas están secas y puede observarse ausencia o hipoplasia de otras glándulas; así existe disminución en la secreción de lágrimas, acompañada de conjuntivitis de repetición. La falta de las glándulas mucosas nasales produce, como hallazgo constante, una rinitis atrófica crónica con ozena, y por ello el mal olor que despiden.

Tienen dificultad de masticar por ausencia ocasional de glándulas salivares menores e incluso mayores, como hemos podido constatar (3). Deficiente sensación del gusto, pérdida del olfato, faringitis y laringitis crónica, con ronquera y afonía intermitente. La disminución de la secreción mucosa ocasiona en ellos propensión a las infecciones respiratorias, agravada por la tendencia atópica; su déficit en el aparato digestivo da lugar a disfgia, diarreas e infecciones digestivas.

El grado de alopecia es muy variable; casos hay en que la ausencia es casi total y en otros la pérdida del cabello es parcial.

El pelo es rubio, ralo, seco, frágil y de crecimiento lento. El vello corporal es muy escaso, así como las cejas; sin embargo, están conservados la barba y el bigote.

Las uñas pueden ser normales, estar afectadas o incluso ausentes.

Las anomalías dentarias son muy variables, desde su ausencia total a una hipodondia con dientes defectuosos (dientes cónicos en la primera dentición y cónicos y curvados, los denominados dientes de cerdo, en la segunda). Existe propensión a las caries. Labios grandes, «amorcillados».

Las alteraciones óseas de la cabeza y cara dan lugar a rasgos faciales muy característicos, muy parecidos a los sífilíticos congénitos, con prominencia frontal y depresión de la parte central por hipoplasia de los maxilares, dando lugar a la denominada «cara de plato». La pirámide nasal está hundida; las orejas son de gran tamaño y baja implantación.

Otras alteraciones que pueden existir ocasionalmente son: en las mujeres, hipoplasia del tejido mamario o amastia; en el hombre, escaso desarrollo genital. Otras veces, sordera y alteraciones endocrinas; una tercera parte sufren un cierto retraso mental. Se asocia con frecuencia a displasias neurológicas y oculares.

La enfermedad es hereditaria, si bien pueden observarse casos aislados o aparecer en varios miembros de la familia. Está transmitida por un gen recesivo ligado al cromosoma X, con expresividad variable. Afecta de preferencia al sexo masculino, siendo las mujeres portadoras con ligeras alteraciones. Esto se explica por la hipótesis de Lyon (1961), ya que existiría inactivación por azar de un cromosoma X en cada célula somática de la mujer, en los primeros momentos del período embrionario.

#### *Displasia ectodérmica hidrótica*

Está caracterizada por la asociación de alteraciones en las uñas y cabello y la existencia de queratodermia palmo-plantar. No es una enfermedad excepcional. Los casos más numerosos han sido comunicados en Canadá.

En esta displasia la sudoración es normal. El síntoma más constante son las alteraciones de las uñas, muy variadas y aparen-

tes. En cuanto al pelo, hay alopecia total o parcial, los escasos cabellos que pueden observarse son secos y frágiles, a veces muy claros. A menudo están ausentes las cejas y pestañas, escasez o falta del vello corporal.

La piel de su cuerpo es fina y blanda. Sin embargo, existe una queratodermia palmo-plantar intensa, así como en otros lugares del cuerpo (codos, rodillas, falanges). Se asocian fallos en la pigmentación.

Los dientes suelen ser normales, a veces los tienen pequeños; lo que sí suelen presentar es grandes caries.

Puede coexistir con sindactilia, sordera, trastornos neuro-endocrinos, en ocasiones graves alteraciones mentales. Retraso mental en una tercera parte de los casos, que en los casos graves puede llegar a la idiocia.

La herencia es autosómica dominante.

Conviene advertir que existen formas monosintomáticas de difícil diagnóstico.

\* \* \*

Vamos a establecer a continuación una correlación histórico-clínica de la enfermedad padecida por los agotes o cagots. Recogeremos los datos proporcionados por los diversos tratadistas, e intentaremos explicarlos desde un punto de vista médico.

La primera mención cierta sobre los agotes aparece en el libro de oro de la catedral de Bayona hacia 1266, puesto que todas las anteriores a esta fecha (a partir del año 1000) no creo que hagan referencia a ellos (4). Figuran entre los censitarios de la iglesia de Santa María, con seis denarios, y permanecían bajo su tutela. Vivían en el barrio de San León, cerca de la fuente que se llamó de los agotes, frente a los leprosos.

Durante siglos se ha mantenido el siguiente interrogante: ¿Permanecían los agotes a una raza determinada, o constituían un grupo portador de una enfermedad desconocida? Quizás el que más se aproxime a la verdad sea Vinson (5), al afirmar que en el Baztán nunca fueron considerados como una raza especial, su marginación se debió a motivos sanitarios.

Constituye una excepción quien haya pensado que su transmisión era la propia de una enfermedad hereditaria, no contagiosa. La opinión más corriente era la manifestada en un pleito por el fiscal Juan de Garayoa (6): tenían una «dolencia pegadiza que viene de generación y raza».

De las dos formas de displasias ectodérmicas antes expuestas, los casos menos frecuentes, pero a su vez los que pudieron llamar más la atención por su fisionomía tan características, fueron, sin duda, los portadores de la forma anhidrótica. Si ordenamos los hechos relatados por sus contemporáneos, la sintomatología aparece descrita a la perfección.

1.º) La ausencia de sudoración, que provoca en ellos, un fuerte aumento de la temperatura corporal tras la realización de ejercicios físicos o con motivo de ligeras infecciones, está bien expresada por Ambrosio Paré (7) al indicar cómo si mantenían una manzana en su mano ésta se arrugaba debido al calor del cuerpo.

2.º) La ausencia de las glándulas mucosas nasales les produce una rinitis atrófica crónica con ozena, de ahí el intenso mal olor que despiden por la nariz y por la boca. Belle Forest (8) advertía que «la causa de su repulsión es su aliento pestífero y su mal olor». Jouvett (8) lo confirma al precisar que «la cosa que hace suponer su mala salud es el mal aliento». En 1621 Martín Vizcay (9) dice que «a todos huele mal el aliento; que ninguno tiene purgación de nariz». Según Altadill (10), agote significa confinado por enfermedad de la boca.

