



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Filosofía y Letras

Sistema de Universidad Abierta y a Distancia

Departamento de Historia-SUA

**El estudio de la histeria a través de la
Gaceta Médica de México, 1878-1929**

Tesina

que para obtener el título de Licenciada en Historia

Presenta:

Flora Guadalupe Ortiz Raya

Asesor: **Dr. Rodrigo Antonio Vega y Ortega Baez**



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2021



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.

Índice

Agradecimientos	2
Introducción	3
Capítulo I. El estudio de la histeria en el mundo	9
Capítulo II. El ambiente médico institucional en México, 1878-1929 y el estudio de la histeria	16
Capítulo III. Conceptos médicos sobre la histeria en la <i>Gaceta Médica de México</i>	30
Capítulo IV. El tratamiento farmacéutico de la histeria	42
Capítulo V. El tratamiento eléctrico de la histeria	53
Capítulo VI. El tratamiento hipnótico de la histeria	73
Conclusiones	80
Glosario	84
Bibliohemerografía	97

Agradecimientos

La presente tesina no podría haber sido concluida sin el incondicional apoyo de mi familia y compañeros de trabajo, gracias por su comprensión e impulso que me permitió disfrutar cada momento en la Universidad. Esta casa de estudios me acogió por segunda ocasión y me brindó la oportunidad de conocer un poco más cada vez, por siempre quedaré en deuda con la Facultad de Filosofía y Letras, con orgullo, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cada maestro y compañero de clase me aportó grandes e importantes conocimientos durante la carrera.

De igual forma nada, habría concluido sin el impulso y apoyo total de mi asesor de tesis, afortunadamente para mí, encontré al guía perfecto que no me dejó caer y siempre tiene tiempo para mis dudas y cuestionamientos. Gracias Rodrigo por compartir tu compromiso y cariño por nuestra Universidad formando profesionales en Historia.

Por último, quiero agradecer profundamente al grupo de sinodales que amablemente aceptaron ser mi jurado, aportaron sus observaciones y mejores opiniones. La doctora Martha Eugenia Rodríguez Pérez, la doctora María Xóchitl Martínez Barbosa, la doctora María Martha Pacheco Hinojosa y el doctor Gerardo Martínez Hernández, me enseñaron que el camino por el estudio de la historia en México es aún más amplio y permite con esta contribución, invitar al lector y a mí misma, a seguirlo y abrir nuevos senderos.

Introducción

La historia de la medicina mexicana goza de una larga tradición que se remonta a finales del siglo XIX y desde entonces tanto médicos como historiadores y humanistas en general se han interesado en distintos temas de esta disciplina científica.¹ Una de las fuentes históricas más socorrida por los especialistas es la *Gaceta Médica de México (GMM)*, órgano de la Academia Nacional de Medicina (ANM), por su amplia cantidad de escritos que reflejan los cambios y continuidades acaecidos en la medicina de nuestro país a partir de 1864.

Entre los temas médicos de la *GMM* se encuentran las enfermedades mentales y en particular la histeria,² padecimiento que al final del siglo XIX y principios del siglo XX fue abordado en diferentes ocasiones por la comunidad médica mexicana en dicha revista. El análisis, diagnóstico y tratamiento de la histeria por los médicos de la Academia permite reconocer las investigaciones que llevaron a cabo, entre 1878 y 1929, los médicos Enrique O. Aragón, Demetrio Mejía, José de Jesús González y José Ramos.

El argumento de la tesina es que los artículos de los médicos Demetrio Mejía, Enrique O. Aragón, José de Jesús González y José Ramos son una evidencia de los cambios y continuidades acaecidos en la conceptualización, diagnóstico y tratamiento de la histeria en la *GMM* a partir del análisis de casos diagnosticados tanto en hombres como en mujeres. Para ello se analizan siete artículos a manera de ejemplo de los criterios médicos utilizados en el estudio de la histeria.

¹ Véase Xóchitl Martínez Barbosa, *Médicos en busca de su pasado: contribuciones a la historia de la medicina en México, 1930-1960*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2018.

² La histeria se consideraba una enfermedad femenina, originada en el útero, aunque al final del siglo XIX, los médicos determinaron algunos casos de histeria masculina, como los analizados en esta tesina.

El objetivo general es examinar cómo los cuatro médicos mexicanos conceptualizaron a la histeria y cuáles fueron los diagnósticos y tratamientos científicos que éstos pusieron en práctica durante el período señalado a través de la *GMM*. Los objetivos particulares están orientados a describir las definiciones de histeria discutidas en la *GMM*; y reconocer los tres diferentes tipos de diagnósticos y tratamientos de la histeria a partir de los cambios ocurridos en el mismo lapso. En este sentido, la investigación está centrada en la práctica científica de los cuatro médicos mexicanos y no en las y los pacientes referidos en la *GMM*.

