



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN HISTORIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS

**CUANDO EL SEXO LLEVA A LA LOCURA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LOS PACIENTES CON PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA EN EL
MANICOMIO GENERAL LA CASTAÑEDA, 1910-1968.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN HISTORIA**

**PRESENTA:
EMMANUEL ALEJANDRO GIRALDO GRANADA**

**TUTOR:
DR. CARLOS ANDRES RIOS MOLINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTORICAS/UNAM**

MÉXICO, D.F., JUNIO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

El 2 de agosto de 2013, llegé a la Ciudad de México en un vuelo proveniente de Colombia un hombre cargado de sueños e ilusiones. La Universidad Nacional Autónoma de México, fue el alma mater que se encargó de acogerme, para mí no sólo fue un sueño hecho realidad, sino también una gran aventura que inició desde que toqué tierras mexicanas. La UNAM me brindó todas las garantías para realizar mis estudios de maestría. En un comienzo conté con la beca del proyecto investigativo PAPIIT del cual participé y que dio como resultado el siguiente texto, posteriormente la Universidad a través del Programa de Becas, me dieron los recursos económicos con los cuales he logrado vivir cómodamente durante este tiempo.

Antes de iniciar con mis estudios de posgrado, contaba con el apoyo y acompañamiento del doctor Andrés Ríos Molina. Además de ser la primera cara conocida que vi en México, el doctor Ríos me brindó su confianza, ayuda y conocimiento. A mi maestro, mis más sinceros agradecimientos.

Durante este tiempo de “aventuras” académicas tuve el honor de conocer personas que de una u otra manera me ayudaron y guiaron en mis estudios. Alejandro Salazar siempre tuvo la paciencia y disposición para leer y comentar mis avances. Darío Rendón fue mi primer amigo mexicano, y aunque su especialidad es el derecho, continuamente se interesaba por comprender y debatir mis investigaciones. A ellos dos, que han sido mi familia, muchas gracias.

También conté con el gusto de trabajar con compañeros comprometidos con el saber histórico de la psiquiatría. Daniel Vicencio, Antonio Maya, Jesús Miguel Ramos, Alejandra Golcman, Ximena López y los demás compañeros del seminario, fueron una gran compañía

y un soporte en los momentos difíciles de la investigación. Además, tuve el honor de trabajar con la doctora Cristina Sacristán, quien siempre compartió su conocimiento y consejos conmigo. La doctora Teresa Ordorika fue el alma de los seminarios, ella también contribuyó con sus comentarios y observaciones en esta investigación.

Cada que iniciaba un nuevo semestre era la oportunidad de compartir con docentes y compañeros que motivaron mis estudios. El doctor Mario Ramírez Rancaño, Hira de Gortari, Rafael Guevara Fefer, Claudia Agostoni, María Alba Pastor, entre otros, constantemente se interesaron por mis avances, sus comentarios y sugerencias en los seminarios fueron sumamente enriquecedores. Francisco Méndez, el compañero de los seminarios quien siempre tenía un comentario inteligente y constructivo, quien sin falta leía los textos para ayudar en la redacción y forma, para él: muchas gracias.

Muchas otras personas me acompañaron a lo largo de estos dos años, ellos fueron mis amigos, una ayuda incondicional. Mayra Parra, Paola Prieto, David Pulido, Saúl Aragón, Anagricel Camacho y muchos más, aportaron su granito de arena en esta investigación.

Agradezco infinitamente a mi familia, especialmente a mi madre. Ella siempre ha tenido una voz de aliento y ánimo, desde la distancia siempre me motivó, aún en los momentos más difíciles, en continuar. A mi mamá, quien ha sido mi guía y ejemplo, va dedicada esta investigación.

Finalmente, quiero recordar a los protagonistas de esta investigación, ellos fueron los enfermos paralíticos. En memoria de ellos, de su sufrimiento y el de sus familias, se realizó esta investigación.

Índice General

Presentación	5
Antecedentes historiográficos del Manicomio General La Castañeda	7
1. Historizando la enfermedad	12
a. Una nueva clasificación nosológica	15
b. Concepto clínico de la PGP	20
c. La historia de un paralítico	26
2. La PGP en La Castañeda: tres momentos	30
a. 1910-1924: del síntoma a la reacción Wassermann	33
b. 1925-1946: del “experimento” a la penicilina	40
c. 1947-1968: la llegada de una terapéutica efectiva	53
Consideraciones finales	60
Fuentes consultadas	63

Presentación

El presente texto, que se expone como un capítulo de un libro, es el resultado de un trabajo iniciado hace dos años. En el marco del Proyecto PAPIIT (IN400313-3), *Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda, 1910-1968*, coordinado por Andrés Ríos Molina, se reunió un grupo de historiadores con el objetivo de investigar las características demográficas de la población psiquiátrica en esta institución manicomial, para tales fines cada uno de los miembros se comprometió con el análisis de un conjunto de pacientes definido por sus enfermedades mentales. El texto acá presente, el cual se incluirá en el libro colectivo, corresponde el estudio histórico de los enfermos que ingresaron con la parálisis general progresiva.

Mediante la revisión y fichaje de los libros de registros de los pacientes que entraron durante los cincuenta y ocho años de funcionamiento a este Manicomio, se elaboró una base de datos que contiene el 20% del total de esos ingresos. Es decir, de los 61.480 enfermos que se presentaron al Establecimiento psiquiátrico, construimos una base con 12.300 registros. De allí se ha podido sustraer información de tipo cuantitativo a través de variables que fueron consideradas fundamentales por el personal médico manicomial a la hora de elaborar la ficha de ingreso. Ellas son: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, estado civil, instancia remitente, enfermedad diagnosticada, tiempo de estancia, condición de salida (muerto, curación/remisión/apto para vivir en familia, fuga o por solicitud de la familia) y número de reingresos.

La elaboración y organización de la base significó retos importantes, sin embargo, una de las labores más difíciles fue cómo distribuir y ordenar los numerosos diagnósticos

clínicos que se encontraron en los libros de registro, prueba de que los mismos médicos psiquiatras del periodo no tenían un consenso definido al momento de diagnosticar. Por tanto, surgió la necesidad de crear una metodología que ayudara a clasificar los diferentes criterios clínicos que se encuentran en la base de datos, para que cada investigador pudiera trabajar con un grupo poblacional específico.

Así pues, se dividió la población registrada en siete grandes grupos de diagnósticos definidos, que fueron escogidos tanto por la tendencia de la base como por la importancia historiográfica de cada uno. La división de las enfermedades quedó así: psicosis endógenas, enfermedades neurológicas, alcoholismo, epilepsia, debilidad mental, toxicomanías y la parálisis general progresiva. Además, se elaboró una historia general del Manicomio, partiendo desde una línea temática que compone el aspecto administrativo y la vida cotidiana en el establecimiento psiquiátrico.

A su vez, el grupo de investigación organizó dos seminarios de historia de la clínica psiquiátrica, donde cada uno de sus miembros asistió, comentó y discutió nuevas tendencias historiográficas y metodológicas con relación al tema, lo que permitió ver nuevos enfoques y líneas temáticas, tanto nacionales como internacionales.

Finalmente, cabe resaltar que desde el inicio del proyecto, los avances del presente texto se han compartido con el grupo de investigación. Las reuniones realizadas durante la elaboración de este capítulo y las críticas, comentarios y sugerencias realizadas por cada uno de sus integrantes, permitieron obtener esta versión final.

Antecedentes historiográficos del Manicomio General La Castañeda

El Manicomio General La Castañeda, institución psiquiátrica inaugurada por Porfirio Díaz en el marco de las celebraciones del primer centenario de la independencia mexicana, ha sido abordado por numerosos enfoques historiográficos. Sin embargo, éstos se pueden dividir en dos grandes grupos. El primero, que a su vez se fracciona en varios tópicos, corresponde a las características arquitectónicas, dinámicas administrativas, terapias ofrecidas, discursos usados para comprender la enfermedad mental y el papel de la cultura en el diagnóstico.¹

Los centros terapéuticos encargados de los enfermos mentales en la ciudad de México hasta los diez primeros años del siglo XX, eran los hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador.² Los pacientes provenientes de allí fueron los primeros que ocuparon La Castañeda en 1910. La investigación realizada por María Blanca Ramos de Viesca, describe cómo se desarrolló el proyecto para la construcción del nuevo Manicomio, proyecto que inició entre los años de 1895 y 1896. A su vez, relata cómo fueron elaborados los planos de las edificaciones de la nueva institución psiquiátrica, diseños inspirados bajo los lineamientos trazados por el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia: Jean Etienne Esquirol.³ Por su parte, Andrés Ríos Molina, quien además de ofrecer con lujo de detalles las características arquitectónicas de los diferentes edificios, afirma que La Castañeda fue vista como la institución médica destinada a la atención terapéutica de los enfermos mentales, todo

¹ Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *HMex*, v. LIX, n. 4, 2010, p. 1295.

² Para una historia del hospital de San Hipólito ver: Jhon S. Leiby, “San Hipolito’s Treatment of the Mentally ill in Mexico City, 1589-1650”, *The Historian. A Journal of History*, v. 54, n. 3, 1992, p. 491-498. Jesús Miguel Ramos, “‘Aquellos son los hombres locos’. De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 2015, p. 56-65. Una historia del hospital del Divino Salvador ver: Celia Berkstein, *El hospital del Divino Salvador*, México, Tesis UNAM, 1981.

³ María Blanca Ramos de Viesca, “El proyecto y la construcción del Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, v. 21, n. 3, 1998, p. 23-24.

ello esbozado bajo un proyecto porfiriano que buscaba convertir a la capital mexicana en el reflejo fehaciente de la incursión a la modernidad.⁴

Uno de los interrogantes planteados por los historiadores de la psiquiatría ha sido esclarecer cómo era la vida cotidiana en el Manicomio, cómo vivían los internos, qué relaciones sociales se establecieron allí y qué papel desempeñaba en la sociedad. Para este punto hay que destacar el texto de Cristina Rivera-Garza, quien describe las rutinas médicas y sociales desarrolladas en el Manicomio, afirmando que si bien la organización interna de La Castañeda distaba mucho de lo estipulado en el Reglamento Interno, al pasar de los años los actores psiquiátricos que ahí convivían desarrollaron, sino un orden rígido, sí una rutina más o menos regular.⁵

Sin embargo, con el pasar de los años esa imagen esperanzadora del Manicomio como centro terapéutico efectivo en los padecimientos mentales cambió de manera sustancial. Cristina Sacristán, quién ha abordado la historia de la Castañeda desde un ámbito institucional, administrativo y terapéutico,⁶ afirma que a comienzos de la década de 1920,

⁴ Construcciones como el Teatro Nacional, el teatro Juárez, el Hospital General, el Edificio de Correos, entre otros, fueron propuestas que buscaban crear una ciudad a la imagen y semejanza de París. Véase: Ríos Molina, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2013, p. 16-24.

⁵ Cristina Rivera Garza, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General La Castañeda, México, 1910-1930" *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 2001, p.69.

⁶ Sacristán, "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 2n n. 2, 2002. "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26, n. 3, 2003, p. 57-65. "La locópolis de Mixcoac" en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", Sacristán, Cristina; Piccato, Pablo (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232. "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 5, n. 1, 2005, p. 9-34. "Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1910-1940", en Claudia Agostoni (coord.), *Curar sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 99-123.

los informes sobre las instalaciones comenzaron a reportar las apremiantes necesidades de una institución que se volvía inhabitable: el mal estado de las duelas provocaba caídas y lesiones en los enfermos, camas sin colchones, los cables de luz colgaban en las paredes quedando al alcance de los dementes, plagas de ratas, deficiente canalización de las aguas negras, la botica vacía, entre otros problemas de orden estructural.⁷ No obstante, el principal problema que acarrea el Manicomio era la sobrepoblación, especialmente en las décadas de 1930 y 1940. Las razones que se atribuyen al crecimiento desmedido en los índices de internos se pueden relacionar, según esta investigadora, desde la falta de hospitales en la mayoría de los estados de la república hasta las dificultades para externar a pacientes rehabilitados por la negativa de las familias a recogerlos. Otra circunstancia era que las autoridades públicas remitían individuos que en realidad no tenían una enfermedad mental clara.⁸

De cualquier forma, la prensa amarillista llenó sus páginas describiendo el mal estado de las instalaciones manicomiales, de las deficiencias en las terapéuticas y en algunos casos, hasta recalca abusos dirigidos a los enfermos. Todo ello generó un sentimiento negativo hacía el Manicomio de Mixcoac. Cristina Sacristán expone que entre los años de 1945 y 1968 el Estado Mexicano instrumentó una reforma asistencial que culminó en la apertura de trece Granjas para enfermos mentales repartidas a lo largo y ancho del país, con la finalidad de utilizar la ergoterapia como un mecanismo para sacar del letargo a cientos de pacientes que consumían sus vidas en total estado de ociosidad en los manicomios. La fundación de estas granjas y el traslado paulatino de enfermos de La Castañeda significó el cierre de este último

⁷ Sacristán, “La contribución de La Castañeda en la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, v. 33, n. 6, 2010, p. 477.

⁸ Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 98-99.

y su posterior demolición. Sin embargo, surge el interrogante: ¿cómo se desarrolló el proceso de clausura del imponente Manicomio? La tesis de maestría de Daniel Vicencio realiza un análisis exhaustivo de la denominada *Operación Castañeda*. En palabras de Vicencio, esta operación inició en la década de 1960, en el momento en que el Presidente Gustavo Díaz Ordaz ordenó la sustitución del Manicomio por instituciones alternas, cuatro denominadas Hospitales Campestres y dos Hospitales psiquiátricos donde serían enviados todos los enfermos internos; al mismo tiempo se planeó el cierre del Manicomio que fue clausurado y demolido en 1968, para en su lugar construir unidades habitacionales y comercios.⁹

Ahora bien, el segundo gran grupo de análisis historiográfico con relación a La Castañeda, se ha basado en fuentes que hasta hace unos cuantos años fueron trabajadas parcialmente. Con el uso del expediente clínico se abrieron nuevas temáticas referentes a diagnósticos clínicos, datos personales del enfermo, transcripciones de entrevistas que los médicos tuvieron tanto con los pacientes como con sus familiares. Según Ríos Molina, el abordaje de este tipo de documentos ha permitido incursionar en el punto de vista del “loco” sobre su propia afección, su tratamiento y el mundo que lo rodea, es decir, incursionar en la dimensión subjetiva de la enfermedad mental. Asimismo, se ha podido abordar la forma en que el bagaje cultural de los médicos, incluyendo prejuicios y valores, se mimetizó en el discurso científico de pretendida “objetividad”. Además, se han podido revelar intereses metodológicos acerca de la demografía psiquiátrica, la cual busca comprender el aumento o la reducción de la población de pacientes en relación a las características sociales, políticas, económicas, culturales y epidemiológicas propias de cada contexto.¹⁰ Investigadores como

⁹ Daniel Vicencio, *La Operación Castañeda. Una reforma asistencia de la psiquiatría en México, 1940-1968*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Maestría, 2014.

¹⁰ Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura...”, p. 1295-1297.

Alberto Carvajal, Cristina Rivera-Garza y Andrés Ríos Molina han abierto esa brecha investigativa que da voz y vida al enfermo mental bajo el análisis del expediente clínico, corroborando, en definitiva, lo que los especialistas psiquiátricos expresaban en sus artículos científicos, tesis y libros especializados y lo que realmente acontecía en la institución psiquiátrica.¹¹

Finalmente, cabe destacar la apertura de nuevas temáticas investigativas que permite el estudio histórico de los enfermos mentales y las ciencias psiquiátricas. La literatura, el cine, las imágenes y algunos casos particulares de enfermos mentales destacados, generan un interés cada vez mayor en los investigadores.¹² También el análisis historiográfico de cada enfermedad mental en particular, pues con ello podemos escudriñar no sólo en la idea clasificatoria del momento, sino también ver patrones de enfermedades que se volvieron recurrentes en los pabellones del Manicomio, examinando modelos terapéuticos definidos para cada afección, pues la enfermedad mental no fue una sola y cada patología es un universo mismo de posibilidades investigativas.

¹¹ Alberto Carvajal, "Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio La Castañeda", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 2001, p. 31-55. Rivera Garza, *Narrativas dolientes desde el manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010. Ríos Molina "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios de siglo XX", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 2004, p. 17-35. "Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 37, 2009, p. 71-96. "La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944", *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 27, n. 2, 2011, p.361-384.

¹² Ríos Molina, *Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas*, México, Debate, 2010. "La loca and Manicomio. Representations of woman insanity during the Golden Age of Mexican Films" *Journal of International Women's Studies*, v. 7, n. 4, 2006, p. 224-236.