Su laringitis crónica produce afonía, de ahí que el mismo Altadill (10) diga que Bozate es equivalente a confinado por afonía o confinamiento de afónicos. De ahí viene la denominación de Bozate, en el valle del Baztán, lugar donde estaban confinados, bajo la torre de los Ursúa.

Sus orejas grandes y despegadas, con un aspecto que se ha comparado a las de un «sátiro», era otro de los motivos por los que eran conocidos y ridiculizados, de ahí que en la iglesia de Malausane, en la pila de agua bendita, reservada en exclusividad a ellos, estuviesen cincelados en la piedra un par de orejas grotescas (12).

La tipología propia de esta genodermatosis explica el hecho que Madrazo (13) no pudo comprender por qué una simple enfermedad pudo imprimir en los agotes una fisonomía etnológica.

Constituye una falsedad que una de sus orejas, como se ha afirmado, tuviese mayor tamaño y estuviera llena de vello (14), ni como corrobora Veyrin (15) sea cierta la ausencia de lóbulo auricular.

4.º) Las alteraciones del cabello, su color rubio y la textura seca y frágil, serán comentadas al hablar de la forma hidrótica.

5.º) La herencia está ligada al sexo masculino. Su transmisión a través de la madre justificaría, a pesar de que no presenten la enfermedad o manifiesten una sintomatología muy reducida, que el matrimonio con ellas estuviere prohibido o se considerase malhecho de casarse entre ellos.

Si bien el lugar donde se dio con mayor frecuencia esta enfermedad fue en las zonas limítrofes a los Pirineos Occidentales, ocupadas en gran parte por el pueblo vasco, existió en otros lugares de Francia e incluso se podría haber presentado en otras naciones de Europa o del mundo.

Casualmente Carlos Darwin (17), que conocía la enfermedad por haber sido descrita por Thurman en 1848, la describió entre los naturales de la India y realizó el siguiente comentario: «Yo puedo citar un caso análogo que me comunicó Mr. W. Wedderborn, de una familia indú en Scinde, en la que diez varones, en el curso de cuatro generaciones, contaban, en ambas mandíbulas, sólo con 4 pequeños y débiles incisivos y con 8 molares posteriores. Los varones así afectados poseían muy escaso vello en el cuerpo y se quedaban calvos a una edad muy temprana. También sufrían mucho durante el tiempo caluroso como consecuencia de una excesiva sequedad de la piel. Es de destacar que no se haya producido ningún caso en hembras.»

La D. E. hidrótica es de más frecuente presentación. Entre los agotes o cagots, las alteraciones propias de esta enfermedad fueron descritas así:

1.º) Sus cabellos faltan por completo o son escasos, rubios, secos y frágiles. A ello se debería que, en comparación con ellos, llamasen a los vascos «pelutak» o perlutas, es decir, melendados (18). Por tanto, no es cierto que se les obligase a raparse la cabellera (18). Lo que sucedió, debido a la alteración genética, es que no tenían pelo o era muy escaso.

El color rubio de su cabello, sus ojos azules, la falta de vello en el cuerpo y su piel fina, les proporciona un aspecto nórdico muy acusado, de ahí que se les confundiese, desde un punto de vista étnico, con los godos (19).

La existencia de una mezcla entre ellos, según hubieran heredado o no la enfermedad, explicaría los dos tipos polares existentes: unos serían rubios, de ojos claros, y otros morenos, de ojos oscuros (20).

2.º) La existencia de lesiones en las uñas está confirmada por el parecer de Rochas (16), que decía que en vez de pelo tenían un plumón y sus uñas eran abarquilladas.

3.º) Presentaban manchas oscuras en algunos lugares de la superficie cutánea. Jouvert (9) los describe con manchas oscuras en la piel, pero limitadas sólo a ciertas zonas.

4.º) Existe a menudo una hiperqueratosis palmo-plantar, con la característica de ser roja, descamativa y fisurada (21). De ahí el temor que a su paso pudieran contaminar los caminos: «Donde ponía un pie un agote, no volvía a salir la hierba» (14).

Los dedos hinchados, algunas veces con sindactilia, las alteraciones ungeales y las callosidades palmo-plantares recordarían groseramente las extremidades de un palmípedo. Idénticas anomalías se observan en las manos, donde son aún más visibles. Añadamos a esto el cabello, que, como hemos citado antes, fue comparado con el plumón de las aves (16). Todo ello explicaría el motivo por qué tenían la obligación de llevar encima un trapo rojo en forma de pie de oca, y así llamarían la atención sobre la posibilidad de contagio.

Con respecto a la D. E. anhidrótica, estos pacientes no presentan dichas alteraciones ectodérmicas, pero sí y muy evidentes pliegues y acentuadas arrugas alrededor de los ojos, en los párpados (las denominadas, entre nosotros, «patas de gallo», y en el campo francés, «pata de oca») (22).

5.º) En una tercera parte de ellos se describen oligofrenias, de ahí que algunos fueran considerados cretinos. Pueden existir alteraciones neuro-psíquicas graves (coléricas, furiosos o melancólicos) (14), y al igual que podemos observar en otras genodermatosis (por ejemplo, en el síndrome de Werner), se muestran muy susceptibles y poco resignados. Williams y Fraser (23) cuentan la anécdota de un paciente que les decía: «Es horroroso tener que

ir por la vida de semejante modo», y se había casado dos veces y tenido diez hijos.

A finales del siglo XVIII, aprovechando la revolución francesa, destruyeron los documentos. Unos fueron a luchar, otros se trasladaron a las ciudades y alguno emigró a América. Precisamente uno de ellos, emigrado a Canadá, transmitió la enfermedad a su descendencia; luego éstos se trasladaron también a Escocia y a los Estados Unidos. Por eso en la actualidad la serie franco-canadiense es la más numerosa. Fue descrita, por vez primera, por Clouston (24) (25) y revisada años más tarde y actualizada por Williams y Fraser (23), que realizaron un estudio sobre una población de 453 personas, con padre o madre afectados, y según pudieron comprobar 240 de ellos tenían la enfermedad. Clouston (25) resalta que la severidad de la enfermedad va disminuyendo en posteriores generaciones, hecho no confirmado por otros.