Los siete trabajos académicos sobre la histeria publicados en la *GMM* en orden cronológico son: “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación” (1878) y “Sobre la histeria” (1896) de Demetrio Mejía; “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico” (1905) de José Ramos; “El campo visual en la histeria” (1909) y “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos” (1913) de José de Jesús González; “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky” (1926) y “Las mentiras convencionales de la histeria” (1929) de Enrique O. Aragón.

La fuente hemerográfica de la tesina analiza los únicos siete escritos relativos a la histeria publicados en la *GMM* de acuerdo con el índice temático de *Bibliografía general de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)* de Francisco Fernández del Castillo. Es probable que los cuatro autores hayan publicado otros textos sobre la histeria en distintas publicaciones periódicas, lo que será tema de una nueva investigación.

El periodo de estudio muestra cómo se problematizó la histeria por cuatro médicos mexicanos, y cuáles fueron las investigaciones terapéuticas y los resultados para curar a hombres y mujeres que padecían histeria, más allá del cambio de régimen político, de los

enfrentamientos bélicos y de los cambios teórico-metodológicos en el estudio de las enfermedades mentales.

A lo largo de la investigación, se examina el diagnóstico y el tratamiento de la histeria a partir de los casos expuestos por los cuatro médicos mexicanos en su contexto socioprofesional y como autores de la *GMM*. Así, se procura vincularlos con su entorno social, esto es, tanto en el desempeño de la consulta privada como en las instituciones de gobierno, así como en la discusión entre los colegas al interior de los hospitales y la ANM.

La metodología se basa en la historia sociocultural de la ciencia que permite reconocer las prácticas médicas en la conceptualización, diagnóstico y tratamiento de los padecimiento, en este caso la histeria.³ Además, esta orientación metodológica da pauta a reconocer que la prensa especializada es uno de los principales medios para la exposición, discusión y adopción de tratamientos terapéuticos de distinta índole, los cuales cambian conforme se transforman las maneras de abordar una enfermedad.⁴

La historia sociocultural de la ciencia también reconoce que cada enfermedad es una construcción social conformada por los especialistas mediante los recursos que cada individuo o grupo de ellos tiene “disponibles en lugares particulares; recursos que incluyen marcos de referencia intelectuales, materiales, instrumentos y habilidades”.⁵ Los especialistas, en este caso los médicos mexicanos, dejaron constancia de los

³ Gerald Bakker y Len Clark, *La explicación. Una introducción a la filosofía de la ciencia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994, p. 22.

⁴ Gernot Böhme, “Normas cognoscitivas, intereses del conocimiento y la constitución del objeto científico: un ejemplo del funcionamiento de las reglas de la experimentación”, en León Olivé (comp.), *La explicación social del conocimiento*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1994, p. 252.

⁵ Jan Golinski, “Producción de conocimiento natural: paradigmas, laboratorios y mapas”, *Istor. Revista de Historia Internacional*, núm. 12, 2003, p. 9.

padecimientos de las enfermas y los enfermos mediante la descripción de sus síntomas y los tratamientos que llevaron a cabo en su contexto socioprofesional.⁶

En cuanto al estado de la cuestión, la historiografía sobre la histeria del período señalado ha sido orientada al género femenino, sin embargo, los médicos mexicanos también analizaron casos masculinos, de manera que la presente investigación engloba el análisis para ambos géneros a partir de los escritos de la *GMM*. Cabe decir que la historiografía en torno a la histeria ha sido incluida dentro del estudio histórico de la locura en general, por lo que resulta pertinente el análisis específico de ella desde los artículos académicos de los médicos del período, a fin de conocer su importancia e injerencia para el desarrollo de las especializaciones en la ciencia médica nacional.

El estudio de la histeria entre 1878 y 1929 también se contextualiza dentro del desarrollo de la profesionalización de la psiquiatría, que sufre adaptaciones en el tránsito del porfiriato a la posrevolución, como señala Cristina Sacristán.⁷

Si bien existen profundos trabajos enfocados a la historia de la ANM como los de Martha Eugenia Rodríguez⁸ y Ana Flisser,⁹ no se ha enfatizado su papel científico en el estudio de las enfermedades mentales. Martha Lilia Mancilla y Steve Stern¹⁰ han analizado las instituciones para alineados o dementes y en especial a las mujeres,¹¹ así

⁶ Javier Moscoso y Juan Manuel Zaragoza, "Historias del bienestar. Desde la historia de las emociones a las políticas de la experiencia", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, vol. XXXVI, 2014, p. 76.

⁷ Cristina Sacristán, "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", *Salud Mental*, vol. XXXIII, núm. 6, 2010, p. 476.

⁸ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Academia Nacional de Medicina de México. Notas históricas*, México, Permanyer, 2018, p. 136.