1. Historizando la enfermedad

Durante la primera mitad del siglo XX, la sífilis adquirió dimensiones clínicas y sociales antes no conocidas, pues esta enfermedad venérea se relacionó de manera directa con el degeneracionismo¹³ y la inmoralidad¹⁴. Pero el problema médico y social iba más allá, pues era tan contagiosa y letal, que en 1927 el médico Bernardo Gastelum, Jefe del Departamento de Salubridad, no dudó en afirmar que más de la mitad de la población mexicana padecía tan pavorosa infección. Sin embargo, fue durante los albores de ese siglo que se hizo una revelación aún mucho más escalofriante: la sífilis era la causante de la parálisis general progresiva (PGP).

Esta enfermedad mental, que actualmente es poco conocida e inusual, se manifestaba entre los 10 y 20 años después de haberse contraído la infección sifilítica, causando cuadros patológicos que no sólo se observaban en el cerebro del enfermo, sino también en su cuerpo, en sus movimientos, e inclusive, despidiendo un olor tan fuerte,¹⁵ que algunos médicos

¹³ Esta patología tenía la característica de ser congénita, es decir, se “heredaba” de madre a hijo por medio de la gestación. El médico Eucario López Contreras afirmaba en 1925, que la sífilis era grave como enfermedad social por sus secuelas en el individuo y su nefasta influencia en los descendientes, contribuyendo a la degeneración y a la despoblación. Eucario López Contreras, *Contribución al problema social de la sífilis en nuestro medio*, Tesis Facultad de Medicina, UNAM, 1925, p. 1. Para ampliar más el concepto de degeneracionismo ver: Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e Higiene Mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia*, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67. Ricardo Campos Marín, “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”, *LLULL, Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas*, v. 21, 1998, p. 333-356.

¹⁴ Debido a que era una enfermedad que se contagiaba por medios sexuales e íntimamente ligada con la prostitución, fue catalogada como consecuencia de actos inmorales. Rafael Sagedro explica que para los médicos del periodo en cuestión, los trastornos que originaba la prostitución eran de dos clases: morales y físicos. Siguiendo los valores dominantes, consideraban que la prostitución atacaba la moral al mancillar el pudor, la inocencia, la honestidad y la virtud de la mujer. Rafael Sagedro, *María Villa (a) La Chiquita*, n. 4002, México, Cal y arena, 1996, p. 66-67.

¹⁵ El olor era ocasionado por las maceraciones provocadas por la orina y las materias fecales que unidas a las perturbaciones vasomotoras producían escaras, generalmente profundas y extensas. Samuel Ramírez Moreno, *La parálisis general progresiva: contribución al estudio de la parálisis general progresiva*, México, Tesis de medicina UNAM, 1924, p. 57.

aseguraban oler a estos enfermos cuadras antes de llegar a la institución psiquiátrica. Según palabras del médico Manuel Manteca Parra, los paralíticos se podían asemejar a los maniacos, pues eran extravagantes en su modo de vestir, adornándose “ridículamente” con los objetos que encontraban, además presentaban movimientos y frases estereotipadas, ilusiones, eran egocéntricos, filántropos, altruistas y se sentían capaces de “regenerar” a la humanidad, de libertar a los oprimidos; todo ello, contrastando con un carácter violento, criminal e impulsivo.¹⁶ Esta afección se mantuvo presente en los pabellones del Manicomio General La Castañeda durante sus cincuenta y ocho años de funcionamiento: 1910-1968, representando el 5.7% del total de los ingresos.

Ahora bien, cabe recalcar que el estudio histórico de la sífilis se ha realizado desde varios tópicos, entre ellos se encuentran la historia social, la historia cultural y la historia social de la salud y la enfermedad. Desde que surgió la sífilis como enfermedad,¹⁷ este padecimiento venéreo causó un enorme interés por entenderla. Pero también en el afán médico por generar una medicación eficaz, han surgido análisis históricos que de alguna manera resaltan la evolución terapéutica y una creciente industria farmacológica.¹⁸ Al ser venérea, permitió la realización de estudios sociales y culturales ligados al tema de la prostitución y la sexualidad, y de cómo las autoridades médicas y civiles intentaron contener,

¹⁶ Manuel Manteca Parra, *La inoculación de la malaria en la parálisis general progresiva*, Tesis Medicina UNAM, 1925, p. 42-43.

¹⁷ Las primeras alusiones sobre la sífilis se realizaron en la Batalla de Fornovo, ocurrida en el marco de las Guerras Italianas, en 1495. Ver: Claude Quérel, *History of syphilis*, Cambridge, Polity Press, 1990, P. 10.

¹⁸ Rosalina Estrada Urroz, “Del mercurio al 606” *Elementos*, 42, 2001, describe el paso del mercurio a los arsenicales para el tratamiento de la sífilis en México. Otro texto de esta autora es: “Medicina y moral: las enfermedades venéreas durante el porfiriato”, en Laura Cházaro (ed), *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán-UMSNH, 2009, p. 235-562. Katherine Bliss, *Compromised positions. Prostitution, public health and gender politics in Revolutionary Mexico City*, The Pennsylvania State University, 2001.

reprimir y medicalizar el oficio sexual público con el objetivo de frenar los índices de contagios.¹⁹

El objetivo central de este texto es realizar un estudio histórico de la PGP como un problema clínico psiquiátrico,²⁰ abordando temas relacionados con la clasificación nosológica, criterios clínicos psiquiátricos, diagnósticos y modelos terapéuticos. Para ello tomé como herramienta principal la base de datos del 20% de los pacientes ingresados con esta enfermedad, tesis realizadas por los mismos médicos-psiquiatras, artículos de revistas médicas especializadas, además de las historias clínicas de estos enfermos que se encuentran en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

En la primera parte del texto, se realizará un breve análisis sobre la clasificación nosológica de la PGP en los albores del siglo XIX francés. Posteriormente, se dará relevancia

¹⁹ Lotte van de Pol, *La puta y el ciudadano*, Madrid, Siglo XXI, 2005. Fernanda Núñez Becerra, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, siglo XIX*, en Laura Cházaro (ed), México, El Colegio de Michoacán-UMSNH, 2009, 263-292. Rodrigo Meneses, “De jueces, prostitutas, ambulantes y mendigos: las poblaciones proscritas de la Ciudad de México, 1930-1940”, en Salvador Cárdenas, Elisa Speckman (coord.), *Crimen y justicia en la historia de México*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011, p. 193-23.

²⁰ Los textos que han abordado la historia de la PGP desde un punto de vista clasificatorio son: Jaques Postel, “La Parálisis General”, *Nueva Historia de la Psiquiatría*, en Jaques Postel y Claude Quérel, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, 198-208. Michel Foucault, *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*, Madrid, AKAL, 2003. Especialmente *la clase del 30 de enero de 1974 y la clase del 6 de febrero de 1974*. Y Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, Madrid, Novallas, 2004. El capítulo dedicado a la somatización del alma. Mario Eduardo Costa Pereira, “Bayle y la descripción de la aracnoiditis crónica en la parálisis general: sobre los orígenes de la psiquiatría biológica en Francia” *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Fundamental*, v. 12, n. 4, 2009, p. 749-751. Sandra Caponi y Ángel Martínez-Hernández, “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos clasificatorios”, *Scientiae Studia*, v. 11, n. 3, 2013, p. 467-489. Erwing Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, Universitat de València, 1993. Otros textos que se han desarrollado desde una postura de nosológica, de diagnóstico y medicación son: Olga Villasante, “la malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva. Primeras experiencias en España” *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva ante el nuevo milenio*, en José Martínez (coord.), España, Universidad de Castilla-La Mancha, 2004. Quérel, *Op. cit.* Patricia Guadalupe Alfaro, “El tratamiento médico para los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 59-86. Para el caso mexicano, se encuentra el libro de Ríos Molina, *op. cit.* Especialmente el apartado “El terror de la sífilis” que se encuentra en las páginas 161-168. Para un estudio colombiano, ver: Alejandro Giraldo Granada, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 2015, p. 104-127.

a la paulatina relación de la PGP con la sífilis, pues este hallazgo significó una carga inmoral y de estigmatización hacia el paralítico y su familia. De allí, pasará a explicar un caso en concreto de un enfermo con PGP, esto con el objetivo de brindar un ejemplo claro del padecimiento, su evolución, diagnóstico y medicación. Seguido, se abordará el estudio de la PGP en el Manicomio dividido en tres grandes momentos definidos por las características demográficas de estos pacientes en el establecimiento psiquiátrico, ello relacionado a temas de diagnósticos, terapéuticos, aumento de entradas especialmente en las décadas de 1920 a 1930 y, finalmente, el descenso poblacional a partir de la década de 1940. Esto último como consecuencia del uso de la penicilina para el tratamiento de la sífilis, antibiótico que repercutió en la sucesiva eliminación de esta enfermedad en el Manicomio.

a. Una nueva clasificación nosológica

Antoine-Laurent Bayle (1799-1858) clasificó a la PGP como una enfermedad diferente a las demás afecciones de la mente, comprobando que esta patología se debía a una inflamación crónica de las meninges, denominándola como *aracnoiditis crónica*. De acuerdo con José María Álvarez, durante los años en que Bayle se dedicó a este tipo de investigaciones, construyó el paradigma neuropsiquiátrico que habría de despertar la fascinación de las siguientes generaciones de alienistas. Este influjo contribuyó decisivamente a reorientar la investigación psicopatológica hacia la neuropatología, lo que supuso una transformación definitiva de la locura clásica en una enfermedad del cerebro y sus membranas. Álvarez asegura que el valor más esencial que contiene la obra de Bayle, radica en el hecho de haber

conseguido elevar su *aracnoiditis crónica* a la categoría de modelo y estandarte sobre el que las generaciones futuras edificaron una clínica de las enfermedades mentales.²¹

Partiendo del argumento de que los signos motores, que se manifestaban en una parálisis general e incompleta y los trastornos de las facultades mentales se desarrollaban al mismo ritmo y en la misma proporción, Bayle reconoció que la demencia paralítica era una y la misma afección.²² Asimismo, asoció a la PGP con los delirios de grandeza y la megalomanía, constituyéndolos como un síntoma intelectual necesario para definir el padecimiento.

La alienación paralítica, a la que impropriamente se designa con el nombre de parálisis de los alienados, ha cobrado cierta forma carta de naturaleza entre las enfermedades patológicas, como enfermedad especial, independientemente de cualquier otra, con las congestiones que provocan y la mantienen y el delirio de grandeza que le da fisionomía tan particular.²³

Bayle trazó un cuadro clínico de la enfermedad en tres periodos evolutivos distintos: el primero, se caracterizaba por una pronunciación de palabras visiblemente afectadas (disartria), manera de caminar insegura y el desorden del entendimiento se evidenciaba en un debilitamiento de la inteligencia. En el segundo periodo, los movimientos de la lengua y de las extremidades mostraban las mismas o aún mayores dificultades y torpezas que anteriormente, el delirio se tornaba maniaco y general, acompañados de estados de agitación y violencia. El tercer periodo llegaba con un estado de demencia y un agravamiento de la parálisis general e incompleta. La palabra era trémula, con balbuceos y casi completamente incomprensible, las excreciones no se controlaban y el entendimiento, en extremo debilitado,

²¹ José María Álvarez, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008, p. 64.

²² Postel, *Op. cit.*, p. 199.

²³ Antoine Bayle, “Des causas organiques de l’alienation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales médico-psychologiques*, v. 3, n. 1. P. 409-425. Citado por Huertas, *El siglo de la clínica...* p. 100.

no tenía más que un puñado de ideas completamente incoherentes.²⁴ Sin embargo, para Jean Étienne Esquirol (1772-1840) y sus discípulos, la PGP no era más que un agravante de otros padecimientos mentales.²⁵ Lo que suscitó que psiquiatras como Jean Baptiste Delaye (1789-1879), Louis-Florentin Calmeil (1798-1895), pero sobre todo Jules Gabriel Baillarger (1815-1890), criticaran fuertemente las clasificaciones propuestas por Bayle.

Baillarger se caracterizó por defender la teoría dualista propuesta por Esquirol, la cual establecía, a diferencia de la teoría de unicidad de Bayle, una forma de psicosis con delirio que posteriormente presentaba perturbaciones físicas y una parálisis que se continuaba con un debilitamiento intelectual. A su vez, afirmaba que los pacientes paralíticos no sólo tenían ideas delirantes de grandeza, sino que se encontraban dos formas de delirio; el primero se debía a una *manía congestiva*: estado maniático con excitación violenta, con ideas de grandeza múltiples, contradictorias y desorden excesivo de actos. Después de siete u ocho meses de duración, aseguraba este psiquiatra, se pasaba de esta forma maniática a un regreso casi completo de la razón, la inteligencia quedaba menguada en algunos enfermos, pero otros podían entregarse otra vez a sus ocupaciones, lo cual hizo admitir a Baillarger la posibilidad de la curación. El segundo era el *delirio hipocondriaco*, que se distinguía porque los pacientes creían tener los órganos cambiados, destruidos u obstruidos, se sentían ciegos y sin piernas, no podían tragar, orinar, etc.²⁶

²⁴ Una explicación más exhaustiva de cada uno de los tres periodos evolutivos la realiza: Álvarez, *La invención de la enfermedades mentales...*, p. 65-66.

²⁵ Para esta teoría, Requin y Lunier afirmaban que se encontraban formas de parálisis general sin enajenación mental. Ferréol Labardie, *Historia general de la Parálisis General Progresiva de los enajenados y sus formas clínicas*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1885, p. 9.

²⁶ *Ibíd.*, p. 14.

Aunque la PGP suscitó importantes debates en torno a sus características somáticas y orgánicas, principalmente entre los psiquiatras franceses del siglo XIX, en un principio esta afección no fue relacionada con la sífilis, es decir, no se tenía la certeza de que fuera una consecuencia de la sífilis *terciaria o tardía*.²⁷ Esta relación empezó a hacerse de manera sistemática a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando Esmarch y Jessen en 1857 afirmaron que esta infección venérea era siempre el punto de partida de la parálisis general de los alienados.

Charles Ernest Laségue (1816-1883) denominó a la PGP por causas sifilíticas como “pseudo parálisis general”, y Jean Alfred Fournier (1832-1914), médico dedicado a las enfermedades sifilíticas, demostró mediante observaciones anatomoclínicas que la “pseudoparálisis general” era una complicación frecuente de la *sífilis tardía*.²⁸ Para Fournier, en numerosos casos de PGP, la sífilis era la causa determinante, así como también la sífilis cerebral podría presentarse con una sintomatología que recordaba a las de la PGP y que, en esos casos, algunos de difícil diagnóstico, se denominaría como “pseudo parálisis general sifilítica”.²⁹ Sin embargo, no fue sino hasta 1913 que Hideyo Noguchi (1876-1928) y J.W. Moore, descubrieron el treponema en el encéfalo de paralíticos generales fallecidos, lo que significó la prueba indiscutible de que la sífilis era la causante de la PGP.

²⁷ A Philippe Ricord (1800-1889), se le debe la primera diferenciación o clasificación de la sífilis en tres estados. En el primero se manifestaban una o dos lesiones, en general no dolorosas, sobre el glande, boca, ano, o en el interior de la vagina. La lesión evolucionaba hasta formar una úlcera con la pérdida de la capa superficial de la piel. Esta úlcera denominada chancro sifilítico, aparecía entre nueve y noventa días después de haber contraído la infección. *La sífilis secundaria* se manifestaba entre las seis semanas y los seis meses después del comienzo de la infección, cuando el paciente comenzaba a sentir síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, fatiga, dolores musculares. Y la *sífilis terciaria*, cuando años más tarde, la enfermedad podía causar daños importantes en el corazón, cerebro, huesos, hígado y en la piel. Inclusive podía llevar al paciente a la pérdida de la visión y a la muerte. Matías Alinovi, *Historia de las epidemias. Pestes y enfermedades que aterrorizaron (y aterrorizan) al mundo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009, p. 70-71.

²⁸ Postel, *op. cit.*, p. 206.

²⁹ Ulysses Vianna, “Sífilis do sistema nervoso”, *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria*.1919, en *Manginhos*, v. 17, n. 2, p. 683.