Franceschetti (26) ha encontrado una interrelación de ambos tipos de displasias ectodérmicas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Los agotes. Institución Príncipe de Viana. Pamplona, 1977.
- 2) FREIRE-MAIA, N.: Ectodermal dysplasia revisited. Acta genética Médico e Gemellología. 1977, 26, 121.
- 3) CROVETTO, M. A.; SANTOLAYA, J. M.; URUÑUELA, J.: Revue de Laryngologie. 1985, 106, págs. 91-93.
- 4) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 91.
- 5) VINSON, J.: Fausses légendes et étymologies fallacieuses. La convade. Les cagots. Gure Herria. 1923, IV, 267.
- 6) Citado por AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., págs. 31 y 22.
- 7) Citado por AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 121.
- 8) Citado por AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., págs. 40-41.
- 9) VIZCAY, M.: Derecho de naturaleza, que los naturales de la merindad de San Juan del Pie del Puerto tienen en los reynos de la corona de Castilla. Juan de Larraga y Quartanet. Zaragoza. Reimpresión de la de 1621, s.f., pág. 120.
- 10) Citado por AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 39.
- 11) ZAMACOLA, J. A.: Historia de las naciones vascas. Tomo III. Imprenta de la viuda de Duprat. Auch. 1818, pág. 215.
- 13) MADRAZO, P.: Navarra y Logroño. Los agotes. Barcelona, 1886, pág. 33.
- 14) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 23.
- 15) VEYRIN, F.: Les Basques. Arthaud, 1955.
- 16) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 22.
- 17) DARWIN, C.: The variations of animals and plants under domestication. 2ª edición. John Murray. London, 1875. Citado por SMITH, D. W.: Atlas de malformaciones somáticas en el niño. 2ª edición. Editorial Pediátrica. Barcelona, 1978, página 324.

- 18) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., págs. 19-20.
- 19) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., págs. 25-29.
- 20) AGUIRRE DELCLAUX, M. C.: Op. cit., pág. 43.
- 21) ROOK, A. y DAWBER, R.: Enfermedades del pelo y del cuero cabelludo. Espases, S. A. Barcelona, 1984, pág. 194.
- 22) LAMY, M.: Histoire secrète du Pays basque. Editions Albin Michel. París, 1980, pág. 188.
- 23) WILLIAMS, M. y FRASER, F. C.: Clouston's family revisited. Canad. Med. Ass. J., 1967, 96, 36-38.
- 24) CLOUSTON, H. R.: Hereditary ectodermal dystrophy. Canad. Med. Ass. J., 1929, 21, 18.
- 25) CLOUSTON, H. R.: The major forms of hereditary ectodermal dysplasia, with an autopsy and biopsies of the anhydrotic type. Canad. Med. Ass. J., 1939, 40, 1.
- 26) FRANCESCHETTI, A.: Les dysplasies ectodermiques. Dermatológica, 1953, 106, 129.

## EDAD MODERNA

He encontrado en la literatura del siglo XVI una mención de gran interés. El hecho curioso reside en que sea precisamente el primer escritor en euskera, Bernat Dechepare, quien en su libro de poesías denominado *Linguæ Vasconum primitiæ* (publicado, según se cree, en 1545) haga referencia a los médicos que tratan enfermedades de la piel.

La observación ocupa unas pocas líneas de su composición amatoria «Requerimiento de amor». Dice textualmente, siguiendo la traducción de Lino de Aquesolo (1): «Si tan grandes son tus penas, hartos médicos tienes. No tardarás en curar, que tu piel está sana. / Si estuviera herido en la piel, médicos hay en el pueblo. Pero mi mal nadie es capaz de curar en vida sino tú (...). En el corazón estoy herido y cautivo por ti.»

El poema está organizado en forma dialogada. Los dos personajes toman alternativamente la palabra en períodos de idéntica duración. Esta estructura, que también se observa en otras tres composiciones suyas, estaría dedicada a facilitar su representación. Por lo que considero a Dechepare como el primer autor teatral en euskera.

En relación con el apartado de su poesía arriba citado, la primera cuestión que nos interesa aclarar es si constituye una idea original, o si podemos encontrarla en algún otro autor anterior a él. Sin entrar a enjuiciar su obra, que no es cometido mío, y sin escatimar mérito alguno al escritor que tuvo el reconocido acierto de componer por vez primera «una obra en vascuence y ponerla en escrito, para que fuera público a todo el mundo que es lengua tan apta como las otras para ser escrita» (2), advertimos en su pasaje una clara analogía con otro del Arcipreste de Hita, que en su libro de Buen Amor (3) dice así:

«So ferido e llagado de un dardo so perdido  
en el corazón lo trayo encerrado e ascondido  
non oso mostrar la llaga, matarme ha si la olvido  
e aún dezir non oso el nombre de quien me ferido.

La llaga non se me dexa a mi catar ni ver  
ende mayores peligros espero que han de seer  
reçelo he que mayores dapnos podrán recreçer  
física ni melizina non me puede pro tener.»

Si se realiza una somera revisión de lo escrito por críticos y comentaristas, encontramos una cita que nos puede servir de apoyo. Refiriéndose a Dechepare, afirma Irigaray (4): «su prisión, su carácter sacerdotal y sus relatos eróticos, al parecer vívidos, nos recuerdan al Arcipreste de Hita, cuya comparación poética el nuestro resiste muy bien».

A primera vista puede observarse una gran similitud entre ellos, comparando las ideas contenidas en algunas de estas frases: Dechepare: «En el corazón estoy herido».

Arcipreste de Hita: «Un dardo so perdido en el corazón lo trayo».

Dechepare: «Mi mal nadie es capaz de curar».

Arcipreste de Hita: «Física ni melizina non me puede pro tener».

Como voy a utilizarlo más tarde como argumento, deseo explicar que en aquellos tiempos se empleaba indistintamente la palabra herida asimilándola a llaga, ya que esta última procede de la voz latina *plaga*, cuyo significado es herida (5). También quiero destacar cómo en la literatura es acepción común considerar al corazón como el órgano donde reside el amor. La sensualidad era definida como «el pecado del carcañal», y lo explicaban así: «porque (como piensan algunos anatomistas) el hombre tiene una vena en el carcañal que sube hasta el corazón, en la cual influye Venus, y instiga por ella a la sensualidad» (6). Es decir, que para ellos la sensualidad ascendía de los pies al corazón, y era denominada también como el pecado bíblico de Bersabé.