⁹ Ana Flisser, "La medicina en México hacia el siglo XX", *Gaceta Médica de México*, vol. CXLV, núm. 4, 2009, p. 354.

¹⁰ Steve J. Stern, *La historia secreta del género. Mujeres, hombres y poder en México en las postrimerías del período colonial*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 45.

¹¹ Martha Lilia Mancilla, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2001, p. 322.

como Cristina Sacristán. Andrés Ríos y Cristina Rivera han abordado el desarrollo del hospital psiquiátrico de La Castañeda. Javier Torres Torija ha estudiado la tesis de Sigmund Freud relativa a la *cura por el habla*, para las enfermedades consideradas como psiconeurosis.¹²

En cuanto a la historia mexicana de la histeria se encuentran las investigaciones de Frida Gorbach, Aria D. Walfrand, Rigoberto Hernández Delgado, Carolina Narváez y José Antonio Rodríguez Cruz, quienes han centrado la investigación en las mujeres y con una perspectiva de género. Mientras que Ma. Blanca Ramos ha centrado su trabajo histórico en los médicos y sus prácticas. No obstante, estos historiadores no han centrado su investigación en los médicos de la *GMM*. En el contexto internacional, los principales estudiosos de la histeria son Foucault,¹³ Georges Canguilhem,¹⁴ Roy Porter,¹⁵ Daniel Schereber¹⁶ y Tomás Szasz.¹⁷

La tesina se divide en: Capítulo I. “El estudio de la histeria en el mundo” que presenta el contexto internacional. El Capítulo II. “El ambiente médico institucional en México, 1878-1929 y el estudio de la histeria” expone el contexto mexicano a partir de las principales instituciones, hospitales, escuelas profesionales y agrupaciones. El Capítulo III. “Conceptos médicos sobre la histeria en la *Gaceta Médica de México*” expone el proceso de conceptualización de la histeria a partir de los escritos de la revista. El Capítulo IV. “El tratamiento farmacéutico de la histeria” analiza las primeras terapéuticas

¹² Javier Torres Torija, “Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 32, 2009, pp. 185-186.

¹³ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2 vols., 2015; y *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.

¹⁴ Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Siglo XXI, 1971.

¹⁵ Roy Porter, *Historia social de la locura*, Barcelona, Crítica, 1989.

¹⁶ Daniel Schereber, *Memorias de un enfermo de nervios*, México, Sextopiso, 2008.

¹⁷ Tomás Szasz, *El mito de la enfermedad mental*, Madrid, Amorrortu, 2008.

basadas en los remedios de botica. El Capítulo V. “El tratamiento eléctrico de la histeria” muestra los cambios terapéuticos hacia el uso de aparatos e instrumentos que requerían la electricidad para sanar a las pacientes. El Capítulo VI. “El tratamiento hipnótico de la histeria” indica la nueva terapéutica basada en la introspección de los enfermos y las enfermas.¹⁸ Al final se presentan las conclusiones de la tesina y la bibliohemerografía que sustenta la investigación.

¹⁸ Otra terapia fue la hidroterapia, pero no se menciona en los artículos consultados en la *GMM*. Véase Ma. Blanca Ramos, “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, vol. XXIII, núm. 5, 2000, pp. 41-46.

Capítulo I. El estudio de la histeria en el mundo

Los antecedentes del estudio de un padecimiento semejante a lo que se denominó histeria se remontan a la Edad Antigua. De acuerdo con Matías Marchant,¹⁹ los egipcios identificaron una enfermedad que englobaba signos específicos como la sensación de un nudo en la garganta, problemas de la vista, dolores musculares, presión sobre los ojos o bien personas que permanecían todo el día en la cama sin poder levantarse. Estos síntomas eran atribuidos a la matriz o útero y se consideraba que había un desplazamiento de ésta que ocasionaba diversos trastornos o molestias en la mujer, por lo que se prescribían ungüentos, masajes o inhalación de olores desagradables intentando que el útero retomara su lugar original en el cuerpo.

La cultura griega retomó estas ideas médicas de los egipcios bajo el término “hysteron” en que la “inestabilidad” del útero justificaba los síntomas que presentaban las mujeres, por ejemplo, si el útero se desplazaba hacia los pulmones producía sofocación o ahogos, mientras que si lo hacía en dirección al corazón los síntomas eran palpitaciones. El término “hysteron” estuvo enmarcado por la teoría humoral,²⁰ la cual basaba las explicaciones médicas en las características de humedad y frialdad adjudicadas al cuerpo femenino, de ahí que el útero necesitara de migrar hacia zonas más confortables al interior del cuerpo.²¹ Los médicos de la Grecia Antigua como

¹⁹ Matías Marchant, "Apuntes sobre histeria", *Revista de Psicología*, vol. IX, núm. 1, 2000, p. 139.