Ahora bien, aunque la PGP ya era una enfermedad ampliamente reconocida en la psiquiatría francesa, la literatura psiquiátrica con relación a la PGP en México se inició de manera tardía,³⁰ a partir de la década de 1880. Durante este periodo apareció la tesis de Ferréol Labardie, en donde describió la historia de la PGP y sus formas clínicas, aunque indicaba que esta enfermedad no se debía a un estado terminal de la sífilis, sino más bien a causas de envenenamiento por plomo (saturnismo) o al alcoholismo.³¹ Posteriormente, en 1903 en la revista *La Escuela de Medicina*, el médico Oton Rffiertz, Médico Delegado del Concejo Superior de Salubridad en Puerto Ángel, Oaxaca, preguntaba:

“¿Quién de los lectores de este periódico no ha visto alguna vez un caso de tabes o de parálisis en complicación con *slerosis intialis siphilitica*? ¿Sí la sífilis es o no la *conditio sine qua non* para la tabes y para la parálisis? Y si no es ¿qué valor etiológico tiene en el desarrollo de estas enfermedades?³²

Estas cuestiones que planteaba el doctor Oton, permiten obtener pistas del debate que suscitaba la *sífilis terciaria* en la naciente ciencia psiquiátrica de México durante los primeros años del siglo XX. En el artículo, el médico explicaba que varios neurólogos afirmaban que la sífilis era la condición *sine qua non de la tabes y de la parálisis*. “*Nulla tabes sine lue.*” “*Nulla paralisis sine lue.*”³³ Así como la tabes y la PGP eran los estados cuaternarios de la sífilis o de los fenómenos postsifilíticos, modificados por el tiempo y la edad.

Veintiún años después, se publicó la tesis de Samuel Ramírez Moreno (1898-1951), quien además de ser el médico que más estudió la PGP en México, durante la primera mitad del siglo XX, fundó en 1922, junto con el doctor Ernesto Gonzales Tejeda, el Pabellón de

³⁰ La llegada del concepto de PGP no sólo fue tardío en México, en España también llega en las últimas décadas del siglo XIX. Véase Villasante, *op. cit.*, p. 53-72.

³¹ Labardie, *op. cit.*, p. 24-28.

³² Oton Rffiertz, “Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva”, *La Escuela de Medicina*, v. VIII, n. 1, México, 1922, p. 173.

³³ *Ibid.*, p. 173.

Neurosifilíticos en el Manicomio General La Castañeda y posteriormente fungió como director de dicha institución psiquiátrica. Ramírez Moreno explicaba que hasta muy pocos años, antes de publicar su tesis, la discusión en La Castañeda sobre la etiología de la PGP creaba divisiones entre los médicos, unos que defendían su naturaleza sifilítica, y otros que la negaban.³⁴

De cualquier forma durante los primeros años del Manicomio General, la sífilis se convirtió en la causa directa de la PGP, ya que en el interrogatorio que se le hacía al enfermo al ingresar, y que se puede observar en los expedientes clínicos, se cuestionaba sobre los antecedentes venéreos, teniendo como respuesta que la mayoría padecían, o padecieron, la sífilis en algún momento de sus vidas. A su vez, se les preguntaba: “¿A qué causa atribuye su enfermedad?”, a lo que respondían, casi siempre, que a la sífilis. Ramírez Moreno resumía el dilema de la siguiente forma: “...en síntesis, debemos decir como Jahnel: la parálisis general es una treponemosis de la corteza cerebral. Los norteamericanos, más concluyentes, se limitan a exclamar “*no syphilis, no general paresis.*”³⁵

b. Concepto clínico de la PGP

El médico mexicano Manuel Manteca Parra, definió en 1925 a la PGP como una enfermedad toxi-infecciosa, post-sifilítica, caracterizada anatomopatológicamente por lesiones de meningo-encefalitis difusa y clínicamente por síntomas progresivos de demencia y parálisis.³⁶ Según este autor las causas predisponentes de padecer la PGP se debían a factores como el país de procedencia, razas, profesiones y condiciones sociales, situaciones que

³⁴ Ramírez Moreno, *Op. cit.*, p. 14-15.

³⁵ *Ibid.*, p. 16-17.

³⁶ Manteca Parra, *op. cit.*, p. 13.

incidían en la cantidad de paralíticos en los manicomios, “siendo proporcional al grado mayor de civilización y conforme con un trabajo intelectual activo”.³⁷ Lo que quería decir este autor era que entre más carga intelectual de la persona, más propensa era de padecer la sífilis cerebral, por ello eran las altas cifras de contagios en Europa y América, excluyendo a la comunidad indígena: “...este modo de reaccionar del sistema nervioso a la sífilis, por falta de predisposiciones neuropáticas necesarias para el desarrollo de la parálisis general, asegurando que cuando el alcoholismo y la civilización progresen entre los indígenas, dicha enfermedad será frecuente en ellos”.³⁸ El argumento anterior era compartido por Samuel Ramírez Moreno, quien afirmaba que:

Pero ahora que la enfermedad toma incremento en todo el mundo, como lo demuestran las estadísticas; ahora que no sólo es patrimonio de los civilizados, sino que ya empiezan a invadir a las razas aborígenes y en México se presenta con mucha mayor frecuencia, pues así lo atestiguan los enfermos de los manicomios; ahora seguramente, es cuando sólo las aptitudes y los conocimientos del médico pueden esgrimirse para detener el avance de tan terrible enfermedad, y para ello es indispensable adquieran las enseñanzas elementales de psiquiatría que es la única fuente donde obtendrán los elementos útiles para hacer diagnósticos oportunos y así defender a la sociedad y a la humanidad.³⁹

Esta tesis la sustentaba Ramírez Moreno con diversas fotografías de paralíticos generales indicando que: “como puede verse hay numerosos mestizos e indígenas”. Por su parte, Manteca Parra aseguraba que había una proporción mayor de paralíticos en los asilos urbanos que en los rurales. También que las profesiones y el estado social concurrían más o menos directamente, expresando que la enfermedad era rara en los religiosos y frecuente en los militares, comerciantes, artistas, intelectuales, entre otros oficios. La edad promedio, afirmaba este médico, era entre los 35 y los 45 años, momento en que sobrevenía el cansancio

³⁷ *Ibid.*, p. 14.

³⁸ *Ibid.*, p. 14

³⁹ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 35.

físico e intelectual y toda clase de excesos; además los hombres estaban más predispuestos que las mujeres, aseverando que la sífilis era generalmente más rara en el sexo femenino.⁴⁰

Manteca Parra aparentemente tenía razón, ya que, según la base de datos, el promedio de edad de estos pacientes en La Castañeda era de 40 años. Teniendo en cuenta que una característica de la enfermedad era que se manifestara entre los 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica, se puede establecer que estos enfermos se infectaron cuando tenían alrededor de 20 años de edad. A su vez, la cantidad de hombres (80%) superaba por mucho a la de mujeres (20%). No obstante, hay que aclarar que las mujeres sifilíticas, especialmente las prostitutas, eran atendidas en el Hospital de Morelos,⁴¹ por ello la enorme diferencia en los registros de entrada.

Por ejemplo, el Dr. M. Puig Solanes, médico oftalmólogo del Hospital de Morelos, expresaba en 1938, que existía la creencia de que no se encontraba sífilis nerviosa en dicho hospital. Sin embargo, aseguraba que ello se debía a que la mayoría de las mujeres atendidas allí eran menores de 30 años, por lo que era raro ver pacientes con tabes o PGP.⁴² No obstante, después de que este médico realizó un estudio sistemático del aparato ocular y de los pares craneanos con él relacionados en 1978 asiladas sifilíticas durante los años de 1935 y 1936, observó que la infección sifilítica temprana del “neuroeje” no era rara en ellas. Dicho resultado lo llevó a afirmar que “la invasión temprana del sistema nervioso se verifica en

⁴⁰ Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.

⁴¹ Para una historia del Hospital de Morelos y sus funciones, ver: Fernanda Núñez Becerra, “El papel de hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, v. 8, n. 42, 2001. Bliss, *op. cit.*, p. 1-2.56-57. La historia cronológica del Hospital se encuentra en “Historia del Hospital de la Mujer”, *Secretaría de Salud*. <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/historia1.htm>

⁴² La tabes también era una consecuencia de la sífilis terciaria, la cual era originada por la invasión del treponema sifilítico en los cordones posteriores de la médula espinal, perturbando las células nobles de la médula ocasionando trastornos en la sensibilidad y la movilidad.

cerca del 10% de las sifilíticas jóvenes del Hospital de Morelos”.⁴³ Por ello era deber considerarlas como neuroluéticas y tratarlas con las terapéuticas asignadas para tales casos.

A comienzos del siglo XX, La PGP era dividida en cuatro periodos evolutivos. El primero era el *periodo prodrómico*, que consistía en dos etapas: de *incubación* y de *invasión*. El estado de *incubación*, que según Ramírez Moreno debía denominarse como *pre-clínico*, quedaba comprendido entre el momento de contraer la infección y las primeras manifestaciones clínicas, de modo que los únicos trastornos patológicos eran los del líquido cefalorraquídeo, que podían permanecer muchos años ocultos, en ausencia de síntomas mentales. En el estado de *invasión* las primeras manifestaciones morbosas eran psíquicas, somáticas o mixtas. Los diversos trastornos mentales durante este tiempo se presentaban, según este médico, de manera “absurda” e “ilógica” contrastando con la personalidad del sujeto, lo cual atraía la atención y ponían sobre la pista el diagnóstico.⁴⁴

En el *periodo de principio*, también llamado *médico legal* por la frecuencia con que los pacientes suscitaban conflictos sociales, –y especialmente penales–, debido a comportamientos violentos, había un aumento aparente de la inteligencia por el estado habitualmente expansivo de los pacientes. Otros síntomas eran amnesia, cambios de carácter (eran los trastornos más apreciables por la familia, pues la manera de ser de los enfermos se volvía diametralmente opuesta a lo que había sido su conducta), pérdida de la autocrítica y

⁴³ M. Puig Solanes. “Infección sifilítica temprana del sistema nervioso en gran número de asiladas del Hospital Morelos”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, t. 1, n. 2, 1938, p. 67-69. Otro texto que describe el tratamiento brindado a las sifilíticas en el Hospital de Morelos es de quien fue el Director de dicho hospital, Francisco Reyes, “El mercurocromo 220. Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluorescina por la vía endovenosa como anti-luético”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, t. 1, n. 2, 1938, p. 71-74.

⁴⁴ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 46-47.

faltas a la moral, actividad y estados afectivos, ideas delirantes y delirios, y por último, trastornos psicosensoresiales.⁴⁵

El *periodo de estado* era el más “aparatoso”, ya que se encontraban los síntomas en pleno desarrollo y las formas que presentaban eran muy numerosas. Entre los estados psíquicos se hallaban la demencia, estados maniaco depresivos y estados delirantes, siendo el de grandeza el más frecuente con sus diversos aspectos: de satisfacción, riqueza, invención egolatría, etc. También se presentaban ideas de humildad, de desesperación, de incapacidad, de ruinas, de indignidad, de autoacusación, de persecución, místicas, eróticas, de transformación corporal, etc. Los síntomas físicos eran trastornos de lenguaje, trastornos pupilares, temblores, contracturas, parálisis, reflejos, sensibilidad e ictus, entre otras más. Finalmente, el *periodo terminal*, en el que según Ramírez Moreno, los enfermos se podrían comparar con “animales acerebrados”, ya que su capacidad cognitiva estaba completamente destruida y sólo existían reflejos automáticos.⁴⁶

El estado que presentan es tan lastimoso que dejan profunda impresión y tristeza. Son seres aniquilados, la caquexia o marasmo paralítico es extremo, al grado que sólo pueden estar en la cama o en sillones acojinados[...] su lenguaje es muy reducido y más que palabras, balbuten gritos ininteligibles[...] no pueden comer por sí solos, se defecan y orinan en la cama, lo que constituye el estado de gatismo.⁴⁷

Al igual que los otros enfermos, los paralíticos, generalmente, ingresaban a La Castañeda con la nota de dos médicos cirujanos indicando que padecían de enajenación mental, por tanto debían de ingresarse para su tratamiento. En la ficha de admisión, que incluía un interrogatorio, se encontraban unas preguntas con relación a los antecedentes patológicos familiares con el fin de descartar que el enfermo tuviera padres, abuelos o tíos sifilíticos,

⁴⁵ *Ibid.*, p. 47-52.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 53-57.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 57.

alcohólicos, suicidas o enfermos mentales, etc., también indagaban sobre los antecedentes patológicos del enfermo, por si había sufrido tifo, tuberculosis, enfermedades venéreas u otra patología infecciosa. La otra pregunta relevante era a qué causa se atribuía su enfermedad, a lo cual se obtenía como respuesta: a la sífilis.

El problema de la PGP trascendió los muros de La Castañeda. Al tener certeza de que la causa etiológica de la PGP era la sífilis, y esta a su vez era una enfermedad que se contagiaba por contacto sexual y de manera congénita –lo que denominaban durante gran parte del periodo como sífilis hereditaria–, se puede establecer que el principal círculo familiar de estos enfermos, muy posiblemente también padecieran sífilis. Por ejemplo, Manteca Parra indicaba que cuando la mujer contraía la infección del marido, se denominaba como “parálisis general conyugal”.⁴⁸ De allí la gran preocupación que generaba esta enfermedad venérea en las autoridades médicas.

En La Castañeda, según se observa en el siguiente cuadro, más de la mitad de los paralíticos eran casados. Este dato diferencia a la población de paralíticos con la general, pues de estos últimos la mayoría eran solteros. Sin embargo, aunque se indicara en el expediente que el paciente era soltero, no hay certeza de que éste no compartiera su vida sentimental con una pareja.

Cuadro 1. Estado civil de los pacientes con PGP y de la población general, 1910-1968

Estado civil	PGP	Población general
Casado	52.47%	28.14%
Soltero	34.41%	55.80%
(en blanco)	6.06%	8.39%
Viudo	5.50%	5.96%
Unión Libre	1.13%	1.04%
Divorciado	0.28%	0.48%
Amancebado	0.14%	0.08%

⁴⁸ Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, F-MG, S-LRA, 1910-1968.

En conclusión, la PGP no sólo se consideró como una patología mental caracterizada por su signos somáticos, su cronicidad y su índice de mortandad (el cual se verá más adelante), sino también por llevar al paciente, y a su círculo familiar, por los senderos de la inmoralidad y del estigma social causados por la sífilis. Sumado a lo anterior, se podría afirmar que la sífilis, según el historiador Jean Garrabé, representó simbólicamente dos miedos fundamentales del ser humano: el miedo a morir y el miedo a perder la razón.⁴⁹

c. La historia de un paralítico

Después de haberse intentado suicidar en el mar y con pérdida parcial de la memoria, Rafael ingresó al Manicomio General el 5 de septiembre de 1921. Nació el 8 de diciembre de 1881 en Atoyac, Guerrero. Hijo de padre “nervioso, violento de genio”, y de madre, al parecer, sana. Tuvo tres hijos, dos de los cuales murieron en la primera infancia, uno de ellos de viruela. Aseguraba haber llegado a ser coronel militar durante el periodo revolucionario. Sin embargo, antes de pertenecer a la milicia, fue agricultor. Desde 1901 empezó a abusar de los “placeres genésicos” y en 1910 bebía constantemente cerveza, tequila y comiteco. Dos años después adquirió un chancro sifilítico que no trató de manera adecuada, evolucionando a una sífilis *secundaria* que se manifestó en erupciones maculo-papulosas en el tronco y miembros superiores, además de una “bolas” en el cuello y nuca, y caída del cabello. Sufría constantemente insomnio y declaró una disminución de la potencia genital. Fue tratado con

⁴⁹ Citado por Villasante, *op. cit.*, p. 54. Aunque esta afirmación la realiza para describir el sentimiento generado por la sífilis en el siglo XIX, también se puede trasladar al siglo XX ya que fue a partir de los primeros años de este siglo que se confirmó que la causa fehaciente de la PGP era la sífilis.

jarabe de Gibert, medicamento antisifilítico que se administraba por medio oral, a base de biyoduro de mercurio y yoduro de potasio.⁵⁰ También se le administró neosalvarsán.⁵¹

En La Castañeda, y debido a que se encontraba “sumamente exaltado” y expresando palabras incoherentes, con ideas de persecución, chiflando, bailando y cantando, tuvo después de su internamiento, varios ingresos al Pabellón de Peligrosos. Su primer diagnóstico fue “alcoholismo crónico con delirio alcohólico”. Salió por mejoría el 25 de mayo de 1922, a solicitud de la familia.⁵²

No pasó mucho tiempo para que Rafael volviera a ingresar a La Castañeda, ya que después de diez días de su salida, regresó tras haber comido vidrio triturado, chapopote y tintura de iodo. También, con intenciones de suicidarse, encendió su ropa y se picó con alfileres. Fue diagnosticado con PGP y pasó casi un año y medio en el Manicomio para posteriormente salir el 7 de diciembre de 1923 por solicitud de la familia. Trece días después fue remitido por la policía, hablando incoherencias, con temblor en la lengua, desigualdad pupilar y pterigiones.⁵³ Era un enfermo molesto, constantemente se burlaba de otros compañeros enfermos, además bailaba y cantaba sin control. El 29 de diciembre de ese año le realizaron las pruebas de laboratorio, todas fueron positivas, comprobando que el treponema sifilítico había invadido su cerebro. Sus momentos de euforia y alegría contrastaban con sus estados de profunda tristeza, alegando ser un inútil y un enfermo sin remedio. Se quejaba de ser un “desgraciado impotente”, se sentía un perverso y poco

⁵⁰ Este medicamento fue creado por Camille Melchior Gibert (1797-1866) y fue comúnmente usado en diversos países como Colombia, Chile y España.