Volviendo a nuestro tema, una lectura más atenta permite observar que Dechepare nos aporta una idea nueva: «No tardarás

en curar que tu piel está sana.» Con ella parece indicar la difícil curación que podía esperarse entonces de las afecciones cutáneas. Con mayor razón en una época en que comenzaba a hacer estragos una enfermedad que procedente de las Indias se propagaba con rapidez por Europa, vehiculizada por la incontinencia sexual de aquellos tiempos (de ahí la denominación de venéreas, como enfermedades de Venus, diosa del amor, y propias, por tanto, de los amantes), y que en los diversos estadios de su evolución se manifiesta primordialmente por lesiones cutáneas. Esta enfermedad era la sífilis. Su curación en aquellos tiempos constituía una utopía.

No obstante, añade Dechepare, aún «si tuviera herida la piel, médicos hay en el pueblo» que la curación de las llagas era cuestión harto difícil, pero no imposible. ¿Hace también referencia a la posibilidad de curar las heridas o llagas de origen luético? Es difícil contestar a esta pregunta. Sin embargo, estas ideas parecen corresponder a las expuestas pocos años antes por Francisco Delicado, coetáneo de él y también clérigo, en cuya obra *La Lozana Andaluza* dice lo siguiente: «Di que sanarás el mal francés y te judicarán por loco del todo, que esta es la mayor locura que uno puede decir, salvo qu'el leño salúfiero» (7). Con ello hace referencia al palo guayaco, remedio usado por Delicado, que escribió un tratado en italiano «sobre el modo de administrar el Palo Santo», publicado en Venecia en 1529. En él habla por experiencia propia y lo considera muy beneficioso.

Por aquellos años los diferentes métodos empleados por los médicos se reducían al guayaco o palo santo, la raíz de China, la zarzaparrilla y el sasafrás o leño de hinojo (8) (9). Se administraban en cocimiento bien juntos o por separado, y eran conocidos con el nombre de Típsanas sudoríficas. Se pusieron muy de moda tras haberlas utilizado el emperador Carlos V, si bien lo hizo para el tratamiento de su gota.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) AQUESOLO, L.: El primer libro impreso en euskera (año 1545). La Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1966, pág. 85.
- 2) DECHEPARE, B.: Linguae vasconum primitiae. Traducción por Aquesolo, L., op. cit., pág. 74.
- 3) ARCIPRESDE DE HITA: Libro de buen amor. Edición de Criado de Val, M. y Naylor, E. W. Editorial Aguilar. Madrid, 1976, pág. 64.
- 4) IRIGARAY, A.: Esbozo bio-bibliográfico de Literatura Euscará Profana (del siglo xv al xix). Príncipe de Viana. Pamplona, 1955, págs. 133-159.
- 5) RODRÍGUEZ-NAVAS, M.: Diccionario completo de la lengua española. Saturnino Calleja. Madrid, 1910, pág. 929.
- 6) VALDERRAMA, P.: Teatro de las religiones. Luis Estupiñán. Sevilla, 1612, pág. 737.
- 7) DELICADO, F.: La lozana andaluza. Edición de Bruno Damiani, 1984, pág. 215.
- 8) ASTRUC: Tratado de las enfermedades venéreas. Imprenta de Pedro Marín. Madrid, tomo II, 1772, págs. 59-102.
- 9) HERNÁNDEZ ORTIZ, J.: La génesis artística de la lozana andaluza. Editorial Ricardo Aguilar. Madrid, 1974, págs. 16-17, nota 10.

## EPÍLOGO

Ha llegado la hora de finalizar este discurso. En él se ha pasado revista, sucesivamente, a las enfermedades cutáneas y costumbres conexas en tiempo de la romanización. Hemos descrito «las casas del leproso» que jalonaban, aquí, el camino de Santiago. Han sido expuestas las investigaciones sobre la fundación, localización y función de los primitivos hospitales de Bilbao, realizando especial énfasis en los dedicados a peregrinos enfermos. Hemos tratado de demostrar que el motivo de segregación de los agotes por una enfermedad que se consideró contagiosa, fue debido en verdad a padecer una genodermatosis, la displasia ectodérmica anhidrótica e hidrótica. En un último capítulo, se ha llamado la atención sobre el hecho curioso de que Dechepare, en el primer libro escrito en euskera, haga referencia a las enfermedades de la piel y a los médicos que los trataban, analizando este hecho.

La extensión obligadamente reducida de este discurso, me ha llevado a la necesidad de darlo por terminado en el siglo XVI, dejando en el tintero algún capítulo de interés. Evidentemente, a su debido tiempo, será necesario continuarlo.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN POR EL  
EXCMO. SR. PROF. DR. D. JUAN MANUEL DE GANDARIAS  
Y BAJÓN  
PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA  
DEL PAÍS VASCO

EXCELENTÍSIMAS E ILUSTRÍSIMAS AUTORIDADES.  
ILUSTRÍSIMOS SEÑORES ACADÉMICOS.  
QUERIDOS AMIGOS Y COMPAÑEROS.  
SEÑORAS Y SEÑORES:

En la sesión de esta noche celebramos solemnemente la incorporación a nuestra Academia del Dr. D. Juan Uruñuela Berredo, profesor titular, por oposición, de Dermatología Médica-Quirúrgica y Venereología, que imparte y dirige la docencia de estas materias en nuestra Facultad de Medicina desde el curso 1973-74 hasta el momento presente. Más claramente: el Dr. Uruñuela fue el primer profesor de Dermatología de nuestra Facultad de Medicina.

Conocí personalmente al Prof. Uruñuela en 1968, bastante después de que los ecos sobre su prestigio profesional y sus aficiones humanísticas me resonaran con referencias concretas. Dispongo de datos plurales, asiduos y de primera mano sobre nuestro recordario, que me acreditan para presentarlo con una información competente. Y si a todo ello se suma el placer que proporciona hablar de un colega valioso y responsable, de un amigo que rezuma lealtad, se comprenderá por qué acepté complacido apadrinar esta celebración.