²⁰ Simon Ducey, "Ancient Greece and Rome", en John Howells (ed.), *World History of Psychiatry*, New York, Brunner/Mazel, 1975, p. 21

²¹ Simon Ducey, "Ancient Greece and Rome", p. 22.

Hipócrates²² y Galeno²³ utilizaron el concepto “hysteron” en sus escritos para describir estas afecciones femeninas y determinaron que las enfermedades terminales nerviosas y convulsivas tuvieron su origen en seres invisibles que se introducían al cuerpo.²⁴ De estas concepciones médicas nacieron las posteriores explicaciones místicas, demoníacas, religiosas, lujuriosas y anatómicas respecto del origen de la histeria²⁵.

Elena Fernández señala que la relación entre sexualidad femenina y la histeria estaba más relacionada en la Edad Media con la Iglesia que con la medicina, ya que para curarla se creía que la solución a tal padecimiento era el matrimonio.²⁶ Durante la Edad Media y el Renacimiento las mujeres fueron encaminadas en su rol social en función a las necesidades del hombre, esperando de ellas sumisión, educación y obediencia para cumplir con los deberes para ellas fijados en una sociedad patriarcal cristiana y su actuar debía estar en función de un varón que las protegiese, como padre, hijo, esposo o hermano.²⁷

²² Fidel Romero, Armando Mansilla y Amelia Rivera, *Neurofisiología para estudiantes de Medicina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2018, [consultado el 26 de agosto de 2020, <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>]. Hipócrates fue un médico de la Grecia Antigua que sostuvo la teoría que las enfermedades tenían un origen físico y racional, por lo que es considerado padre de la medicina.

²³ Fidel Romero, Armando Mansilla y Amelia Rivera, *Neurofisiología para estudiantes de Medicina*. [consultado el 26 de agosto de 2020, <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Galeno/Galeno.html>] Galeno fue igualmente un médico de la Grecia Antigua que se especializó en la anatomía humana.

²⁴ Eugene Bouchut, *Historia de la Medicina*, Paris, Baillièere, 1873, p. 44.

²⁵ José Ingenieros, *Histeria y sugestión. Estudios de psicología clínica*, Valencia, F. Sempere y Compañía, 1904, pp. 26-27.

²⁶ Elena Fernández Laveda, "Histeria: historia de la sexualidad femenina", *Cultura de los cuidados*, vol. XVIII, núm. 39, 2014, pp. 63-70. El punto de vista de la autora desde la Escuela Universitaria de Enfermería en España, en relación con la historia de la histeria permite la interdisciplinariedad en el estudio de esta neurosis, destacando en sus conclusiones la notoria condición desigual del género femenino.

²⁷ John Read, "Historia de la locura", en John Read, Loren R. Mosher y Richard P. Bentall (ed.), *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*, Barcelona, Herder, 2006, p. 12.

Las mujeres que no se ajustaban a estos roles fueron consideradas una amenaza social que debía de eliminarse, de ahí que fueron relacionadas con el demonio o la brujería. José Ingenieros establece que la moral del cristianismo limitó la evolución humana, con preceptos morales inferiores y decadentes, entre ellos la castidad, que originó alucinaciones voluptuosas en las santas y poseídas, crisis de lujuria inagotable y epidémica en los conventos, demonolatría y satanismo, erotomanía religiosa, presentándose también casos de locura histérica en hospicios, relacionando entonces el misticismo.²⁸

En el Renacimiento se visualizó un cambio paulatino y dejó de identificarse la histeria con el diablo, la religión y el pecado, estableciendo el inicio de una nueva relación con la medicina tratando de describir las causas del comportamiento de las mujeres llamadas histéricas.²⁹ A partir del siglo XVIII, la histeria empezó a considerarse una enfermedad nerviosa a partir de los primeros reconocimientos anatomoclínicos hechos por médicos en los hospitales.³⁰

Elena Fernández señala que en el siglo XIX se aliaron la Iglesia y los médicos para emprender el reconocimiento de los instintos sexuales femeninos y la necesidad de promover las relaciones sexuales dentro del matrimonio para mantener a las mujeres sanas.³¹ Sin embargo, durante ese mismo siglo se conservó el aislamiento destinando

²⁸ José Ingenieros, *Histeria y sugestión. Estudios de psicología clínica*, p. 28.

²⁹ Elena Fernández Laveda, "Histeria: historia de la sexualidad femenina", p. 70.

³⁰ Charles Greene, "A note on Dr. Charles Lepois 's Writings on Hysteria", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. LVIII, núm. 5, 1923, p. 427. Charles Lepois Carolus, médico de Enrique II de Francia en 1617, es uno de los primeros galenos que expuso su teoría relativa a la histeria, señalando que los síntomas se presentaban tanto en hombres como mujeres, descartando el origen de esta enfermedad en el útero y sí en el cerebro.