⁵¹ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 119, exp. 7094, ff. 41.

⁵² AHSS, F-MG, Se-EC, caja 119, exp. 7094, ff. 41.

⁵³ Un pterigión es un crecimiento benigno en el ojo que sobresale de la conjuntiva y lentamente se propaga a través de la córnea.

hombre, debido al haber practicado la sodomía en varios enfermos cuando estuvo en el Pabellón de Peligrosos. Un fragmento de una carta dirigida a su hermana, brinda una idea de lo que sentía este enfermo por padecer la PGP.⁵⁴

Manicomio General. Mixcoac. Agosto 21 de 1924.

Señorita Simona...

Acapulco, Guerrero.

Querida Hermana:

Como siempre sigo triste y agobiado al tener que soportar esta visible enfermedad, este encierro me quita mucho el ánimo y la alegría, ya tengo deseos de respirar otro ambiente, pues como le he dicho otras veces mi enfermedad es de larga duración y no quiero resignarme a morir en este encierro.⁵⁵

La carta terminó con una petición de ropa adecuada para salir. El 28 de abril de 1925 le dieron el alta por solicitud de su familia. Sin embargo, a los tres días de estar en su hogar, quejándose de fuertes dolores de cabeza, trató de golpear a sus familiares, por lo que decidieron internarlo nuevamente. En su reingreso, se mostró excesivamente agresivo y con “excitación verbal”, por lo que fue necesario ponerle la camisa de fuerza y aislarlo de los demás enfermos. Deliraba expresando que se iba a casar al día siguiente en Iguala y manifestaba tener delirios de persecución, que asociaba a la presión que sostenían sobre su familia individuos influyentes, alegando que su encierro se debía al temor de su madre de que lo matasen. En el aspecto físico el paciente padecía de temblor fibrilar de los labios, párpados y lengua, numerosas escoriaciones dermoepidérmicas en el dorso de ambas manos y varias contusiones de primer grado en la cabeza.⁵⁶

El paciente murió poco tiempo después, pero paradójicamente no fue por causas de la PGP, sino por quemaduras que sufrió durante un baño de agua caliente o de “temperatura”

⁵⁴ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 119, exp. 7094, ff. 41.

⁵⁵ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 119, exp. 7094, ff. 62.

⁵⁶ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 119, exp. 7094, ff. 41.

en el Manicomio, que fue empleado para “tranquilizarlo” debido a su estado “excitación” y violencia.

El anterior caso es relevante ya que se ponen en tensión temas médicos, sociales y morales de la PGP. Al indicar que el enfermo disfrutaba de los placeres genésicos y del alcohol se relacionaba su enfermedad con problemáticas sociales, ya que se consideraba que los padecimientos sifilíticos eran el resultado de una vida “impura”. También es relevante pues permite observar la evolución de la enfermedad. En un principio, Rafael padeció un chancro sifilítico mal tratado, el cual evolucionó a una sífilis *secundaria*. Aunque inicialmente no se asoció su enfermedad mental con la sífilis, sino al alcoholismo, en su expediente se observó la importancia brindada al avance de los síntomas del denominado mal gálico.

En su segundo ingreso se diagnosticó con PGP. Confirmada su enfermedad por las pruebas de laboratorio y complementadas con los síntomas físicos y psíquicos, se comprobó la invasión del treponema sifilítico en el cerebro del militar. Sobresale su postura fatalista sobre la enfermedad, ya que constantemente advertía a sus familiares que no lo sacaran del Manicomio porque podría hacer algo indebido en el exterior, resaltando la visibilidad de la enfermedad, factor que, evidentemente, causaba un fuerte estigma social y moral. Esto sin duda es una información importante, ya que, quizá, fue por ello que la policía lo remitió en su tercer reingreso. Recordemos que uno de los periodos más conflictivos de la PGP era el *periodo de principio o médico legal*, momento en el cual, estos enfermos podían cometer diversos delitos. Uno de los signos de este periodo era, de acuerdo con Ramírez Moreno, la “afectividad y estados afectivos”, donde los parálíticos tenían la actividad más exaltada, padeciendo de “hiperproducción de pensamientos, de cálculos, etc., locuacidad, exageración

genésica que conducía a ultrajes públicos al pudor y violaciones. Además de robos, excesos alcohólicos e impulsividad, actos todos de carácter brusco”.⁵⁷

A pesar de pedir en numerosas ocasiones que no lo retiraran del Manicomio, también expresaba en sus cartas que no quería morir encerrado en La Castañeda, pues su enfermedad era de larga duración y probablemente incurable, por lo tanto es destacable la cantidad de veces que salió por solicitud de su familia. Aunque fuera un enfermo que dentro y fuera del Manicomio se caracterizara por un comportamiento violento y conductas suicidas, los médicos de La Castañeda no se opusieron en ningún momento a su salida. Por tanto, la imagen de las instituciones psiquiátricas como centros de reclusión, confinamiento social y aislamiento forzado, queda en entredicho con estos hechos.

Si bien este paciente no murió por la PGP, la cronicidad y mortandad que causaba esta enfermedad en la Castañeda se puede resumir en los siguientes datos: el 52% de los paralíticos que ingresaron salieron muertos; por solicitud de la familia el 24% y no regresó del permiso, el 13%. Aunque su salida no fuera por muerte, ello no garantizaba que el paralítico se encontrara mejorado, sólo el 2% salió bajo esa condición, sin embargo, eran pacientes que comúnmente reingresaban. La PGP fue tan letal, que significó la enfermedad que más muertes causó en el Manicomio. No obstante, el 78% de las causas de decesos no se registraron; la PGP causó el 2.33% del total de las muertes, la caquexia el 1.10% y la neumonía el 1%.

2. La PGP en La Castañeda. Tres momentos

⁵⁷ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 48-49.

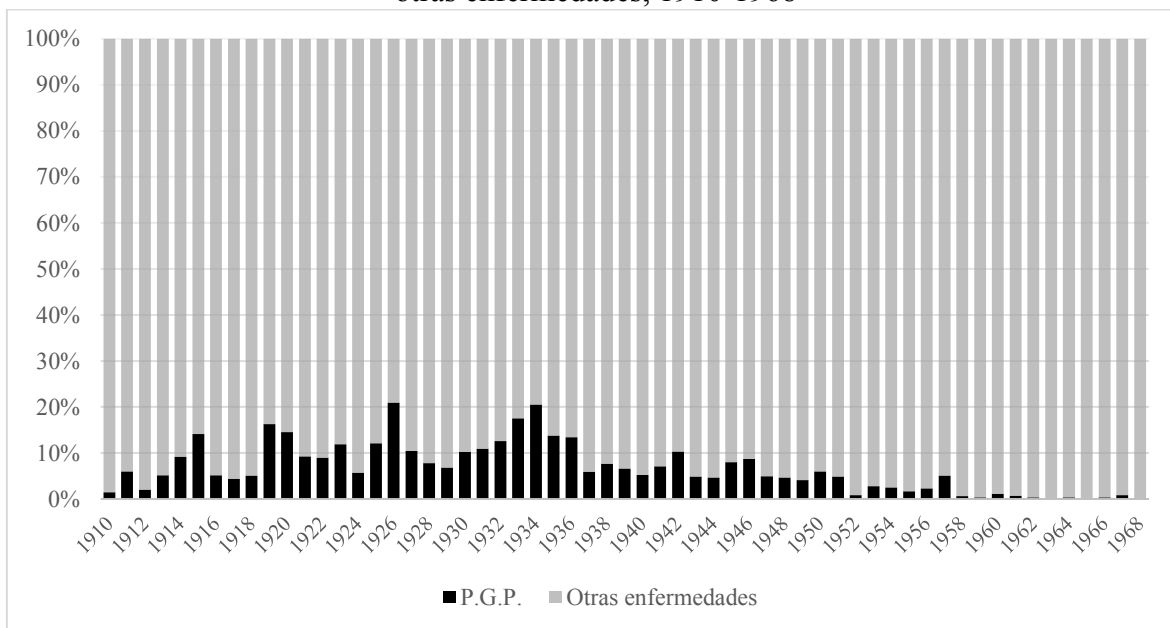
Según la gráfica 1, la PGP fue una enfermedad mental que estuvo presente en gran parte del tiempo de funcionamiento de La Castañeda, representando el 5.7% de los diagnósticos. Sin embargo, antes de continuar se debe aclarar que la PGP no fue la única enfermedad mental causada por un estado *terciario* de la sífilis. La neurolúes, la tabes, la sífilis cerebral y la heredosífilis, fueron patologías comúnmente diagnosticadas por los médicos del Manicomio.⁵⁸ Las enfermedades mentales como resultado de la sífilis, ocuparon el 10% del total de ingresos, pero de ese porcentaje, la PGP ocupó más de la mitad de los diagnósticos, el 57%, ello la convirtió en la enfermedad mental de origen sifilítico más diagnosticada.

Samuel Ramírez Moreno indicaba que la diferencia entre la PGP y las demás neurosífilis podría establecerse en la clínica, en el laboratorio y en la anatomía patológica. De acuerdo con este médico, la característica propia de la PGP era que presentaba un aspecto hipervirulento de la sífilis, como se podía ver en los procesos meningo-vasculares más generalizados, en la marcha progresiva y en la intensidad de las reacciones de laboratorio, ya que eran mayor que las de otras neurosífilis. En definitiva, se consideraba como la forma más intensa que producía el treponema en el cerebro y sus anexos.⁵⁹

⁵⁸ En algunos casos clínicos de epilepsia esencial, se creía que la razón etiológica se debía a la sífilis. El médico Horacio Brindis, retomando algunos puntos propuestos por Fournier décadas antes, aseguraba que la sífilis *secundaria* podía estimular algunas neurosis preexistentes, despertar algunas neurosis extinguidas o calmadas. “De este modo tenemos ejemplos frecuentes, para la histeria sobretodo, y aún para la epilepsia”. Igualmente explicaba que la sífilis podía provocar y crear toda clase de neurosis que no existían antes de ella y que no se habían revelado nunca por ningún indicio, y que sin ella, probablemente, no se habrían producido. Para demostrar lo anteriormente explicado, aludía a que algunos individuos en un estado *secundario* de la sífilis, presentaron crisis exactamente iguales a los de la epilepsia esencial y que mejoraron bajo la influencia del tratamiento específico. No obstante, Brindis advertía que no tenía suficientes datos para asegurar que la epilepsia esencial, fuera siempre de origen sifilítico, pero en los casos que había estudiado, no se podía negar esa relación, aunque en algunos otros, las reacciones serológicas eran siempre negativas. Horacio Brindis, *Relación entre la epilepsia y la sífilis. Contribución para su estudio*, México, tesis Facultad de Medicina UNAM, 1922.

⁵⁹ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 23-24.

Gráfica 1. Ingresos por años de pacientes con PGP a la Castañeda en comparación con las otras enfermedades, 1910-1968



Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, F-MG, S-LRA, 1910-1968.

Como se observa en la anterior gráfica, los ingresos de los paralíticos son bastante irregulares a lo largo de las décadas de funcionamiento de la institución psiquiátrica. No obstante, resaltan tres momentos: 1910-1924, 1925-1946 y 1947-1968, que se pueden resumir de la siguiente manera: el primero, caracterizado por el periodo bélico revolucionario, el Manicomio fue subutilizado, ya que nunca superó su capacidad asilar, sino que por el contrario, en términos generales, las cifras de ingresos totales decrecen. El segundo, donde se presentan los mayores índices de admisiones, se define por la búsqueda de una estabilidad administrativa basada en reformas institucionales y por una consolidación del gremio psiquiátrico. A su vez, fue durante este periodo que se desarrollaron diferentes tipos de terapéuticas para el tratamiento de estos enfermos, especialmente la penicilina en la segunda mitad de la década de 1940, lo que permitió un descenso considerable de ingresos a partir de esos años. El tercer y último momento, fue el declive radical en la cantidad de ingresos por

parte de estos pacientes. Esto se debe a que con el uso del antibiótico, la PGP fue extinguida de manera gradual del establecimiento psiquiátrico.

a. 1910-1924: del síntoma a la reacción Wassermann

Gran parte de este periodo, coincide con uno de los momentos más representativos de la historiografía mexicana: la Revolución. Según Andrés Ríos Molina, los ingresos generales al Manicomio fueron notablemente bajos durante el conflicto bélico. El argumento de este autor es que aunque se podría suponer que La Castañeda fue durante el periodo revolucionario un lugar destinado por los sujetos pobres y enfermos buscando techo y comida, la verdad fue que eso no ocurrió, ya que La Castañeda se construyó con una capacidad para albergar 1.200 pacientes, límite nunca alcanzado durante la década en cuestión.⁶⁰

Durante estos años, las instituciones que más pacientes remitieron fueron la familia y la policía, con un 39.44% y 27% respectivamente. La mayoría era originarios del Distrito Federal (19.72%), los restantes eran de otros estados mexicanos y del extranjero. Resalta que un número considerable de enfermos de PGP eran españoles, representando el 10.56% de los ingresos en este periodo, cifra sobresaliente, pues en la base general sólo se encontraron el 1.29% de enfermos mentales de nacionalidad española durante estos mismos años. También se hallaron alemanes, italianos, franceses y chinos. Asimismo, gran parte de estos paráliticos eran, como lo muestra el siguiente cuadro, no pensionistas, seguido de indigentes y pensionistas de 2a. Lo anterior puede indicarnos el estrato socioeconómico de los pacientes paráliticos en estos años.

⁶⁰ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 44-45.

Cuadro 2. Categoría de los pacientes con PGP, 1910,1924

No pensionista	50.00%
Indigente	19.01%
Pensionista 2a	12.68%
Pensionista 1a	8.45%
Pensionista 3a	7.04%
Reo	2.82%
Total general	100.00%

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, F-MG, S-LRA, 1910-1924.

Estos catorce años representaron el 20% del total de los ingresos por PGP a La Castañeda. Aunque durante el periodo revolucionario no hubo un ingreso masivo de pacientes a la institución psiquiátrica, la PGP fue una de las patologías más diagnosticadas en este lugar.⁶¹ Los años en que se presentaron mayores ingresos correspondieron a los que van desde 1919 hasta 1923. Si bien durante el año de 1924 se halló una leve reducción en los ingresos, es, según los expedientes clínicos revisados, iniciando la década de 1920 cuando se utilizó con mayor frecuencia la reacción Wassermann y la prueba del líquido cefalorraquídeo para el diagnóstico de la PGP. Por tanto, se puede instaurar como hipótesis que, con el uso de estas pruebas, se procedió a diagnosticar más pacientes con mayor certeza, acrecentando la población de paralíticos, tal y como se observa en la gráfica 1.