Mas, para no incurrir en elogios que aparezcan producto del afecto, del capricho o de la veleidad, expondremos sumariamente la relación de merecimientos que componen el copioso «curriculum vitae» del Prof. Uruñuela, desglosando sus actividades en los siguientes apartados:

### *Carrera universitaria*

El Prof. Uruñuela, bilbaíno, cursó sus estudios de Medicina en la Facultad de Valladolid, entre los años 1952 y 1959, a cuyo distrito pertenecía Vizcaya antes de la creación de nuestra propia Universidad. En los últimos cursos de carrera fue Alumno Agregado de Dermatología, en el Servicio del Prof. Gómez Orbaneja, maestro excepcional en su especialidad, al que desde aquí rendimos el homenaje de grata recordación que se merece este cate- drático que enseñara esta materia a tantos de nosotros. A lo largo de los últimos años cincuenta, la convivencia e incesante comu- nicación entre maestro y discípulo cristalizan en que Juan Uru- ñuela continúe su especialización después de terminar sus estu- dios de Licenciatura en el Hospital de San Juan de Dios, de Ma- drid, durante el período 1959 a 1962, bajo la dirección del profesor Orbaneja.

Mientras tanto, Juan Uruñuela obtiene el título de Diplomado en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad, en 1960. En 1964, el Ministerio de Educación le concede el título de Médico Espe- cialista en Dermatología. Y en esta línea académica merece desta- car, entre otros acontecimientos, su título de Doctor en Medicina y Cirugía por nuestra Universidad en 1975, con la calificación máxima de «Sobresaliente cum laude» y las más expresivas feli- citaciones por parte del tribunal calificador.

### *Oposiciones ganadas*

- Especialista de Dermatología del Seguro Obligatorio de Enfer- medad (B.O.E. de 29-XI-68).
- Médico Ayudante del Servicio de Dermatología del Hospital Civil de Basurto. Desde el inicio encargado del Servicio (abril de 1967).
- Jefe del Servicio de Dermatología del Santo Hospital Civil de Basurto (noviembre de 1975).

### *Docencia universitaria*

- Profesor Encargado de la asignatura de Dermatología Médico- Quirúrgica y Venereología en la Facultad de Medicina de Bil- bao. Cursos académicos 1973-74 y 1974-75.
- Profesor Agregado interino de Dermatología Médico-Quirúr- gica y Venereología de la Facultad de Medicina de Bilbao. Cursos 1975 a 1979.
- Profesor Titular por oposición de Dermatología Médico-Qui- rúrgica y Venereología (B.O.E. año 1979).
- Jefe del Departamento de Dermatología desde 1980.

### *Dirección de tesis*

- «Enfermedad de Darier (estudio de ocho casos)». Dr. Javier Ibarra García. 1974.
- «Enfermedad de Duhring-Brocq causada por parásitos intes- tinales». Dra. Dolores Díaz Sosa. 1974.
- «Síndrome de Werner». Dr. Cristian Amézaga. 1985.

### *Dirección de tesis doctorales*

- «Estudio clínico, microscópico y ultramicroscópico de la en- fermedad de Darier». Dr. Javier Ibarra García. 1976.
- «Dermatitis de contacto por plantas». Dr. Luis Fernández de Corres. 1984.

### *Formación de postgraduados*

- Como Jefe del Servicio de Dermatología, ha formado a nueve especialistas de Dermatología.

- Ha realizado cursos monográficos del Doctorado y participado en varios cursos monográficos de otras disciplinas.

#### *Sociedades científicas y culturales*

- Académico electo, para la plaza de Dermatología, de la Real Academia de Medicina (con fecha 3-XII-75).
- Académico de número de la Española de Dermatología y Sifilografía (9-III-60).  
En la cual ha pertenecido a su Junta Directiva nacional durante 4 años.
- Otros 4 años ha sido Vicepresidente de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa. 1974-1978.
- Socio Efectivo del Colegio Ibero-Latino Americano de Dermatología (desde el año 1974).
- Miembro fundador del Grupo de Investigación de las Dermatitis de contacto (2-X-1976).
- Socio fundador de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina (1984).
- Consejero asesor de la nueva revista *Piel*. Comenzó a publicarse en 1986 por la editorial Doyma de Barcelona.
- En la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao ha sido redactor (1961-63), secretario de redacción (1963-65) y jefe de redacción (1965-67) de su revista *Gaceta Médica del Norte*.
- Socio de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País (1976).
- Vocal bibliotecario de la Sociedad Bilbaína desde 1984.
- Ha pertenecido a la Junta Directiva del Círculo Vasco (1983 a 1985).

#### *Ponencias en congresos*

- Ponente en la Reunión Nacional de la Academia Española de Dermatología en Zaragoza (1973). Sobre el tema monográfico de «Psoriasis», con «factores etiológicos del psoriasis».
- Ponente en la Mesa redonda sobre «Radiodermatitis profesional» en el I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía de la Mano. Bilbao, 1975.
- Ponente en el Congreso Nacional de Dermatología de Granada. «Tricología», febrero 1980.
- Ponente en el I Congreso de la Sociedad Vasca de Medicina. Bilbao, 1985. Tema: «El Dr. Aranguren, médico de Tolosa, miembro de la Bascongada».

#### *Comunicaciones*

Más de un centenar de comunicaciones a Congresos, reuniones y Symposiums. Numerosas conferencias. Organizador de múltiples reuniones dermatológicas y cursos para postgraduados.

#### *Publicaciones*

Dentro de ellas destacan la publicación de los primeros casos nacionales de penfigoide de Lever (1961) y Síndrome uña-rótulo (1976), el primer caso mundial de epiteloma espinocelular sobre Leishmaniasis americana (1961), un estudio epidemiológico del Psoriasis en Vizcaya (1977) y el capítulo sobre «Dermatosis vegetantes» inserto en la Praxis Médica para Editions Techniques, París (1976). Tiene, además, varias aportaciones a la historia de la medicina y a la dermatología en particular, entre los que citaremos la introducción, notas y reedición del «Tratado de las enfermedades cutáneas» de Plenck, iniciador de la dermatología como especialidad médica en el último tercio del siglo XVIII. La historia de la Dermatología del País Vasco, capítulo al libro sobre «Aspectos históricos de la Dermatología española», dirigido por el pro-

fesor Calap, Cádiz (1985), y un estudio sobre el Dr. Manuel Bernardino de Aranguren, médico de Tolosa y miembro de la Bascongada; médico del siglo XVIII de la época de la ilustración.

Refiriéndonos al contenido del discurso del profesor Uruñuela, ejemplo de exposición y recopilación bibliográfica cuidadosamente seleccionada, nos ocuparemos en las líneas que siguen de algunos aspectos referentes a la lepra, tocando de pasada lo referente a esta afección desde el siglo XVI a nuestros días, para reflejar la revolucionaria evolución que han experimentado los conocimientos sobre esta enfermedad.