³¹ Carlos Cruz y Mariela Rodríguez, "La histeria clásica y moderna: una visión sinóptica. Parte I Historia", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. XXXIV, núm. 1, p. 116.

nuevamente a la sexualidad femenina dentro del matrimonio y con fines netamente reproductivos. En este contexto, destacaron las teorías de Friedrich Wilhelm Scanzoni³² y Gunning S. Bedford,³³ quienes definieron el origen del histerismo como una alteración nerviosa producida por los órganos genitales femeninos. Además, Bedford detectó padecimientos masculinos relacionados con la histeria, pero determinó que los síntomas histéricos estaban vinculados con una masturbación excesiva y que podían ser curados en forma sencilla y rápida mediante la higiene moral.³⁴

Los estudios experimentales de la histeria en mujeres se iniciaron en Francia a partir de la segunda mitad del siglo XIX con Jean-Martin Charcot, médico residente en 1856 en el asilo para mujeres de La Salpêtrière y en 1882 continuó sus estudios sobre histeria en la Facultad de Medicina de París.³⁵ Charcot estableció que la histeria estaba acompañada de locura como un trastorno aislado del sentido moral sin afectar la inteligencia o el razonamiento y con ocasional manifestación de delirios. El médico parisino propuso definir como característica particular de la histeria el gran ataque o histero-epilepsia, que constaba de la pérdida del conocimiento, contorsiones, actitudes pasionales o eróticas y alucinaciones, sin que esta crisis fuera del todo incontrolable.³⁶

³² Friedrich Wilhelm Scanzoni fue un obstetra y ginecólogo alemán del siglo XIX, reconocido por sus estudios especializados en dichas áreas de la medicina.

³³ Joseph G. Ryan, "Doctor Gunning S. Bedford (1806-70) and the search for safe obstetric care, 1833-70", *Journal of Medical Biography*, vol. XVI, núm. 3, 2008, p.138. Gunning S. Bedford, médico obstetra estadounidense del siglo XIX, fue un galeno preocupado por las nuevas tendencias de la obstetricia de su tiempo, aplicándolas siempre a favor de los pobres que no tenían acceso al servicio médico.

³⁴ Diane Chauvelot, *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*, Madrid, Alianza Editorial, 2001, p. 84.

³⁵ David R. Kumar, Florence Aslinia, Steven Yale y Joseph Mazza, "Jean-Martin Charcot: The Father of Neurology", *History of Medicine*, vol. IX, núm. 1, p. 46. Jean Martin Charcot fue un médico francés del siglo XIX al que se le reconocen sus trabajos considerados fundamentales en la neurología moderna. Formado como patólogo, estableció las relaciones entre el conocimiento clínico y anatómico para establecer el origen y tratamiento de las enfermedades mentales.

³⁶ Javier Moscoso, *Historia cultural del dolor*, Madrid, Santillana, 2011, p. 128.

Charcot determinó cuatro períodos o fases para la histeria: epileptóideo; contorsiones y grandes movimientos; actitudes pasionales; y actitudes delirantes. El galeno francés definió a la histeria como una enfermedad psíquica en el marco de la psicosis, en un estado enfermizo del espíritu, considerando como manifestaciones típicas de la enfermedad todas las causadas por representaciones, es decir, accidentes histéricos que involucran la personalidad y/o limitaciones corporales.³⁷

En 1889, Pierre Janet³⁸ consideró que la histeria modificaba la personalidad femenina de una ordinaria a otra una anormal, además señaló que la segunda personalidad estaba incompleta, conformada por taras histéricas mientras que la segunda era desordenada y la constituían los accidentes histéricos, en que se escondía la primera, más débil y aprovechaba cualquier oportunidad para salir a la luz.³⁹ Por lo que Pierre Janet concluyó que la histeria era una enfermedad mental que se ubicó dentro de las originadas por debilidad y agotamiento cerebral. La histeria era considerada como una desagregación mental que afectaba la personalidad del paciente. Los síntomas característicos de la histeria eran la anestesia, la parálisis y el aletargamiento cerebral incluyendo puntos dolorosos en la cabeza.⁴⁰ En 1891, Georges Gilles de la Tourette⁴¹

³⁷ Marysa Navarro y Catharine R. Stimpson, *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 59.

³⁸ John Carroy y Robert Plas, "How Pierre Janet used pathological psychology to save the philosophical self", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, núm. 36, 2000, p. 234. Pierre Janet fue un psicólogo y filósofo francés que realizó varios trabajos experimentales de las enfermedades mentales, Charcot lo invitó a trabajar como director en su laboratorio de psicología de La Salpêtrière en la década de 1880. Dentro de estos estudios se aproximó al estudio de la histeria con una nueva visión clínica para determinar que se trataba de un trastorno de la personalidad.

³⁹ Sigmund Freud, *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1934, vol. X, pp. 32-34.

⁴⁰ Eduardo Cardona, "El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica", *Desde el Jardín de Freud*, núm. 12, 2012, p. 299.