La reacción Wasserman, la cual lleva su nombre en honor a su inventor, el científico alemán August Poul Von Wassermann (1866-1925), era una prueba serológica capaz de diagnosticar la sífilis y comúnmente utilizada en La Castañeda. Como se mencionó anteriormente, en los expedientes clínicos se introdujeron los resultados de esta reacción a partir de los inicios de la década de 1920. Si bien el Manicomio tenía su propio laboratorio,

⁶¹ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 162-164.

también se realizaron pruebas serológicas a los paralíticos de esta institución en el Laboratorio Médico del doctor Jesús Arroyo y el Laboratorio Médico Dr. A. Martínez Solís. La prueba arrojaba unos resultados en forma de cruces, así que cuando se hallaran tres cruces (+++) era *positivo intenso*, dos cruces (++) *positivo franco*, una cruz (+) *positivo débil*, una cruz y signo negativo (±) *dudoso*, y finalmente cuando aparecía un signo negativo (-) era porque el paciente no padecía sífilis. Las pruebas podrían realizarse varias veces en el paciente con el objetivo de verificar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad con el tratamiento empleado. Ahora bien, cabe resaltar que esta era una de las particularidades clínicas de la PGP, ya que de las enfermedades mentales, era la única que se podía diagnosticar mediante pruebas de laboratorio.⁶²

A su vez, el estudio del líquido cefalorraquídeo se imponía en casos de diagnóstico etiológico incierto. José Guadalupe Munguía explicaba en su tesis publicada en 1920, que existía una infección meníngea desde el principio de la sífilis y eso se había demostrado sólo por las reacciones del laboratorio, igualmente que el estudio del líquido sub-aracnoideo debía practicarse desde el punto de vista citológico y químico, independientemente de que al mismo tiempo pudieran apreciarse algunos de sus caracteres físicos, que aunque de poco valor, no podían pasar inadvertidos.⁶³

Samuel Ramírez Moreno advertía que entre más rápido se realizara el diagnóstico de la PGP habría más posibilidades de mejorar el estado de salud del paciente, por ello era

⁶² Sin embargo, los resultados de esta prueba no siempre era acertados, Andrés Ríos argumenta que posiblemente el aumento de sifilíticos pudo obedecer al incremento de la actividad sexual entre soldados y prostitutas sin el control médico que aisle a los contagiados. Pero también pudo haber un sobrediagnóstico clínico por imprecisiones en la técnica del laboratorio. La elevada cantidad de sifilíticos pudo ser una realidad clínica, una ficción química o un poco de ambas. Véase Ríos Molina, *op. cit.*, p. 168. Especialmente el caso de los cuestionamientos realizados por el médico Edmundo Escobel a la prueba Wassermann. Pág. 166-167-168.

⁶³ José Guadalupe Munguía, *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la neurosífilis, especialmente de la tabes y la parálisis general*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1920, p. 17.

necesario un “diagnóstico preclínico” de la PGP. Él aseguraba que antes de que se presentaran síntomas de orden nervioso o psíquico, existían, utilizando la prueba del líquido cefalorraquídeo, signos que traducían la invasión del treponema sobre el sistema nervioso. Asegurando que por casualidad se habían encontrado en individuos aparentemente sanos, “tales signos humorales” en este fluido, propios a los señalados en la PGP o en otra forma de neurosífilis durante el periodo de *estado*; estos hallazgos habían servido tanto para diagnosticar oportunamente la enfermedad como para instituir una terapéutica enérgica y apropiada.⁶⁴ En definitiva, aunque se privilegiaran los resultados del laboratorio para el diagnóstico de la PGP, el valor de los signos somáticos también eran relevantes, ya que bajo la observación y la experiencia del especialista se llegaba a determinar que, efectivamente, el paciente padecía la enfermedad.

El ejemplo claro de lo anteriormente descrito fue el caso de un coronel táctico que ingresó a La Castañeda en 1915 bajo un agudo mutismo, tanto que su esposa fue la que contestó el cuestionario de recepción. Cuando le preguntaron a qué se debía la enfermedad de su esposo, ésta respondió que a “una fuerte emoción”. Aunque no tenía antecedentes de enfermedades venéreas, su padre, también militar, fue un suicida. En la historia clínica se encontró con que:

El enfermo se encuentra en la actualidad en un estado de depresión completa. No habla y por eso no se llena el interrogatorio. Por lo que dijera sería por lo que dice su esposa. Dicha señora refiere que hace año y medio poco más o menos, empezó a tener su esposo alteraciones en las piernas, y que su estado mental se descompuso desde que lo pusieron preso en la decena trágica. Y que tuvo principalmente delirio de persecución y un estado maniaco acentuado. Tenía disartria y su escritura era con líneas en zigzag, faltando silabas. Tenía frecuentes tachaduras.⁶⁵

⁶⁴ Samuel Ramirez Moreno, “El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa” *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. II, n. 6, 1935, p. 6.

⁶⁵ AHSS, F-MG, Se-EC, caja 57, exp. 3779.

Los trastornos mentales de este paciente iniciaron cuando lo encarcelaron tras la Decena Trágica, es decir, la explicación que brindó la pareja de este militar para justificar su enfermedad mental fue un trauma de guerra. Sin embargo, su diagnóstico clínico fue PGP, y su tratamiento médico fue dirigido a atacar el treponema, aunque no tuviera antecedentes venéreos conocidos.

El tratamiento médico para la PGP durante este periodo, según las historias clínicas consultadas, no variaba mucho al de la sífilis en sus dos primeros estadios, ya que era a base de mercuriales y arsenicales. Los arsenicales cobraron importancia en México con la introducción, a finales de 1910, del salvarsán 606. Este medicamento, creado por el alemán Paul Ehrlich (1854-1915)⁶⁶, fue considerado por la ciencia médica mexicana el comienzo del fin para el denominado “mal venéreo”. El 606, no sólo llamó la atención de médicos, sino del público en general, pues se trataba del descubrimiento de un remedio que:

En una sola aplicación, puede hacer desaparecer una de las enfermedades que causan la desgracia de la especie humana y cuyos estragos no solamente se hacen sentir en el individuo enfermo, sino en la especie, siendo capaces de sembrar desunión y la desgracia de familias que no merecían haberla sufrido. Se trata del remedio marcado con el número 606 y descubierto por Ehrlich.⁶⁷

Unos cuantos años más tarde de la llegada del 606 se introdujo una versión mejorada, el neosalvarsán 914, era más soluble y eficaz. Estos medicamentos, sin duda, marcaron una nueva etapa en el tratamiento de la sífilis, el cual, anteriormente, se constituía a base de

⁶⁶ Para una biografía completa ver: Lilian Chuaire, Juan Fernando Cediell, “Paul Ehrlich, de las balas mágicas a la quimioterapia”, *Colombia Médica*, v. 39, n. 3, 2008. José Elías García-Sánchez, Enrique García, María Lucila Merino, “Cien años de la bala mágica del doctor Ehrlich (1909-2009)” *Elsevier. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, v. 28, n. 8, 2010. Se puede ver un valioso trabajo realizado en España sobre la introducción del 606. José Luis Fresquet Febrer, “La introducción del 606 en España contada por la prensa diaria”, *El Argonauta Español*, 8, 2011.

⁶⁷ Fernando Licéaga, “El num. 606.” *Gaceta médica de México*, t. V, 1910, p. 505. Cabe resaltar que el invento de Ehrlich significó el inicio de la quimioterapia como terapéutica médica para diversas enfermedades, principalmente el cáncer.

mercurio.⁶⁸ Con la indudable aceptación de que la PGP se debía a un estado *terciario* de la sífilis, el tratamiento se dirigió a atacar el treponema sífilítico del enfermo. Así pues, se establecieron en el Manicomio varios métodos de aplicación del medicamento. El primero y el más común era denominado de *Swift y Ellis*, que consistía en extraer, sesenta minutos después de una inyección de salvarsán, 40 c.c. de sangre, se dejaba coagular y se centrifugaba con el fin de separar los glóbulos rojos. Después se guardaba el líquido en un refrigerador durante 24 horas, al cabo de este tiempo se diluía en suero fisiológico de modo que quedara al 40%: 12 c.c. de suero y 18 de agua salada. Finalmente, se calentaba a 56 grados centígrados durante media hora. De esta manera quedaba preparada la inyección y se introducía mediante una aguja en la cavidad subaracnoidea del enfermo. Las inyecciones se practicaban cada ocho días, y si el paciente había resistido bien, se aumentaba la concentración del suero.⁶⁹

Otros métodos eran el de *Barbat*, donde se introducía el salvarsán por inyección intravenosa e inmediatamente después se realizaba una punción intrarraquídea sacando líquido. En este procedimiento se hacía una especie de vacío en el canal raquídeo provocando una vasodilatación de los capilares menínges que facilitaba el paso del arsénico al líquido, aunque también se atribuían los buenos resultados del método al paso de anticuerpos, debido a que disminuía la presión del líquido cefalorraquídeo. El de *Ravaut y Mac Bride*, consistía en preparar soluciones de arsénico el primero y bicloruro de mercurio el segundo, mezclándolos directamente con el líquido cefalorraquídeo que inyectaban de inmediato, y en cantidades proporcionales según la susceptibilidad de los enfermos. Finalmente, en el método de *Byrnes* se usaba el bicloruro de mercurio, agregándose al suero del mismo enfermo, en

⁶⁸ El texto de Estrada Urroz. “Del mercurio...”, describe cómo fue la introducción y las primeras aplicaciones del 606 en México.

⁶⁹ Munguía, *op. cit.*, p. 29-30.

la proporción de un miligramo o más, según la susceptibilidad del paciente. Después se inyectaba en el canal raquídeo.⁷⁰

En definitiva, la PGP fue una enfermedad mental que se caracterizó por ser diagnosticable mediante pruebas serológicas y tratable por medio de medicamentos. Asimismo, fue una enfermedad que estuvo presente desde que inició labores La Castañeda, teniendo un gran impacto en los años finales de la Revolución y comienzos de la década de 1920. Los militares se convirtieron en uno de los grupos más representativos debido a que eran considerados clientes asiduos de las prostitutas. Además, debido el movimiento de tropas durante el conflicto bélico, coadyuvó a una propagación de la infección sifilítica. No obstante, fue durante el siguiente periodo que se encontró la mayor cantidad de ingresos de pacientes paralíticos en La Castañeda, enfermos que posiblemente adquirieron la sífilis durante el periodo revolucionario.

Anteriormente, se citaba a Manteca Parra cuando explicaba que los militares, los comerciantes y los empleados fueron los oficios de los pacientes más propensos de adquirir la PGP. Aunque los comerciantes y otras diversas ocupaciones fueron las que tuvieron los mayores índices de ingreso, cabe resaltar que los militares fueron un grupo ocupacional definido y en los otros se podrían asociar cualquier cantidad de oficios. De cualquier modo los militares durante este periodo ocuparon el 8% del total de los ingresos por PGP.

No es extraño, entonces, que durante este periodo el mayor ingreso de militares se realizara en los momentos finales de la Revolución y principios de la década de 1920, ocupando el 31.69% del total de ingresos de este gremio, ya que, como se ha descrito

⁷⁰ *Ibid.*, p. 31.

anteriormente, la PGP se manifestaba a partir de 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica, ello pudo ser, entre otras cosas, una de las razones por las cuales hubo un numeroso ingreso de estos pacientes en el periodo que comprende los años entre 1925 a 1946.

b. 1925-1946: del “experimento” a la penicilina

Según la gráfica 1, este periodo fue en que más enfermos se presentaron en La Castañeda, representando el 62% de los ingresos. Es en este momento donde se encuentran los años con mayores ingresos: 1926, 1934 y 1936. Sólo en estos tres años entraron el 14% de los pacientes paralíticos en los 58 años de funcionamiento del Manicomio. Se ha marcado esta temporalidad debido a que fue a partir de 1925 que se registró un incremento de ingresos de pacientes paralíticos en La Castañeda, y es 1946 el último año de un ingreso considerable; a partir de 1947 las cifras tendieron a bajar.

Durante este periodo los paralíticos fueron en su mayoría mexicanos, 91.84%, no se registró su domicilio el 4% y el resto se dividieron en algunos españoles –que a diferencia del periodo anterior, sólo registró el 1.59%–, además de alemanes, chinos, húngaros, polacos, japoneses, etc. Como puede observarse en el siguiente cuadro, la categoría indigente, que fue una de las que más números registró en el periodo anterior, desapareció. Pero la figura de no pensionista, continuó siendo la que más registros conservó. Del mismo modo, se encontraron algunos distinguidos, que aunque pocos y sumados a los pensionistas, indican entre los enfermos mentales por sífilis, habían personas de los altos estratos sociales.

Cuadro 3. Categoría de los pacientes con PGP, 1925-1946.

No pensionista	83.44%
Pensionista 3a	4.54%
Pensionista 2a	3.85%
Pensionista 1a	2.95%

Pensionista	2.04%
Reo	2.04%
Distinguido	0.91%
Pensionista exceptuado	0.23%
Total general	100.00%

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, F-MG, S-LRA, 1925-1946.

Cabe resaltar la diversidad de oficios que tenían estos paráliticos. Se ha reunido a los oficios como albañil, agente postal, arriero, artesano, carnicero, cargador, etc., en un solo grupo que se denominó “diversos oficios”, los cuales ocuparon el 53.29%. Las amas de casa fueron el 9.30%, los comerciantes el 8.16% y los militares el 7%. Se reunieron otros oficios en “profesionales”, donde tuvieron cabida arquitectos, abogados, médicos y hasta un senador. Ellos ocuparon un 3.63%.

Ahora bien, ¿a qué se debió el importante ingreso de pacientes con PGP a La Castañeda durante estos años? Una hipótesis puede ser el desplazamiento poblacional originado en este periodo y que conllevó a una expansión demográfica en la ciudad, lo que pudo traer como consecuencia un incremento en la densidad poblacional del Manicomio. Por ejemplo, las cifras de paráliticos que nacieron en otros estados fueron del 67.11%, mientras que del Distrito Federal un 23.81%, y no se registró un 8.62%. No obstante, la mayoría de estas personas residían en el D.F. con un 78.23%, no se registró 5% y en otros estados el 16.55%. Por otro lado, este aumento constante en la población citadina, trajo consigo problemas sociales que de alguna forma pudieron contribuir para el incremento en los índices de infectados con sífilis, por ejemplo la prostitución.⁷¹

⁷¹ Rodrigo Meneses explica el proceso de control médico que debían llevar las prostitutas con el fin de descartar las enfermedades venéreas para poder continuar ejerciendo su oficio. Además explica de manera detallada, la zonificación que se creó en la ciudad para el ejercicio de la prostitución a partir del nuevo Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución en el Distrito Federal. Véase: Meneses. “De jueces, prostitutas...”, p. 207-208.

En 1927, el Jefe del Departamento de Salubridad Pública, Bernardo Gastelum (1886-1981) aseguró que el 50% de la población mexicana padecía de sífilis y que en la población nacional había 60% de contagiados. Cantidad bastante exagerada, sin embargo, este médico mencionó dichas cifras con la intención de impulsar la mayor iniciativa para el control de las enfermedades venéreas en México durante la primera mitad del siglo XX: la Campaña Nacional Antivenérea.⁷²

Esta Campaña, la cual dependió del Departamento de Salubridad Pública, fue una cruzada propagandística cuyo objetivo era educar tanto a los hombres como a las mujeres de la ciudad de México sobre las enfermedades de transmisión sexual. También se distribuyeron alrededor de 630.000 panfletos sobre sífilis y 430.000 sobre gonorrea.⁷³ La campaña de educación higiénica antivenérea se basó principalmente en la presentación de conferencias sobre la profilaxis de la sífilis, sus consecuencias y sobre todo, las formas existentes para evitarla.⁷⁴ Es decir, la institución creó un aparato propagandístico con el fin de “educar” o concientizar a la población de los riesgos de adquirir la sífilis, en donde el cine fue una importante herramienta de divulgación, principalmente con las películas *Listos para vencer y al final del camino*.⁷⁵ Por otro lado, también se observó que el control de la enfermedad ya

⁷² María Rosa Gudiño Cejudo, *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960, del papel a la pantalla grande*, Colegio de México, Tesis doctoral en Historia, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 10. En esta tesis se encuentra de manera muy clara, la información sobre los medios propagandísticos que dispuso la Campaña, principalmente el cine como medio de difusión para la concientización del público en general

⁷³ Bliss, *op. cit.*, p. 102-103.

⁷⁴ Gudiño, *op. cit.*, p. 144.

⁷⁵ La implementación de carteles para la concientización de la población en general sobre los riesgos de las enfermedades no fue una cuestión nueva en el México posrevolucionario. Ésta se diseñó y se volvió masiva en algunos países europeos en el periodo de entreguerras. Para el caso español ver Ramón Castejón, Enrique Perdiguer y Rosa Ballester, “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección materno-infantil (1900-50)”, *História, Ciências, Saúde- Manginhos*, v. 13, n. 2, 2006. Castejón Bolea, “Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX”, *Hispania*, t. LXIV, v. 3, n. 2018, 2004. Josep Lluís Barona, Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española. 1851-1945*, Valencia, Universidad de Valencia, 2008. El caso francés se encuentra bien documentado en Quérel, *op. cit.*

no se basó en reprimir o contener la prostitución: la Campaña se dirigió hacia el público en general.