### *La lepra en la edad moderna*

Mientras se tiene una concepción mágica de la enfermedad en general y de la lepra en particular o período pre-técnico, en la cuenca del Mediterráneo se llamaba a esta afección enfermedad de los fenicios y se decía: «el leproso debe rasparse la parte enferma, cruzar a nado el río Anigro y elevar una plegaria a las ninfas Anígrides, para quedar limpio y curado». Y todavía durante la Edad Media, en la Península Ibérica, el enfermo diagnosticado de lepra era obligado a personarse ante un sacerdote que lo sometía a un ceremonial en la llamada sala de leprosos, diciéndole: «Hermano, éste es el símbolo de que tú estás muerto y para el mundo volverás a vivir con Dios», dejando caer a continuación tres paletadas de tierra sobre su cabeza, al tiempo que le leía una retahíla de prohibiciones, entre las que figuraban: las de entrar en los mercados, en la iglesia, lavarse las manos en arroyos o fuentes, tocar directamente las casas, setos o a los niños o jóvenes. Y, además, se les forzaba a vestirse con el hábito de leproso y si el pueblo era supersticioso se obligaba al leproso a refugiarse en una tumba simulada. Una morada mejor para el leproso era una choza, ante la cual plantaba una cruz junto a una caja para limosnas.

A esta fase, que perdura hasta finales de la edad media, le sigue ya en la edad moderna otra de control de las epidemias por los llamados tribunales proto-medicatos, estableciéndose una ley que obligaba al internamiento del leproso, sancionando a los infractores con una multa de 10.000 maravedises. Desaparece así

el tribunal eclesiástico y se impone el tribunal protomedicato. Con todo, no era fácil la atención al leproso por la escasez de médicos y también, por qué no confesarlo, porque éstos no mostraban interés en ocuparse de esta enfermedad a la que consideraban, además, prácticamente incurable. En el siglo XVI aparece una cédula real en la que se dispone que los leprosos del hospital de Málaga deben apartarse del comercio y del trato de gentes. La inquisición se inclina, además, por la creación de más centros de tratamiento de la lepra y por la expulsión de moriscos y judíos, que habían rechazado convertirse a la fe católica. Estas duras medidas, a fuer de inhumanas y condenables, redundaron en una disminución del número de enfermos de lepra, emigrando la mayoría de los expulsados a Francia, Turquía y Oriente Medio, lo que daba lugar a brotes de la enfermedad en nuevos puntos de esa geografía. Y como entre las comunidades sefardíes expulsadas, que hablaban en ladino, era muy elevado el número de leprosos, se distinguía a estos colectivos con el sobrenombre de colonias de españoles.

Con el descubrimiento de América, la lepra salta al Nuevo Mundo, a través del comercio de esclavos, explotado por portugueses, españoles, holandeses, ingleses y franceses, esparciéndose la enfermedad por las correspondientes colonias en América. Durante el reinado de Felipe II, Antón Sánchez fundó el primer leprocomio en Perú. Y en el siglo XVIII se crearon leproserías en Santa Fe, Rosario, Reconquista y otras poblaciones argentinas. Asimismo hay que destacar la fundación en Filipinas del hospital de San Lázaro, en Manila (1784). Esta época colonial española se caracterizó por un aumento incesante de instalación de centros contra la lepra, al tiempo que en la península y, en general, en toda Europa descendía el número de leproserías.

### *Época de la leprología científica*

Nace en el siglo XIX, aunque no sin duras polémicas entre científicos eminentes. Se decía que la lepra se heredaba y este criterio era sostenido nada menos que por Virchow, el gran patólogo alemán.

Sería Armauer Hansen, en Bergen (Noruega), quien, tras exhaustivas jornadas de laboriosos y repetidos exámenes de mate-

riales precedentes de nódulos leproso, lograra demostrar, en 1875, el bacilo de la lepra bajo el aspecto de unos «cuerpos en forma de bastoncillos», que se teñían por el ácido ósmico. Pero Virchow se oponía a este descubrimiento, sosteniendo que esos bacilos en forma de bastoncillos no eran más que cristales de ácidos grasos con su típica apatencia por el ácido ósmico.

Poco después, Neisser se aplicó a perfeccionar la técnica de Hansen, trasladándose al hospital de San Lázaro de Granada, confirmando el descubrimiento de este investigador noruego, describiendo por primera vez al bacilo en forma de conglomerados. Pero hubo que aguardar hasta 1897, durante la Primera Conferencia Internacional sobre la Lepra, en Berlín, para que se aceptara formalmente el carácter infeccioso de la enfermedad, al tiempo que se acordaban las medidas sanitarias adecuadas:

- a) El mejor medio de impedir la difusión de la lepra es el aislamiento.
- b) Se recomendaba la notificación, vigilancia y seguimiento.
- c) Que las medidas profilácticas deberían correr a cargo del Estado.

De aquí data ya la publicación de una Real Orden, en la que se instaba a la confección de estadísticas provinciales y a que las Diputaciones concedieran fondos para la construcción de hospitales. En 1908 se abrió el Sanatorio de Fontilles, y se fundó la Academia Española de Dermatología, así como la revista *Actas Dermo-Sifilográficas*. En 1914 se estimaba en unos 4.000 los pacientes afectados de lepra en España.

En 1922, durante la Tercera Conferencia Internacional de Lepra, celebrada en Estrasburgo, Mitsuda dio a conocer la intradermorreacción que lleva su nombre. Gracias a esta prueba se puede establecer con bastante aproximación el pronóstico del enfermo. Una reacción de Mitsuda negativa puede implicar: a) que la persona no se ha enfrentado con este antígeno; b) un déficit inmunitario temporal; c) un déficit inmunitario permanente.

Una reacción de Mitsuda positiva suele interpretarse, en cambio, como índice de que el sistema inmunitario del paciente es capaz de controlar la expansión de *M. leprae*. Asimismo hay que valorar el cambio de signo de la reacción de Mitsuda. El viraje de Mitsuda negativo a positivo acontece frecuentemente en pacientes que han sido tratados y presentan ya una lepra negativa.

Por el contrario, el cambio de Mitsuda positivo a negativo suele entrañar un empeoramiento de la enfermedad.