⁴¹ Georges Gilles de la Tourette fue un médico francés discípulo de Charcot, quien siguió su escuela relacionada con los estudios anatomoclínicos, que incluían los realizados en laboratorio junto con la patología anatomoclínica.

estableció los estigmas permanentes de la histeria, los que permitieron determinar que los casos de histeria masculina eran más raros que los femeninos.⁴²

En Europa desde fines del siglo XIX se usó la terapia moral⁴³ y la hipnosis, junto con calmantes, vomitivos, evacuadores e hidroterapia. Como explica Matías Marchant, los médicos europeos concluyeron que no había una cura efectiva contra la histeria y fue caracterizada dentro de las neurosis ya conocidas.⁴⁴

A partir del inicio del siglo XX cobraron relevancia la electroterapia y las teorías psiquiátricas y psicoanalíticas. Sigmund Freud desde sus *Estudios sobre la histeria* (1895) relacionó los síntomas histéricos con una causa traumática y su tratamiento fue la hipnosis. Determinó que estos síntomas derivaban de un conflicto psíquico inconsciente en cada paciente.⁴⁵ El estudio de la histeria permitió a Freud dar origen a su teoría psicoanalítica, ya que estableció un nexo entre la enfermedad mental con los síntomas físicos. De manera que el médico austriaco logró englobarlos dentro de la histeria con un origen traumático en la psique humana.⁴⁶

Dentro de los síntomas histéricos, Sigmund Freud observó también la disminución del campo visual y las convulsiones en varias enfermas.⁴⁷ El médico distinguió dentro de

⁴² Fanny Schutt, "El pensamiento freudiano en 1895: *Estudios sobre la histeria* cien años después", *Anuario de Psicología*, núm. 67, 1995, p. 11. Entiéndase estigmas o síntomas permanentes típicos.

⁴³ La terapia moral implicó el cambio de comportamiento del enfermo mental a partir de la adopción de nuevos preceptos tendientes a erradicar los caprichos, excesos y arranques violentos por situaciones cotidianas.

⁴⁴ Matías Marchant, "Apuntes sobre histeria", p. 140.

⁴⁵ Sigmund Freud fue un neurólogo austriaco nacido en 1856 y fallecido en 1939, interesado en su juventud junto con su profesor Joseph Breuer en el estudio de la histeria, determinó que la causaba un trauma y siempre había un deseo sexual detrás de la enfermedad.

⁴⁶ Roberto Mazzuca, Santiago Mazzuca, Eduardo Canónico y María de Los Angeles Esseiva, "Las diferencias entre la histeria freudiana y la histeria lacanianiana", en *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2008, p. 178.

⁴⁷ Roberto Mazzuca, Santiago Mazzuca, Eduardo Canónico y María de Los Angeles Esseiva, "Las diferencias entre la histeria freudiana y la histeria lacanianiana", p. 176.

sus orígenes a la histeria traumática relacionada con un trauma psíquico, una acumulación de motivaciones diversas que generaban el evento traumático o bien a causa de una enfermedad o estado crítico de excitación. Freud concluyó que el tratamiento pertinente era el hipnotismo, estado donde únicamente aparecían los traumas psíquicos detonantes, a consecuencia de la disociación de la conciencia. Así también, Freud consideró como terapéutica la expresión verbal del paciente para la curación del mal una vez que se atrajera la conciencia por medio de la hipnosis, de ahí las largas conversaciones entre el médico y su paciente, así como las extensas cartas de los enfermos en que externaban su sentir.⁴⁸

Para el médico francés Paul Sollier (1861-1933), la histeria era un trastorno físico originado en el cerebro y según donde se encontrara afectado se daban las manifestaciones sensoriales motrices o psíquicas.⁴⁹ Éstas se caracterizaban por crisis transitorias, estigmas permanentes o accidentes paroxísticos, todos ellos dentro de un estado aletargado de sueño que variaban en intensidad y profundidad dependiendo de cada paciente.⁵⁰ En este amplio contexto teórico-metodológico europeo, los médicos mexicanos retomaron varias de las prácticas clínicas para abordar los casos en el país dependiendo de su lugar de residencia y mediante los recursos médicos con los que cada uno contaba, ya fueran los hospitales, las agrupaciones y la consulta privada.

⁴⁸ Roberto Mazzuca, "Las identificaciones freudianas en la obra de Lacan", en *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, sociedad y cultura*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2004, vol. III, p. 90.

⁴⁹ Julien Bogousslavsky y Olivier Walusinski, "Paul Sollier: the first clinical neuropsychologist", *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, núm. 29, 2011, p. 111. Paul Auguste Sollier fue un psicólogo francés que siguió la escuela de Jean Martin Charcot y realizó diversos estudios relacionados con la histeria donde determinó el origen en la disociación neurológica, dentro de los primeros análisis de la neuropsicología, es decir, los inicios de la intervención de varias disciplinas en el diagnóstico y tratamiento de las neurosis.