Vale la pena aclarar que la Campaña se basó en una legislación clara que iba dirigida a los enfermos, médicos e instituciones médicas. En el año de 1940, durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, el reglamento constaba de ocho capítulos. El capítulo I, “de la curación obligatoria”, tenía tres artículos. El primero definía las enfermedades venéreas. El segundo, precisaba que toda persona que padeciese de alguna enfermedad venérea, estaba obligada a someterse a tratamiento médico hasta ser dado de alta. De no contar con un médico particular, debería acudir a los establecimientos de curación gratuita autorizados por el mismo Departamento de Tratamiento de estas enfermedades. Finalmente, el tercero especificaba que los directores de internados tenían la obligación de confiar a un facultativo legalmente autorizado el tratamiento de las enfermedades venéreas que padeciera cualquier persona que estuviera bajo su dependencia. El capítulo II se refería a las obligaciones de los que ejercían la medicina. El III describía la obligación de los enfermos:

1. Someterse al cuidado de un médico, ya sea particular o de un dispensario antivenéreo, tan pronto como sospeche que se encuentra enfermo de algún mal venéreo.
 - II. proporcionar al médico todos los datos que se le pidan.
 - III. En caso de que el enfermo cambie de facultativo, deberá presentar al que lo atendía, constancia de que está cuidado de otro y cumplir con éste, las obligaciones del artículo 4.
 - IV. No abandonar el tratamiento mientras no posea constancia de constituir peligro para la sociedad.
- Art. 6. Cuando alguien padezca una enfermedad venérea en periodo infectante y que por el trabajo a que se dedique constituya un vehículo de contagio, suspenderá su actividad hasta que sea dado de alta conforme a los dispuesto en el artículo siguiente. En caso de que a juicio del Departamento de Salubridad proceda el aislamiento, se ordenará la hospitalización.
- Art.7. Las altas será expedidas únicamente por médicos con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública y por los directores de los dispensarios y hospitales, en sus respectivos casos, cuando el periodo infectante haya desaparecido.⁷⁶

⁷⁶ Fondo Documental Edmundo Buentello, Biblioteca Instituto de Investigaciones Históricas (IIH), t. 4, ff. 469.

Los otros capítulos se definían así: el IV se refería a las obligaciones de los dispensarios y de los hospitales. El V acerca del contagio nutricional. El VI lo concerniente al certificado prenupcial, el VII mencionaba las estadísticas y estudios sociales que organizaba el Departamento de Salubridad Pública. Finalmente, el VIII advertía que cualquier violación a este reglamento, que no se considerara un delito, se castigaría administrativamente con multa de cinco mil pesos, según el daño causado o el peligro a que se hubiera expuesto a una persona a juicio de las autoridades.⁷⁷

No se ha hallado información acerca de que la Campaña tuviera que ver con los ingresos de pacientes a La Castañeda, pues su objetivo principal era “impedir la propagación de la sífilis, extinguiendo rápidamente la contagiosidad de las lesiones y suprimir la recidivas, que agravan considerablemente la enfermedad”, lo que sí se ha comprobado, fue su influencia en el aspecto terapéutico en la institución psiquiátrica.⁷⁸ Al parecer La Campaña quería mantener al tanto sobre la medicación e innovación del tratamiento de sífilis a los responsables del Manicomio. Por ejemplo, se encontró una carta del Jefe de La Campaña Nacional Antivenérea al Director del Manicomio, fechada el 6 de marzo de 1952, indicando:

En contestación a su atento oficio #468, de fecha de 22 del mes próximo pasado, en paquete anexo me permito enviarle un ejemplar del boletín epidemiológico que corresponde a los números 5 y 6 y que abarcan los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 1950, y en el cual encontrará usted los esquemas de tratamiento en relación con la sífilis y

⁷⁷ Para la década de 1950 el reglamento de la Campaña no se había cambiado considerablemente, salvo que su dependencia ya no era el Departamento de Salubridad Pública, sino la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

⁷⁸ El Dr. Juan L. Soto, Jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas en el D.F., aseguraba en 1938 que en los Dispensarios dependientes de la Campaña, los tratamientos específicos en uso podrían adaptarse a los tipos de enfermos que más frecuentemente llegaban en demanda de atención, y que podrían ser clasificados desde el punto de vista práctico, estos eran: 1- Enfermos de sífilis reciente, portadores de lesiones de extrema virulencia y poder contagioso. (periodo *primario* y *secundario*). 2- Mujeres embarazadas sífilíticas. 3- Niños heredo-luéticos con manifestaciones generales, cutáneas o viscerales. 4- Enfermos de sífilis con accidentes cutáneos terciarios y manifestaciones generales, así como signos viscerales, cuya existencia simultánea es frecuente. 5- Enfermos de sífilis con manifestaciones clínicas, pero con reacción de Wassermann positiva. Juan L. Soto, “Adaptación del tratamiento antisifilítico a los tipos de enfermos de los Servicios Antivenéreos. Necesidad de la unificación de los tratamientos. Esquemas destinados a facilitar su aplicación”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, v. 1, n. 2, 1938, p. 52-53.

que según su solicitud le interesa a usted conocer a fin de normar la conducta que se sigue en los tratamientos que se efectúan en ese frenocomio de su merecido cargo, también me permito enviarle dos ejemplares del manual para médicos relativo al diagnóstico y tratamiento de la sífilis.⁷⁹

Estos manuales eran una especie de cartilla dirigida a los médicos, pues contenían los nuevos avances en tratamientos y terapéuticas, además de diversas formas de prevención de la sífilis. Durante el inicio de esta temporalidad, los tratamientos contra la PGP cambiaron sustancialmente, y aunque algunos seguían siendo a base de arsenicales, fue durante la década de 1920 cuando se introdujeron nuevas terapéuticas médicas para combatir la PGP.⁸⁰

Según Ramírez Moreno, el tratamiento de la sífilis por malarioterapia se implantó en México en el Sanatorio “Dr. Rafael Lavista” en 1921.⁸¹ La malarioterapia o paludoterapia, era un procedimiento que se basaba en inocular de paludismo al paciente paralítico con el fin de generar una fiebre “benigna” y así atacar el treponema sífilítico.⁸² De acuerdo con Olga Villasante, la historia del tratamiento de la PGP puede dividirse en tres épocas, la de la quimioterapia específica (arsenicales), la de la malarioterapia y la de la penicilina.⁸³

En un artículo publicado en *La Gaceta Médica de México* en 1937, Ramírez Moreno aseveró que la malarioterapia, hasta ese momento, era el tratamiento por excelencia para combatir la PGP. De acuerdo con él, este procedimiento había hecho cambiar en el transcurso de los últimos veinte años las ideas que se tenían sobre la enfermedad, ya que la noción de

⁷⁹ AHSS, F-MG, S-ADM, caja 39, exp. 6, ff. 43.

⁸⁰ Samuel Ramírez Moreno, “Tratamiento de la parálisis general progresiva” *Gaceta médica de México*, t. LIX, n. 5, 1928. Este valioso texto, describe lo que hasta el final de la década de 1920 eran los tratamientos contra la PGP. La malarioterapia, y en general la piretoterapias, empezaron a ubicarse como tratamientos hegemónicos, no obstante, los arsenicales y mercuriales se siguieran usando comúnmente.

⁸¹ Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, México, Memorias del Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en París, 1950, p. 57.

⁸² Este procedimiento terapéutico fue ingeniado por el austriaco Wagner von Jauregg (1857-1940), lo que le representó el Premio Nobel de Medicina 1927.

⁸³ Olga Villasante. “La malarioterapia en el tratamiento...”, p. 180.

que podía ser mejorada o curada se había impuesto, tanto que hasta los más pesimistas reconocían el beneficio del tratamiento.⁸⁴ Cabe resaltar que durante estos años, este médico era la autoridad en el estudio de las neurosífilis, especialmente de la PGP, en México:

Inoculación de paludismo, y durante el periodo de incubación, de seis a quince días, preparo al enfermo mediante alimentación nutritiva y medicación estimulante, para cuando lleguen los accesos maláricos. Estos procuro que no sean en número menor de diez y, si es posible, más, contando como útiles los de temperaturas que alcancen los 40 grados, siempre de acuerdo a la resistencia y tolerancia de cada enfermo. [...] En el momento en que ya el paciente da muestras de agotamiento se corta el paludismo y se le deja varios días a que se reponga, pero inyectándolo con bismuto, que en muchos casos se aplica antes y durante la fiebre.⁸⁵

Los resultados de ser favorables, afirmaba este médico, se observaban casi siempre antes de la tercera semana, si ello ocurría se verificaba por medio del líquido cefalorraquídeo. Asimismo, explicaba que en sus observaciones clínicas, los medicamentos específicos, es decir los arsenicales, no curaban la PGP, inclusive su empleo podría resultar mucho más peligroso, favoreciendo la localizaciones nerviosas del treponema. Por lo que se enorgullecía de no usarlos como terapéutica definida y de haber sido de los primeros médicos en México en combatir su uso en los paralíticos.⁸⁶ Sin embargo, nada indica que éstos se dejaran de usar en La Castañeda, ya que uno de los medicamentos más solicitados por los directores de los pabellones fue el neosalvarsán.

Por ejemplo, durante 1932, Manuel Guevara Oropesa, quien ocupaba el cargo de director del Manicomio, envió una misiva a todos los directores de los pabellones, solicitando que le enviaran las listas de los medicamentos que necesitaban para el tratamiento de los

⁸⁴ Samuel Ramírez Moreno, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva” *Gaceta Médica de México*, t. LXVII, n. 3, 1937, p. 229.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 237.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 234-235.

asilados.⁸⁷ Así pues, los directores de los pabellones de Agitadas, Agitados y Epilépticos, pidieron varias dosis de bismuto, mercuriales y arsenicales, estos últimos bajo la forma de neosalvarsán. Mientras en el Pabellón de Neurosifilíticos, se solicitó Bismuthoidol, Triparsemida (arsénico), Dmelcos (vacuna antichancrosa), entre otros.⁸⁸

La terapéutica indicada por Ramírez Moreno para el tratamiento de la PGP fue principalmente la paludoterapia, la cual, a juicio de él, se debía intentar siempre a todo enfermo con PGP. La electropirexia, que se debía realizar como sustitutivo de la malaria, constituía en elevar la temperatura del paciente por medio de ondas eléctricas; el Dmelco, y los bismutados, que servían como apoyo a los anteriores tratamientos.⁸⁹

Patricia Guadalupe Alfaro, indica que el tratamiento a los paralíticos por medio de malarioterapia en el Manicomio, tuvo como aliado, en la década de 1940, al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). En 1944, el Manicomio General y el ISET firmaron los primeros convenios formales para el traslado de pacientes, sin embargo ello tuvo sus inconvenientes, ya que muchos de esos enfermos se fugaban del Instituto. A su vez, esta autora explica que gran parte de los enfermos enviados del Manicomio al ISET, eran no pensionistas, indicios de que asistían a las terapias por imposición, mientras que aquellos que tenían derechos porque pagaban su alojamiento, se negaban a asistir.⁹⁰

Además de las anteriores terapéuticas, se usaron –o intentaron emplear en La Castañeda– otros medicamentos. La tesis para optar al título de médico presentada por Manuel Camelo y en donde agradecía a Samuel Ramírez Moreno por haberle permitido

⁸⁷ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 6, exp. 2, ff. 13.

⁸⁸ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 6, exp. 2, ff. 19-22.

⁸⁹ Ramírez Moreno. “Valoración a través del tiempo...”, p. 236-237.

⁹⁰ Alfaro, *op. cit.*, p. 75.

“practicar sus observaciones” en el Manicomio La Castañeda, describió la utilización del azufre sublimado o flor de azufre para el tratamiento de la PGP. Igualmente, este remedio generaba un incremento de la temperatura del paralítico. Camelo expresaba que este compuesto era de fácil adquisición por las características geológicas en que se encuentra la ciudad de México, además del bajo costo que supondría usarlo, se utilizaba en una suspensión en aceite de oliva en la proporción de 5%. Este médico aseguraba que era preferible preparar la suspensión en pequeñas cantidades, de acuerdo con el número de pacientes tratados, ya que con el tiempo el aceite adquiriría color moreno y la homogenización era más difícil. El modo de aplicación era por vía intramuscular profunda, preferiblemente en la región glútea. Después de la aplicación, era frecuente observar la exacerbación de los síntomas mentales de estos enfermos, en forma de insomnio, ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicomotriz, etc., pero cuando se restablecía la regularidad térmica desaparecían todos los síntomas antes mencionados, notándose solamente en ocasiones una ligera palidez de la cara y un poco de agotamiento.⁹¹

Asimismo hubo pugnas entre los médicos por el tratamiento de los neurosifilíticos. Por ejemplo, en 1935, Alfonso Millán, quien fungía como el Director del Manicomio La Castañeda, redactó una carta con el objetivo de protestar por un artículo publicado en un periódico local, cuya autoría correspondió al médico Donato Pérez García. El señor Pérez indicaba en dicho artículo que la insulina era el medicamento esencial para el tratamiento de esta enfermedad.⁹² Lo siguiente hizo parte del texto redactado por Millán:

⁹¹ Manuel Camelo, *El azufre en la parálisis general progresiva*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1930, p. 12-18.

⁹² AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 19, exp. 15, ff. 1-2.

Recientemente el señor don Donato Pérez García, publicó en forma insólita, un artículo de índole médica afirmando que la insulina, aplicada en forma que sólo él conoce, cura la sífilis, especialmente cuando ataca el sistema nervioso.

No queriendo incurrir en análogo error de tratar asuntos técnicos fuera de los círculos científicos adecuados, me permito hacer las siguientes declaraciones:

Desde hace seis años, es decir, mucho antes de que el señor doctor Pérez García “descubriera” el uso de la insulina en el manicomio general se utiliza como elemento auxiliar en el tratamiento de los padecimientos neurosifilíticos. Los médicos correspondientes de dicho establecimiento, que tampoco inventaron” el procedimiento, lo han experimentado en todas las formas, por todas las vías y a las dosis más grandes, disponiendo de observaciones científicas de todo género.⁹³

Millán continuaba con la misiva explicando que con los trabajos realizados por médicos locales y extranjeros, los cuales se realizaron con todo el “rigor científico”, no se podía autorizar la idea de que la insulina pudiera constituir un “sistema especial de tratamiento ni menos una doctrina o procedimiento que pudiera reivindicarse como personal”. Sobre todo, aseguraba que nunca podría demostrarse que este medicamento por si solo o asociado a otros tratamientos permitiera una curación de los padecimientos neurosifilíticos. La carta finalizaba invitando al señor Pérez a exponer sus resultados en las asociaciones científicas locales, con el fin de no aumentar el “ya copioso bagaje del empirismo, de los que proclaman curar la sífilis sin inyecciones, la tuberculosis, etc. en un medio tan azotado como el nuestro por la credulidad y la ignorancia”.⁹⁴

Al parecer este altercado cobró más importancia con el paso del tiempo, ya que el señor Pérez García realizó en 1939 una prueba experimental del uso de la insulina en dos enfermos del Manicomio. Se escogieron a los médicos Leopoldo Salazar Viniegra, quien en ese momento ostentaba el cargo de Director de La Castañeda, Mario Fuentes Delgado y Luís Pizarro, para calificar dicho proyecto.⁹⁵ No obstante, por motivos de fuerza mayor, Alfonso

⁹³ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 19, exp. 15, ff. 2.

⁹⁴ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 19, exp. 15, ff.2-3.

⁹⁵ AHSS, F-MG., S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 1.

Millán sustituyó a Salazar Viniegra.⁹⁶ Este experimento causó gran impacto, ya que el mismo Jefe de la Campaña Nacional Antivenérea, el señor Alfonso Alarcón escribió al Manicomio, solicitando la información posible sobre los procedimientos del señor Pérez García.⁹⁷

La respuesta de Alfonso Millán fue contundente. Aparte de rechazar el tratamiento por insulina, atacó el procedimiento de Pérez García alegando que la elección de los dos enfermos fue al azar, procediendo sin ningún plan científico de trabajo, sin una selección clínica de los enfermos. En resumen, indicaba Millán, “el doctor Pérez García manifestó, tanto en su forma de trabajar como en la rapidez con que desea que se dictamine, una completa ignorancia de nuestra especialidad y una precipitación que producen una lamentable impresión de poca seriedad y de ligereza”.⁹⁸ Ejemplo de lo anteriormente explicado, fue que uno de los pacientes al momento de su ingreso fue diagnosticado con “parálisis general juvenil”, pero desde ese momento se trató de un caso dudoso, sin embargo, el médico Pérez García no vaciló en tratarlo como si fuera un paralítico. Al final el diagnóstico fue de postencefalitis, sin ningún rastro de neurosífilis. Ambos enfermos murieron.

El texto terminaba como el de cuatro años antes, invitando al señor Pérez García a exponer en un lugar adecuado sus observaciones médicas, “ya que dicho doctor rehúye sistemáticamente presentarse ante nosotros, sea en la Academia Nacional de Medicina, sea en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de México, y se limita a dar a la publicidad en los grandes diarios, noticias sobre su ‘descubrimiento’”.⁹⁹

⁹⁶ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 10.