En 1939, Fernández describió la reacción de su nombre, de la que son responsables las proteínas solubles de las leprominas, compuestas por varias fracciones, siendo otra de ellas la liposoluble, responsable de la estructura tuberculoide y la fundamental bacilar que despierta las reacciones inflamatorias.

### La lepra en el armadillo

En 1971, Kirschheimer y Storrs publicaron un trabajo refiriendo que habían conseguido producir lesiones leprosas generalizadas en armadillos del género *Dasypus novemcinctus*, inoculados intradérmicamente en cuatro lugares, dos en el abdomen y dos en las orejas, con 0,1 ml de una suspensión de *M. leprae* de origen humano, a una concentración de  $8,9 \cdot 10^7$  bacilos por ml y un índice morfológico del 3 %. Hasta entonces todos los intentos de inoculación de la lepra en el reino animal fueron fallidos. Pero con el armadillo se había conseguido un modelo animal para el estudio de diversos aspectos de investigación médica, con la enorme ventaja de disponer de una producción de grandes proporciones de *M. leprae*, lo que hasta entonces había sido imposible.

La elección del armadillo para la inoculación experimental de la lepra se basó en los siguientes criterios: que su temperatura corporal es baja, 30-35 °C.; su larga vida y sobre todo que en su reproducción suele engendrar cuatro gemelos idénticos, lo que permite una selección incomparable. Otros géneros de armadillos en los que se han obtenido resultados experimentales de inoculación experimental de lepra son el *Dasypus sabanicola* y el *Dasypus hybridus*.

Posteriormente se ha encontrado que el armadillo *D. novemcinctus* de Louisiana y Tejas (Estados Unidos) padece de lepra espontáneamente, igual que el hombre, y que el *M. leprae* encontrado en sus lesiones era idéntico al del hombre y que el tipo de lesiones histopatológicas es de una gran similitud a las encontradas en la especie humana.

### *Lepra intermedia («Borderline»)*

Puede manifestarse con lesiones muy semejantes a la de una u otra de las formas precipitadas, lepromatosa y tuberculoide, o presentar unas características intermedias. En la forma símil tuberculoide, las lesiones cutáneas suelen ser secas, escasas en bacilos, sin pilosidad, y hay afectación de vísceras y nervios periféricos. Los pacientes muestran reacciones de hipersensibilidad que recuerdan a la forma tuberculoide auténtica. En la variedad leproide, las lesiones son más numerosas, con abundantes bacilos, y la reacción de Mitsuda es negativa.

### *Lepra indeterminada*

Es un estado en el que el paciente lo mismo evoluciona hacia una forma lepromatosa que hacia una lepra tuberculoide, o continúa así muchos años.

Afecta de preferencia a los niños. Histológicamente, la lesión cutánea es de tipo inflamatorio macular, siendo difícil encontrar los gérmenes responsables, pues el *M. leprae* suele emboscarse en el endoneuro de los nervios afectados. Actualmente se ha encontrado que la lepra indeterminada representa más del 40 % de los casos detectados en países con focos endémicos como Venezuela, Argentina, Méjico, etc. y que es seguramente la forma más contagiosa.

La lepra intermedia o «borderline», en su variedad tuberculoide y otras en que las lesiones cutáneas carecen de bacilos o éstos son muy escasos, parecen ser las formas con mayor riesgo de contagio, a través de las secreciones nasales de los pacientes. El contagio de la lepra por contacto con la piel de los leprosos es menos probable.

El período de incubación de la lepra oscila entre 2 y 7 años, y como sus primeros síntomas son poco manifestos el paciente advierte su enfermedad demasiado tarde.

En cuanto a la inmunidad celular, se sabe que está deprimida sobre todo en la lepra lepromatosa. La inmunidad humoral está conservada e incluso elevada. Hay hipergammaglobulinemia y

aumento de la *IgA* en la lepra lepromatosa y de *IgG* en la lepra tuberculoide. También están elevados los autoanticuerpos y algunas fracciones del complemento (*C*<sub>3</sub> y *C*<sub>4</sub>).

### *Formas de lepra*

La lepra continúa siendo un serio problema sanitario-social en diversos países tropicales y subtropicales desarrollados. Aún hay importantes focos endémicos en Brasil, Venezuela, Méjico, Filipinas y España. Esta enfermedad es un ejemplo sin paralelo en donde se advierte toda una gama de respuestas inmunológicas en diferentes individuos frente a un mismo microorganismo, el *Mycobacterium leprae*. No obstante, haremos una división de esta enfermedad en dos tipos característicos de infección, la lepra lepromatosa y la lepra tuberculoide, intercalando entre ambas otras dos, la lepra intermedia («borderline») o dimorfa y la lepra indeterminada. Veamos unos datos clínico-patológicos escuetos sobre cada una de estas formas de lepra.

### *Lepra lepromatosa (LL)*

Es un proceso patológico generalizado, en que pueden resultar atacados todos los órganos salvo sistema nervioso central y pulmones. Se manifiesta por múltiples lesiones cutáneas bilaterales y simétricas, apareciendo máculas eritematosas en individuos de piel clara o hipopigmentadas en personas morenas, manchas cobrizas en los negros, localizadas preferentemente en la cara y extremidades, con nódulos en los labios, amén de diversos signos y síntomas como epistaxis, flujos nasales, queratitis diversas, y hasta edemas en extremidades inferiores que imitan un cuadro de elefantiasis.

De otra parte, los pacientes resultan desfigurados por las arrugas frontales, deformación y engrosamiento de la nariz, espesamiento del lóbulo de la oreja, dando al enfermo la típica «facies leonina». Los pacientes lepromatosos muestran escasa resistencia a las microbacterias en general, de ahí la frecuencia de casos

de muerte por tuberculosis pulmonar. Otra causa de muerte frecuente es la insuficiencia renal por nefritis.

Pero una característica significativa de las lesiones lepromatosas es su aspecto granulomatoso con macrófagos relativamente indiferenciados repletos de micobacterias ácidorresistentes vivas y ausencia o escasez de linfocitos y células epiteloides. El paciente lepromatoso no responde inmunológicamente a los antígenos del *M. leprae* (presenta negativa la reacción de Mitsuda) y es incapaz de frenar la multiplicación de este germen o de eliminarlo eficazmente de sus tejidos infectados. En otras palabras, hay un fuerte descenso de la inmunidad celular en esta variedad de lepra, al tiempo que su inmunidad humoral suele estar conservada o aumentada.