⁵⁰ Paul Sollier, *Genèse et nature de l'hystérie*, Paris, Editorial Alcan, 1897, p. 51.

Capítulo II. El ambiente médico institucional en México, 1878-1929

y el estudio de la histeria

En México a mediados del siglo XIX, los médicos que estuvieron interesados en las enfermedades mentales siguieron los preceptos de la escuela francesa encabezada por el ya mencionado Jean-Martin Charcot, quien consideraba a la histeria como una patología nerviosa. El diagnóstico de la histeria durante el período de nuestro estudio en México se encontró en transición, pues de considerarse una enfermedad casi exclusiva de la mujer a partir de trastornos en la matriz, pasó a valorarse como una enfermedad típica de las llamadas neurosis que incluían orígenes derivados de un evento traumático o a consecuencia de alguna otra enfermedad que desencadenaba una doble personalidad o conciencia disociativa y que incluía signos y síntomas o estigmas físicos típicos de la histeria. Charcot recomendaba a los médicos estar atentos a los signos y síntomas propios de la histeria para evitar confundirlos con otras enfermedades.⁵¹

Cabe recordar que a partir de la década de 1830, en la Ciudad de México surgieron diversas agrupaciones de médicos que mediante revistas publicaban sus investigaciones especializadas, como la Academia de Medicina de Méjico (1836-1842).⁵² Años después se creó la Sociedad Filoiátrica de México (1844-1846) y la Academia de Medicina de Méjico (1851-1858). En particular, a partir de la década de 1860 se consolidó el proceso

⁵¹ Eva Giberti, "Mujer, enfermedad y violencia en Medicina. Su relación con cuadros psicósomáticos", en Eva Giberti y Ana María Fernández (comp.) *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989, p. 85. Hollick en 1849 consideraba que "no debe olvidarse que la matriz es el órgano que controla el cuerpo femenino pues es el más excitable de todos y se halla vinculado con todas las demás partes del cuerpo a través de las ramificaciones de sus numerosos nervios". De donde se explican las teorías antes referidas en torno a las causas de la histeria femenina.

⁵² El primer texto sobre histeria publicado en México es: José Espejo, "Histérico", *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*, vol. V, 1840, pp. 20-21.

asociacionista en la ciencia mexicana, ejemplo de ello es la Sociedad Médica de México fundada en 1864, después conocida como la Academia Nacional de Medicina de México,⁵³ cuyo órgano de comunicación pública fue la *GMM*.⁵⁴ Desde entonces, sus artículos científicos fueron leídos en toda la República, pues estuvieron al alcance de los médicos interesados en los avances de la ciencia.

Desde su fundación, la Academia se relacionó con la Escuela Nacional de Medicina y el Consejo Superior de Salubridad, interactuando con reseñas de los trabajos de aquellas instituciones, de las cuales varios socios eran parte. Además, sus integrantes organizaron los primeros congresos médicos en 1892, 1894 y 1897 en la Ciudad de México, San Luis Potosí y Guadalajara, respectivamente.⁵⁵

Los médicos mexicanos también se sumaron a la corriente positivista afianzada en México a partir de la década de 1860, la cual marcó los alcances de las ciencias médicas. Los galenos agrupados en la ANM adaptaban los recursos teóricos y metodológicos llegados de Europa y Estados Unidos, y fueron practicados en forma simultánea con sus pares de otras partes del mundo como se aprecia en la *GMM*.⁵⁶ Aunque los médicos del país no estuvieron exentos del fracaso, los trabajos académicos tuvieron numerosos éxitos que fueron discutidos en las sesiones ordinarias al interior de la agrupación.

⁵³ En 1873 cambió de nombre a Academia Nacional de Medicina.

⁵⁴ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Academia Nacional de Medicina de México. Notas históricas*, pp. 89-90. A este punto hay que recordar que la *GMM* tenía un costo por suscripción que sólo fue suspendido el servicio a causa del movimiento revolucionario, pues la *GMM* comenzó a publicarse en septiembre de 1864 sin interrupción hasta 1916, siendo hasta 1919 cuando reanudó sus impresiones hasta nuestros días.

⁵⁵ Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la Academia Nacional de Medicina de México*, México, Editorial Fournier, S.A., 1956, p. 227.

⁵⁶ Francisco Fernández del Castillo "El centenario de la Academia de Medicina de México (1851-1951)", *Gaceta Médica de México*, vol. LXXXII, núm. 3, 1952, p. 190.