⁹⁷ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 17.

⁹⁸ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 19.

⁹⁹ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 19.

Se observa una diversidad terapéutica para el tratamiento de la PGP, variedad que en algunos momentos generó rencillas médicas. El caso de Donato Pérez fue significativo no sólo porque permite ver la preocupación de la enfermedad por parte de la comunidad médica, tanto que cualquier indicio de curación se dimensionaba al grado de generar conflictos, sino también porque se puede observar que se usaron enfermos del Manicomio con el fin de experimentar medicamentos. Lo anterior puede relacionarse con las tesis de los médicos de la época, quienes practicaban y realizaban sus observaciones médicas con los enfermos del plantel psiquiátrico.

Sin embargo, el mayor acontecimiento de este periodo con relación al campo psiquiátrico de la neurosífilis, fue la llegada de la penicilina como agente terapéutico.¹⁰⁰ En 1944, se realizó en San Louis, Missouri, la Convención sobre Penicilina en la cual hizo presencia el reconocido psiquiatra mexicano Manuel Guevara Oropesa. Este médico advertía que después de sus observaciones en los hospitales de Chicago y Nueva York, y luego de escuchar el informe del Delegado de la Universidad de Nueva York en dicha Convención, se considerara la penicilina en el tratamiento de la sífilis en La Castañeda, particularmente en los casos rebeldes a otros tratamientos, así como cuando el paciente no tolerara el tratamiento específico y finalmente, previa selección de pacientes a los que se les hubiera comprobado

¹⁰⁰Alexander Fleming (1881-1955) descubrió el uso antibiótico de la penicilina, el cual fue dado a conocer en 1929. No obstante, no fue sino hasta la década de 1940 que se usó como tratamiento para la sífilis. Para una historia general de la penicilina ver: Robert Bud, *Penicilin. Triumph and tragedy*, New York, Oxford University Press, 2007. Boris Sokoloff, *La penicilina*, México, Fondo de Cultura Económica, 1945. Luís Munist, *La penicilina. La conquista médica más importante de la Segunda Guerra Europea. Su aplicación en los ejércitos en lucha y en la población civil*, Buenos Aires, Editorial Nova 1945. Un texto que habla sobre la introducción de la penicilina en La Castañeda es el de Ma. Blanca Ramos de Viesca, "La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General La Castañeda", *Salud Mental*, v. 22, n. 6, 1999, p. 37-4. Para ver la historia de la penicilina en España, Chile y Estados Unidos: J. González, A. Orero, "La penicilina llega a España: 10 de marzo de 1944, una fecha histórica", *Revista Española de Quimioterapia*, v.20, n. 4, 2007, p.446-450. Walter Lederman, "La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile", *Revista Chilena de Infectología*, v.23, n. 2, 2006, p. 172-176. Grossman C.M., "The first use of penicilin in the USA" *Annals Internal Medicine*, v. 149, n. 2, 2008, p. 135-136.

sífilis activa del sistema nervioso.¹⁰¹ El 19 de diciembre de ese mismo año, se aprobó por parte de la Junta del Consejo Psiquiátrico, dirigida por Edmundo Buentello, el tratamiento por medio de la penicilina a los pacientes neurolúéticos bajo las siguientes condiciones:

- 1- Comprobar en recientes analisis que la neurolúes es activa en el liquido cefaloraquideo, por lo que deberá enviarse el original firmado por el laboratorista responsable.
- 2- Comprobar que el paciente ha sido infructuosamente tratado por malaria o electropirexia, o que las condiciones orgánicas del enfermo no lo han permitido. Este requisito queda sujeto a investigacion por parte del concejo psiquiátrico.
- 3- Que se envíe la historia clínica completa del enfermo, escrita en maquina y firmada por el médico tratante.
- 4- El consejo al resolver cada solicitud de las que sean enviadas para trámite contestará por riguroso turno.
- 5- Que se somete el tratamiento por penicilina en neurolúéticos al control que la Secretaria de Salubridad y Asistencia fija en cada caso.¹⁰²

Además, se definió por instrucciones de la Dirección General de Asistencia y del Departamento Médico, que las aplicaciones de penicilina para neurosifiliticos e indigentes fueran gratuitas y para los asilados pensionistas de cualquier categoría debían ser sufragados por su familia.¹⁰³ Posteriormente, en marzo de 1945, se creó la Comisión para el Estudio e Investigaciones del uso de la penicilina en el Manicomio General. Dicha comisión experimental fue conformada por los doctores Leopoldo Salazar Viniegra, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropeza y Edmundo Buentello.¹⁰⁴

Así pues, se enviaron durante el mes de septiembre de ese año los expedientes clínicos a la Comisión con el fin de solicitar la penicilina para el tratamiento de algunos enfermos neurosifilíticos en La Castañeda. Generalmente se solicitaba 4 millones de unidades por tratamiento. Sin embargo, frente a la creciente demanda del antibiótico y por tener pacientes que con urgencia requerían tratamiento, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fungía como

¹⁰¹ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 1.

¹⁰² F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 24.

¹⁰³ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 19.

¹⁰⁴ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 16.

Director de La Castañeda, además de hacer parte de la Comisión, solicitaba que se instaurara un cuadro básico de penicilina en La Castañeda, siendo la cantidad mínima de 250 millones de unidades.¹⁰⁵ Por tanto se anularon las solicitudes individuales de medicamentos, de modo que Salazar Viniegra instó a los diferentes directores de los pabellones para que solicitaran la cantidad necesaria del antibiótico para su uso en cada pabellón.¹⁰⁶

En definitiva, los años que van de 1925 a 1946 fueron los más representativos para el campo psiquiátrico de la neurosífilis, pues no sólo fue el periodo en que más pacientes con PGP se presentaron a La Castañeda, sino que su tratamiento estuvo cargado de innovaciones médico-científicas. Se notó a su vez, que la estabilidad institucional y el reconocimiento profesional que tuvieron los psiquiatras del Manicomio General repercutieron en una mayor interacción médico-paciente, generando un alto grado de avance en los tratamientos médicos. Estos años también se caracterizaron por presentar más estudios relacionados con la PGP. Posiblemente, ello se debió a las altas cantidades de paralíticos, al igual que las cifras de contagiados por sífilis, enfermos que posiblemente terminaron en el Manicomio. Este periodo terminó con la implementación del antibiótico en la terapéutica de las neurosífilis en La Castañeda, medicamento “milagroso” que sin duda alguna consiguió descender los ingresos por parte de estos pacientes al punto de lograr, paulatinamente, la extinción de la PGP como enfermedad mental, pero ello se explicará a continuación.

c. 1947-1968: la llegada de una terapéutica efectiva

De acuerdo con la gráfica 1, a partir de 1947 las cifras de ingresos de pacientes con PGP presentaron un notable descenso hasta la clausura de la institución psiquiátrica en 1968.

¹⁰⁵ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 8.

¹⁰⁶ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 13.

Durante estos 21 años, se registró el 17.77% de los ingresos de pacientes paralíticos en los 58 años de actividades de La Castañeda. Ahora bien, este periodo inició con dos noticias significativas para el tratamiento de los paralíticos generales. La primera fue la llegada de la penicilina como medicamento esencial, supliendo gran parte de las terapéuticas arriba mencionadas. Y la segunda fue la clausura, en 1950, del Pabellón de Neurosifilíticos.

El Pabellón de Neurosifilíticos, como se explicó anteriormente, fue fundado bajo las gestiones de Samuel Ramírez Moreno en 1922, denotando la importancia que adquirió paulatinamente esta enfermedad en la ciencia psiquiátrica mexicana. Sin embargo, a finales de 1950 se clausuró, quedando circunscrita al Pabellón de Observación la especialidad de neurosífilis y el espacio físico que ocupaba en el Manicomio, el cual sería considerado de planta alta, y donde quedarían encargados de su organización los médicos del pabellón clausurado. Los enfermos que se encontraban en el Pabellón de Neurosífilis y que por la antigüedad de su padecimiento, o por haber terminado el tratamiento médico y haber negativizado sus reacciones y sólo presentarían cuadros psicóticos de diversas formas, fueron trasladados a diversos pabellones de La Castañeda.¹⁰⁷

Ocho años más tarde, la distribución de algunos pacientes neurosifilíticos en La Castañeda era de la siguiente forma. Eutimio Calzado Buentello, médico encargado del Pabellón de Epilépticos, indicaba que en dicho lugar se encontraban 11.¹⁰⁸ En el Pabellón de Pensionistas de 2ª clase, 7;¹⁰⁹ en el Pabellón de Cirugía, 8.¹¹⁰ La doctora Andaluz Carmona afirmaba que en el pabellón de Psiquiatría Infantil se encontraban 6 enfermos neurosifilíticos.

¹⁰⁷ F-MG, S-ADM, Caja 12, exp. 2, ff. 2.

¹⁰⁸ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 50.

¹⁰⁹ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 52.

¹¹⁰ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 55.

Mario Fuentes, Jefe del Pabellón de Observación, aseguraba que allí se hallaban 3 enfermas. Javier Garcíadiego, Jefe del Pabellón Bernardino Álvarez, aseveraba que allí había 27 pacientes; en el Pabellón de Tranquilas 1ª, 17 mujeres neurosifilíticas; en el Pabellón de Trabajadores B, 14; y en el de Oligofrénicas, 1.¹¹¹ En conclusión, según el Director de La Castañeda, José Luis Patiño Rojas, certificaba que de los 3007 enfermos que había en el Manicomio en 1958, 164 eran considerados como neuroluéticos,¹¹² es decir, el 5.45%.

Casi 10 años después las cifras bajaron considerablemente, de 5.45% hasta 2.3%.¹¹³ Según Héctor Cabildo Arellano, Subdirector de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, esta reducción fue posible debido a la utilización del antibiótico en el tratamiento de la sífilis. “esto indudablemente puede representar un reflejo de lo que ocurre en la comunidad, pues la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en este periodo.”¹¹⁴ Recordemos que a partir de 1945 se inició el tratamiento por medio de la penicilina en los neurosifilíticos de La Castañeda, suplantando las anteriores terapéuticas.

En 1945, Guillermo Calderón Narváez, indicó que la acción de la penicilina sobre el *treponema pallidum* se desconocía, aunque no por eso era menos eficaz. Según este médico, algunos galenos aseguraban que dicha acción consistía en modificar el medio que los rodeaba en forma tal, que al mismo tiempo que evitaba la multiplicación de los mismos, favorecía el que los existentes fueran destruidos por las defensas naturales del organismo. Otros pensaban que su acción se llevaría a cabo en el interior mismo del *treponema*, modificando sus procesos metabólicos, e impidiendo su crecimiento y multiplicación. Por último, algunos aseguraban

¹¹¹ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 56-62.

¹¹² AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 39, exp. 6, ff. 64.

¹¹³ Héctor M. Cabildo Arellano, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México*, t. IX, n. 4, 1967, p. 505.

¹¹⁴ *Ibid*, p. 505.

que la penicilina tenía una verdadera acción bactericida. Así pues, aseguraba Calderón Narváez, el tratamiento con este antibiótico debía administrarse en cantidades suficientes para curar al paciente lo más rápido posible, ya que de otra manera existía la posibilidad de producir una cepa penicilio-resistente.¹¹⁵

Calderón Narváez aseguraba que en enfermos con PGP, se observaba mejoría clínica después del tratamiento con penicilina hasta en un 80% de los casos. Las dosis totales que recomendaba eran de 4 a 5 millones de unidades, ya fueran repartidas en dos tratamientos de 2.4 millones cada uno, separados por 120 días de descanso, o bien en un solo tratamiento masivo.¹¹⁶ El modo de aplicación de la penicilina en los pacientes con PGP era por vía intramuscular sola, intravenosa sola, intravenosa asociada con sustancias como el dehidrocolato de sodio, que aumentaban la permeabilidad de los tejidos y capilares; intravenosa o intramuscular asociados a la fiebre artificial, intratecal sola (el medicamento se inyectaba en la parte baja de la espalda mediante la técnica de punción lumbar, dirigiéndolo directamente al líquido cefalorraquídeo), intratecal e intramuscular, y finalmente, intratecal e intravenosa asociadas a la fiebre artificial. Según este médico, en todos los métodos anteriores se reportaron mejorías más o menos acentuadas tanto en la clínica como en el laboratorio.¹¹⁷

Aunque en un principio todo era gran expectativa, a finales de la década de 1940 la escasez del antibiótico generó gran angustia entre las autoridades del Manicomio. Así, Mario Fuentes, Jefe del Pabellón de Neurosífilis mujeres de La Castañeda, en 1948 le escribía al

¹¹⁵ Guillermo Calderón Narváez, "Penicilina en neurosífilis", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, 1945, p. 49.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 62-64.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 58-59.

Director del establecimiento que el tratamiento con penicilina se encontraba suspendido desde hacía un mes debido a la falta del medicamento. Asimismo, aseguraba que posiblemente tendrían que volver a la terapéutica por paludismo, la cual habían dejado de lado debido a la introducción del antibiótico.¹¹⁸ Por su parte, el 30 de noviembre de 1948, Jesús Siordia, Subdirector del Manicomio, les solicitaba a los jefes de los pabellones que limitaran en lo posible el uso de la penicilina debido a que la cantidad con la que contaban era muy reducida para cubrir las necesidades del mes de diciembre de ese año, por ello sugería limitar este medicamento en los casos de pacientes con neurosífilis a los cuales ya se habían tratado con penicilina, dejando así las dosis disponibles para los enfermos más graves.¹¹⁹ Inclusive, en 1949, el Director de La Castañeda, Francisco Núñez Chávez, dirigió una misiva al doctor Guadalupe Vásquez, Director del Pabellón de Infecciosos, indicándole que debido a la escasez de penicilina, sólo la aplicara en casos estrictamente necesarios, anotando el nombre del enfermo y el diagnóstico del padecimiento que se iba a tratar. Igualmente, a los empleados del Manicomio que asistían a consultas médicas en la institución psiquiátrica y que requerían penicilina, se les debía negar con el fin de ahorrar el preciado medicamento.¹²⁰

Sin embargo, con el tiempo la situación mejoró. En 1959, los Laboratorios Scheramex, S.A. de C.V.¹²¹, donaron al Manicomio 1.000 frascos ampola de una nueva fórmula de penicilina, con el objetivo de experimentar dicho producto.¹²² De cualquier forma la penicilina supuso el final de los padecimientos sifilíticos, principalmente en sus dos

¹¹⁸ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 37.

¹¹⁹ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 35.

¹²⁰ F-MG, S-ADM, Caja 46, exp. 2, ff. 34.

¹²¹ Para una historia de la industria farmacéutica en México, ver: Mauricio de María y Campos, "la industria farmacéutica en México", *Comercio Exterior* v. 27, n. 8, 1977, p. 888-912.

¹²² F-MG, S-ADM, Caja 31, exp. 1, ff. 1.

primeros estados, lo que conllevó a una extinción gradual de la PGP en La Castañeda, tal y como puede verse en la gráfica 1.

Quince años después de la llegada de la penicilina, El médico Oswaldo Arias aseguraba que con el uso del antibiótico “se abrieron horizontes insospechados. En sólo diez años la penicilina abatió en todos los países la morbilidad de la sífilis, esa pandemia permanente desde hacía cuatrocientos años, a tal grado que hoy, trascurridos quince años, ya es difícil encontrar casos tempranos para enseñanza clínica”.¹²³

El optimismo generado por la eliminación de la PGP se manifestó prontamente en La Castañeda. Los médicos indicaban a sus pacientes que esta enfermedad ya no suponía una cronicidad y mortandad asegurada como en los años anteriores, pues existían medios eficaces para combatirla. Así lo ejemplifica el caso de Sara, enferma mental que ingresó a La Castañeda en el 21 de julio de 1964. Sara se presentó en compañía de su hermana con un oficio expedido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el Departamento de Neurocirugía, en la que solicitaba su internamiento debido a una “lúes antigua mal tratada”.¹²⁴

Sara nació en Veracruz, fue a la escuela hasta quinto año de primaria. Después de cumplir siete años se mudó a Tampico. Su padre era un hacendado de Veracruz, jugador, quien murió cuando era una niña. Después de haber tenido una decepción amorosa al llegar a la ciudad de México, Sara se inició en la prostitución adquiriendo la infección sifilítica.

¹²³ Oswaldo Arias, “Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXXIX, n. 4, 1959, p. 234.

¹²⁴ AHSS, M-MG, S-EC, Caja, exp. 57089, ff. 2.