### *Lepra tuberculoide*

En esta variedad las lesiones cutáneas son escasas, destacan generalmente por placas bien conspicuas, eritematosas o purpúreas, con superficie seca y contornos bien delimitados, hipopigmentadas en su parte central que aparece hundida, insensible y escamosa. A la palpación suele denotarse un nervio periférico engrosado que emerge de la lesión, siendo a veces a este dato el primer signo de la enfermedad. En la lepra tuberculoide pueden afectarse los pares craneales I (olfatorio), V (trigémino) y VII (facial), con parte de su recorrido por el exterior del cráneo, atribuyéndose esta preferencia a la afección de estos nervios porque los gérmenes leproso se desarrollan mejor en zonas más frías, respetando los pares nerviosos más interiores en donde la temperatura reinante es más elevada. Las lesiones de estos nervios pueden ser muy graves.

La lesión tuberculoide es un granuloma inmune con focos de células epiteloides, rodeadas de linfocitos y células de Langhans, en donde hay escasos bacilos leproso. Destaquemos que las células epiteloides representan un estadio diferenciado de los macrófagos. Y que tanto las células epiteloides como los linfocitos son elementos celulares característicos de los granulomas inmunes. Los pacientes afectados de esta forma de lepra exhiben reacciones de hipersensibilidad demorada, 48 a 72 horas tras la inyección

intracutánea de antígenos de *M. leprae* (reacción de Fernández), así como reacción de Mitsuda positiva o reacción a la lepromina (inyección de un preparado de bacilos leproso intactos), definida por un granuloma tuberculoide granular que surge a las 3 ó 4 semanas. Tras estos detalles señalaremos la alta resistencia a la enfermedad de estos pacientes, que disponen de una capacidad inmunitaria celular alta que redunda en la muerte y/o eliminación de los bacilos leproso asentados en sus tejidos.

### *Correlación B.C.G. lepra y vacunación contra la lepra*

Dadas las relaciones antigénicas entre diversas microbacterias, Fernández aplicó la vacunación del bacilo Calmette-Guérin, conocida como BCG en pacientes leproso, consiguiendo un viraje de la reacción de Mitsuda negativa en positiva en muchos casos. A partir de estos resultados se inició una época de utilización de la BCG con fines profilácticos y terapéuticos. Y así ha nacido incluso una vacuna contra la lepra, que contiene: 1) el *Mycobacterium leprae*, microorganismo, específico de la enfermedad, muerto por el calor, y 2) el BCG vivo, microorganismo no patógeno, que actúa como activador de los macrófagos corrigiendo el defecto de presentación primaria del antígeno específico, o falta de digestión adecuada de los bacilos por los enzimas del macrófago.

Veamos la argumentación en que se basa esta vacuna. En 1972 Convit, un eminente leprólogo venezolano, demostró nitidamente la diferencia entre los dos tipos fundamentales de granulomas o reacciones cutáneas que aparecían tras la inyección en leproso, con diversas formas de la enfermedad, de 0,1 ml de una suspensión de *M. leprae* a concentración  $6,4 \times 10^7$ , previamente mantenida en autoclave. Mientras los afectos de las formas lepromatosas, indeterminada y Mitsuda negativos persistentes mostraron granulomas duraderos incapaces de eliminar los bacilos presentes en el sitio de la inyección, los demás leproso, con sus formas tuberculoide y Mitsuda positivos desarrollaron un granuloma inmune típico, que abocaba a una completa eliminación de los bacilos leproso. Los resultados del grupo de Jacinto Convit aportaron, además, otro hecho significativo e inesperado, que los leucocitos segmentados y los macrófagos del peritelio, así como los monoci-

tos hemáticos, eran inicialmente iguales en ambos tipos de granulomas, y que sólo en etapas posteriores se podrían establecer ya las diferencias entre granulomas inmunes y no inmunes, respecto a la diferenciación de los macrófagos que se convierten en células epitelioides, características de las lesiones granulomatosas de lepra tuberculoide. Sin embargo, si los leprosos del primer grupo que respondían con granulomas no inmunes a la inyección de *M. leprae* eran inyectados con otra micobacteria, BCG o el *M. leprae murium*, se obtenían respuestas con granulomas inmunes frente a estas otras micobacterias. Aparecían en estos casos linfocitos T en el área paracortical de ganglios linfáticos y los demás elementos celulares defensivos. Se podía, pues, concluir que el defecto inmunitario en el paciente lepromatoso era específico frente al *M. leprae*, pero que conservaba su poder inmunitario general frente a las otras micobacterias experimentadas (BCG y MLM).

#### *En qué consiste la eficacia de esta vacunación*

Como señalábamos anteriormente, en los granulomas no inmunes, propios de los lepromatosos y Mitsuda negativos en general, los macrófagos son incapaces de digerir al antígeno de los bacilos leproso, porque sus células no están diferenciadas en su forma epitelioides, característica del granuloma de la lepra tuberculoide. Pero la vacunación citada (inyección asociada de BCG y *M. leprae*) parece estimular la digestión primaria del *M. leprae* por los macrófagos. En los individuos tuberculino-positivos, sus linfocitos sensibilizados reaccionantes frente al BCG, promoverían la activación de los macrófagos y por ende la digestión del *M. leprae*. También se intenta invocar la posibilidad de que falte o quede suprimida precozmente la respuesta primaria del linfocito a ciertos antígenos. En tal caso, una digestión secundaria inducida por el BCG podría «descubrir» otros antígenos que resultarían necesarios para suscitar la inmunidad protectora. Aún es pronto para poder responder con seguridad a las incógnitas planteadas.

Sin embargo, lo más significativo es que la vacuna que hemos descrito no es una vacuna preventiva en sentido estricto, sino una

vacuna curativa para ciertas formas de la enfermedad, esto es, para las formas subclínicas y para los pacientes pre-lepromatosos, ese gran grupo que milita sobre todo en la forma indeterminada. Pero lo más importante es que se trata de una vacuna eficaz, que está cambiando la suerte negra de tantos inocentes condenados a una marginación social implacable.

**Nota.** — Queremos agradecer públicamente la extraordinaria ayuda que ha supuesto para nosotros la aportación bibliográfica que nos han dispensado los profesores Dres. Goiriena de Gandarias (F-J y J-G), al facilitarnos datos inestimables sobre historia de la lepra y publicaciones modernas y especializadas sobre esta temática.