Durante la entrevista en el Manicomio movía constantemente las manos y la cabeza, rehuyendo la vista del especialista y se sentaba de lado. Cuando se le preguntó por qué se sentaba así, respondió que le daba pena, pues se sentía deforme: “me ha crecido la cara más grande”. Su discurso era incoherente, y se apreciaban ideas delirantes de referencia: cuando pasaba junto a las personas pensaba que hablaban mal de ella. Negaba alucinaciones y se encontraba bien orientada en cuanto a persona y lugar, además se encontraba parcialmente orientada en el tiempo.

Su padecimiento mental inició dos años antes, con ideas obsesivas de enfermedad: decía que estaba sifilítica. Se negaba a tomar los medicamentos y a asistir a la consulta con los médicos, además tenía tendencia a huir de su hogar. Deseaba arrojarse al río Pánuco de Tampico. Anhelaba morir, asegurando que la vida no tenía sentido. Finalmente, se estableció que ocho años atrás padeció lúes, la cual fue tratada con arsenicales y bismuto. Su diagnóstico fue de PGP y melancolía de involución.

Fue evaluada por el médico Mario Fuentes tres días después, al cual le dijo que había cometido un crimen muy grande, el más grande del mundo: ocho años atrás padeció sífilis. El doctor Fuentes le interrogó sobre su crimen y ella responde: “el de haberlos contagiado a ustedes, ustedes sabrán lo que hacen conmigo doctor”. Posteriormente el médico la increpó con la pregunta “¿cómo nos contagiaste?” y responde: “porque he venido con ustedes, por eso, yo no quería venir al Manicomio para no contagiarlos a ustedes”. Durante toda la entrevista permaneció pesimista, expresó comer muy poco y padecer insomnio.

No obstante, con el ánimo de tranquilizarla, el médico le dijo que numerosos enfermos que padecían sífilis eran curados, a lo que Sara respondió: “ustedes habrán curado la sífilis, pero hay sifilíticos pasados como yo. Ya no hay remedio, solamente uno, la muerte.” En todo

momento se sintió indigna por el crimen que señaló haber cometido. Cuando se pedían los resultados del laboratorio decía: “estoy muy enferma sino va a ver usted el resultado” constantemente insistía en que estaba “sifilítica”, “pasada”.¹²⁵

Al final se le diagnosticó “reacción depresiva de la involución”. No obstante, este caso es significativo por dos cuestiones. La primera, es la posición de Sara, la cual se sintió indigna, al punto que dice haber cometido un crimen por dedicarse a la prostitución y padecer sífilis. Cabe mencionar que en su delirio, Sara afirmaba que aunque se podía curar la sífilis, ella ya estaba “pasada.” En parte la enferma tenía razón, ya que la penicilina eliminaba de manera efectiva el treponema sifilítico, pero el mal que hacía en el cerebro del enfermo era irreversible. De cualquier forma, sobresale la posición fatalista que tomaban los enfermos por PGP, ya que no sólo era una enfermedad causante de estigmas sociales y morales, sino también caracterizada por su cronicidad y mortandad. Es relevante también esta historia debido a la postura que tomó el médico con relación al padecimiento sifilítico. En expedientes clínicos de años anteriores, era común ver la impotencia médica hacía esta enfermedad, en donde el pronóstico del paralítico era casi siempre la muerte. No obstante, la llegada de la penicilina cambió radicalmente esta posición, pues en ella se encontró la esperanza no sólo de mejorar al paralítico, sino también de eliminar la enfermedad, al punto de extinguirla de los pabellones de La Castañeda.

Consideraciones finales

En el momento de su clasificación como una entidad nosológica diferente a las demás enfermedades de la mente, la PGP se convirtió en una de las patologías más sobresalientes

¹²⁵ AHSS, M-MG. S-EC, Caja, exp. 57089, ff. 29.

en la ciencia psiquiátrica de los siglos XIX y XX. Con la certeza de que la PGP era la consecuencia de una inflamación de las meninges cerebrales, se abrió la posibilidad de que las enfermedades mentales tenían un origen orgánico. Con el paso del tiempo, y la expansión del conocimiento, la PGP se hizo más evidente en la literatura médica.

En México, el interés por la enfermedad cobró verdadera importancia a partir de la primera mitad del siglo XX, ello se puede asociar a dos razones. La primera, es que aunque la clasificación nosológica de la PGP se haya realizado en los albores decimonónicos, la tardanza en la asimilación de conceptos y conocimientos generales de la enfermedad, se debieron a que fue a finales del siglo XIX y comienzos del XX que empezó a consolidarse una medicina psiquiátrica en el país, consolidación que se hizo más visible en las décadas de 1920 y 1930, lo que permitió un mayor grado de estudios con relación a esta patología. La segunda razón, es que al ser concebida la PGP como una consecuencia de la sífilis *tardía*, se creó un interés particular, pues la sífilis traía consigo secuelas morales, sociales, degenerativas y salubres. Además porque era una enfermedad mental diagnosticable por medio de pruebas de laboratorio y tratable con una amplia diversidad de terapéuticas, muchas de ellas creadas con recursos locales, lo que demostraba el enorme interés por parte de la medicina científica mexicana por contener los estragos de la sífilis y así evitar la llegada de estos enfermos al Manicomio. Dichas terapéuticas en muchos casos se experimentaron con los enfermos que residían allí, lo que sugiere que La Castañeda sirvió de alguna forma como un “laboratorio experimental” de medicamentos para esta clase de enfermos.

La PGP fue una enfermedad que tuvo presencia en La Castañeda durante sus cincuenta y ocho años de labores, presentando un notable incremento en las décadas de 1920 y 1930, periodo en que se realizaron mayores investigaciones médico-psiquiátricas locales,

las cuales se referían a temas de prevención, diagnóstico y medicación. Al ser una enfermedad originada por la sífilis, era de esperarse que las meretrices tuvieran un ingreso considerable en La Castañeda, pues debido a su oficio eran más vulnerables de adquirir la infección sifilítica. Sin embargo no fue así, las cifras indican que el ingreso por parte de los hombres superaba por mucho al de las mujeres, aunque cabe destacar que las mujeres sifilíticas –particularmente las prostitutas– eran atendidas en el Hospital de Morelos. Asimismo, y según la base de datos, se presentaron abogados, médicos, agentes de sanidad, payasos, toreros e incluso un senador, y ello asociado a los ingresos de pensionistas y distinguidos, sugiere que la sífilis, en este caso en estado terminal, también se manifestaba en personas con niveles socioeconómicos altos. A su vez, durante la primera década hubo un ingreso considerable de extranjeros con PGP, siendo la mayoría españoles, por tanto, la PGP era una enfermedad que no distinguía estratos sociales, nacionalidades ni sexos.

El momento más significativo en el tratamiento de esta enfermedad fue la llegada de la penicilina en la década de 1940. Este antibiótico logró lo que ninguna terapéutica: curar de manera efectiva todos los padecimientos relacionados a la sífilis. Con relación a la PGP, se puede afirmar que al eliminarse el treponema sifilítico en los dos primeros estadios, la sífilis de estos enfermos simplemente no evolucionaba en la PGP, lo que supuso una eliminación gradual de esta enfermedad en el Manicomio y en las clasificaciones nosológicas de las enfermedades mentales.

Fuentes consultadas

Archivos

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS)

Fondo Expedientes clínicos (F-EC)

Fondo Administrativo (F-ADM)

Bibliotecas

Biblioteca del Instituto de Investigaciones Históricas

Fondo Documental Edmundo Buentello

Bibliohemerografía

Ackerknecht, Erwing, *Breve historia de la psiquiatría*, Universitat de València, 1993.

Alexander, Franz, *Historia de la psiquiatría*, Barcelona, Espaxs, 1970.

Alfaro, Patricia Guadalupe “El tratamiento médico para los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 59-86.

Alinovi, Matías, *Historia de las epidemias. Pestes y enfermedades que aterrorizaron (y aterrorizan) al mundo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009.

Álvarez, José María, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008.

Arias, Oswaldo, “Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXXIX, n. 4, 1959, p. 234.

Barona, Josep Lluís, Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española. 1851-1945*, Valencia, Universidad de Valencia, 2008.

Bayle, Antoine, “Des causas organiques de l’alienation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales médico-psychologiques*, v. 3, n. 1. P. 409-425.

Berkstein, Cecilia, *El hospital del Divino Salvador*, México, Tesis UNAM, 1981.

Bliss, Katherine, *Compromised positions. Prostitution, public health and gender politics in Revolutionary Mexico City*, The Pennsylvania State University, 2001.

Brindis, Horacio, *Relación entre la epilepsia y la sífilis. Contribución para su estudio*, México, tesis Facultad de Medicina UNAM, 1922.

Bud, Robert, *Penicilin. Triumph and tragedy*, New York, Oxford University Press, 2007.

Cabildo Arellano, Héctor M., “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México*, t. IX, n. 4, 1967, p. 505.

Camelo, Manuel, *El azufre en la parálisis general progresiva*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1930.

Calderón Narváez, Guillermo, “Penicilina en neurosífilis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, 1945, p. 49.

C.M., Grossman, “The first use of penicilin in the USA” *Annals Internal Medicine*, v. 149, n. 2, 2008, p. 135-136.

Caponi, Sandra y Martínez-Hernández, Ángel, “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos clasificatorios”, *Scientiae Studia*, v. 11, n. 3, 2013, p. 467-489.

Campos Marín, Ricardo, “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”, *LLULL, Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas*, v. 21, 1998, p. 333-356.

Carvajal, Alberto, “Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio La Castañeda”, *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 2001, p. 31-55.

Castejón, Bolea, “Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX”, *Hispania*, t. LXIV, v. 3, n. 2018, 2004.

Castejón, Ramón, Perdiguero, Enrique y Ballester, Rosa, “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección materno-infantil (1900-50)”, *História, Ciências, Saúde-Manginhos*, v. 13, n. 2, 2006.

Cediel Chuaire, Juan Fernando “Paul Ehrlich, de las balas mágicas a la quimioterapia”, *Colombia Médica*, v. 39, n. 3, 2008.

Costa Pereira, Mario Eduardo, “Bayle y la descripción de la aracnoiditis crónica en la parálisis general: sobre los orígenes de la psiquiatría biológica en Francia” *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Fundamental*, v. 12, n. 4, 2009, p. 749-751.

De María, Mauricio y Campos, “la industria farmacéutica en México”, *Comercio Exterior* v. 27, n. 8, 1977, p. 888-912.

Estrada Urroz, Rosalina, “Del mercurio al 606” *Elementos*, 42, 2001,
Fresquet Febrer, José Luís, “La introducción del 606 en España contada por la prensa diaria”, *El Argonauta Español*, 8, 2011.

Foucault, Michel, *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*, Madrid, AKAL, 2003.

García-Sánchez, José Elías, García, Enrique, Merino, María Lucila, “Cien años de la bala mágica del doctor Ehrlich (1909-2009)” *Elsevier. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, v. 28, n. 8, 2010.

Giraldo Granada, Alejandro, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 2015, p. 104-127.

González, J., Orero, A., “La penicilina llega a España: 10 de marzo de 1944, una fecha histórica”, *Revista Española de Quimioterapia*, v.20, n. 4, 2007, p.446-450.

Gudiño Cejudo, María Rosa, *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960, del papel a la pantalla grande*, Colegio de México, Tesis doctoral en Historia, Centro de Estudios Históricos, 2009.

Huertas, Rafael, *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, Madrid, Novallas, 2004.

_____, “Cuerpo visto y cuerpo sentido. De la anatomía a la clínica psiquiátrica” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 23, n. 88, 2003, p. 111-126. Quétel, *Op. cit.*

_____, *Historia cultural de la psiquiatría. (re)pensar la locura*, Madrid, Catarata, 2012

Iommi Echeverría, Virginia, “Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis”, *História, Ciências, – Manguinhos*, v.17, n. 4, 2010, p. 877-884.

Labardie, Ferréol, *Historia general de la Parálisis General Progresiva de los enajenados y sus formas clínicas*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1885.

Lederman, Walter, “La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile”, *Revista Chilena de Infectología*, v.23, n. 2, 2006, p. 172-176.

Leiby, Jhon S, “San Hipolito’s Treatment of the Mentally ill in Mexico City, 1589-1650”, *The Historian. A Journal of History*, v. 54, n. 3, 1992, p. 491-498.

Licéaga, Fernando, “El num. 606.” *Gaceta médica de México*, t. V, 1910, p. 505.

López Contreras, Eucario, *Contribución al problema social de la sífilis en nuestro medio*, Tesis Facultad de Medicina, UNAM, 1925.

Manteca Parra, Manuel, *La inoculación de la malaria en la parálisis general progresiva*, UNAM: Tesis de medicina, 1925.

Munguía, José Guadalupe, *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la neurosífilis, especialmente de la tabes y la parálisis general*, México, Tesis Facultad de Medicina UNAM, 1920.

Munist, Luís, *La penicilina. La conquista médica más importante de la Segunda Guerra Europea. Su aplicación en los ejércitos en lucha y en la población civil*, Buenos Aires, Editorial Nova 1945.

Núñez Becerra, Fernanda, “El papel de hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, v. 8, n. 42, 2001. Bliss, *op. cit.*, p. 1-2.56-57.

Puig Solanes, M., “Infección sífilítica temprana del sistema nervioso en gran número de asiladas del Hospital Morelos”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, t. 1, n. 2, 1938, p. 67-69.

Quérel, Claude, *History of syphilis*, Cambridge, Polity Press, 1990.

Ramírez Moreno, Samuel, *La parálisis general progresiva: contribución al estudio de la parálisis general progresiva*, México, Tesis de medicina UNAM, 1924.

_____, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva” *Gaceta Médica de México*, t. LXVII, n. 3, 1937, p. 229.

_____, “Tratamiento de la parálisis general progresiva” *Gaceta médica de México*, t. LIX, n. 5, 1928.

_____, “El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa” *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. II, n. 6, 1935, p. 6.

_____, *La asistencia psiquiátrica en México*, México, Memorias del Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en París, 1950.

_____, “La loca and Manicomio. Representations of woman insanity during the Golden Age of Mexican Films” *Journal of International Women's Studies*, v. 7, n. 4, 2006, p. 224-236.

Ramos de Viesca, Ma. Blanca, “La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, v. 22, n. 6, 1999, p. 37-4.

_____, “El proyecto y la construcción del Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, v. 21, n. 3, 1998, p. 23-24.

Ramos Vásquez, Jesús Miguel, “‘Aquellos son los hombres locos.’ De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 2015, p. 56-65.

Reyes, Francisco, “El mercurocromo 220. Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluorescina por la vía endovenosa como anti-luético”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, t. 1, n. 2, 1938, p. 71-74.

Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1968*, México, El Colegio de México, 2013.

_____, "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios de siglo XX", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 2004.

_____, "Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario", *Historia Mexicana*, v. 59, n. 4, 2010.

_____, "La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944", *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 27, n. 2, 2011.

_____, "Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 37, 2009.

_____, *Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas*, México, Debate, 2010.

Rivera Garza, Cristina, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*. México, Tusquets, 2001.

_____, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General La Castañeda, México, 1910-1930" *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 2001, p.57-89.

Rffiertz, Oton, "Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva", *La Escuela de Medicina*, v. VIII, n. 1, México, 1922, p. 173.

Sacristán, María Cristina, *Locura y justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygoza (1873-1875)*, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, Tesis de Doctorado, 1999.

_____, "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 2n n. 2, 2002.

_____, "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 5, n. 1, 2005, p. 9-34.

_____, "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana", *Salud Mental*, 33, p. 473-480.

_____, "La locópolis de Mixcoac" en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", Sacristán, Cristina; Piccato, Pablo (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.

_____, "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26, n. 3, 2003, p. 57-65

_____, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia*, n. 51, 2001, p. 94

Sagedro, Rafael, *María Villa (a) La Chiquita*, n. 4002, México, Cal y arena, 1996.

Sokoloff, Boris, *La penicilina*, México, Fondo de Cultura Económica, 1945.

Soto, Juan L., “Adaptación del tratamiento antisifilítico a los tipos de enfermos de los Servicios Antivenéreos. Necesidad de la unificación de los tratamientos. Esquemas destinados a facilitar su aplicación”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, v. 1, n. 2, 1938, p. 52-53.

Urías Horcasitas, Beatriz, “Degeneracionismo e Higiene Mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia*, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67.

Ulysses, Vianna, “Sífilis do sistema nervoso”, *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*.1919, en *Manginhos*, v. 17, n. 2, p. 683.

Van de Pol, Lotte, *La puta y el ciudadano*, Madrid, Siglo XXI, 2005.

Vicencio, Daniel, *La Operación Castañeda. Una reforma asistencia de la psiquiatría en México, 1940-1968*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Maestría, 2014.

Periódicos

El Tiempo Ilustrado (México, D.F.)