El contexto social en que los médicos se desarrollaron socioprofesionalmente también presentó una interdisciplinariedad entre la medicina y el derecho, creando la Medicina Legal, en que se especializaron para el ámbito de las enfermedades mentales, para determinar la responsabilidad penal de un sujeto en la comisión de un delito, la capacidad para realizar actos jurídicos como testar, casarse, comprar o vender inmuebles, etcétera. Es decir, que los trabajos estuvieron encaminados a justificar la incapacidad jurídica del sujeto, dentro del ámbito médico, desde donde se reflexionó en torno a la peligrosidad y consecuencias de una enfermedad mental, dentro de ellas, la histeria.⁵⁷

La *GMM*, como muchas otras revistas científicas mexicanas que surgieron en el siglo XIX, tuvo un conjunto de lectores diversos, desde sus autores, médicos de profesión, farmacéuticos y dentistas, la comunidad médica a nivel nacional, así como los estudiantes de ciencias de la salud. Los primeros editores de este organismo fueron Luis Hidalgo y Carpio, Agustín Andrade, José María Reyes, Domingo Orvañanos, Ricardo Egea y Galindo, Demetrio Mejía, Fernando Malanco y Manuel S. Soriano. Cabe señalar que dentro de este cuerpo médico de élite, fundadores y colaboradores de la *Gaceta Médica de México* se encuentran los autores de los artículos académicos relativos a la histeria, de ahí la importancia que el tratamiento y diagnóstico de esta enfermedad tuvo en el desarrollo de la ciencia médica. Incluso, en los artículos académicos se vislumbra la estrecha relación que este grupo de galenos tuvo entre sí, ya que solicitaban la

⁵⁷ Laura Cházaro, "Políticas del conocimiento: los silencios de los obstetras mexicanos sobre las razas y los sexos, fines del siglo XIX", *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, 2011, [consultado el 15 de octubre 2020, <http://nuevomundo.revues.org/61053>].

intervención de unos y otros para el diagnóstico y tratamiento de la histeria, reconociendo en muchos casos la autoridad de Hidalgo y Carpio.

La *GMM* se dividió en varias secciones como respuesta a las necesidades comunes y especializadas en el quehacer médico: medicina práctica, anatomía patológica, cirugía práctica, clínica médica, patología, terapéutica, profilaxis, higiene pública, materia médica, química, teratología, revista científica extranjera, crónica médica, estadística médica, novedades editoriales y vida de la academia. La publicación se adaptó a la problemática nacional en materia de salud, enfermedades endémicas y epidémicas, a la par de las innovaciones tecnológicas en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades, así como en avances quirúrgicos.

Uno de los objetivos de la *GMM* fue reunir material útil para sus socios, así como para el público interesado en temas médicos. De lo anterior se desprende que en este tipo de publicaciones periódicas fueron de sentido estrictamente especializado con espíritu nacionalista de respeto y buen trato entre los integrantes de dicha comunidad científica.⁵⁸

El desarrollo de las actividades de la comunidad médica en la *GMM* no podría haberse conseguido sin las aportaciones de cada socio a través de una cuota mensual que en 1871 era de cuatro pesos mensuales, además de que sus presidentes solicitaron apoyo económico al gobierno y para 1877 la Cámara de Diputados acordó una partida de cinco mil pesos anuales.⁵⁹ De lo anterior resaltamos la importancia que para el grupo

⁵⁸ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Publicaciones periódicas de Medicina en la Ciudad de México 1772-1914*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017, pp. 119-121.

⁵⁹ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *Academia Nacional de Medicina de México. Notas históricas*, pp. 21-22.

porfirista tuvo el desarrollo científico en México, así como la publicación de los trabajos académicos.⁶⁰

En la *GMM* se presentaron discusiones en las sesiones ordinarias mensuales que llevaron a cabo sus integrantes, así como cada uno destacaba los casos clínicos relevantes y las innovaciones terapéuticas que aplicaban a sus pacientes.⁶¹ Los trabajos académicos revelan el origen de sus fuentes francesas acorde con la mencionada adaptación del conocimiento científico europeo en la élite médica, pero también incluyeron las reflexiones originales a partir de su práctica profesional.

En el período de estudio se desarrolló una élite de médicos con múltiples funciones, desde el cuidado profesional en una institución hospitalaria, en clínica particular o bien como médico de cabecera. De ahí la importancia de la difusión de los trabajos de los miembros de la ANM en la *GMM*, así como en congresos y eventos nacionales e internacionales, que permitieron conocer el alcance en las investigaciones, tratamientos y resultados obtenidos en la práctica médica, para conocimiento de la sociedad profesional.⁶²

En cuanto a los autores analizados en la tesina, el médico Demetrio Mejía (¿?-1913) se especializó en Ginecología y Medicina Interna. En 1878 ocupó la plaza de Jefe de Clínica Interna en la Escuela Nacional de Medicina (ENM) y para 1886 impartió en la ENM la cátedra de Clínica Interna, como titular. Presidió la ANM en 1911 y se desempeñó

⁶⁰ Laura Cházaro, "El pensamiento sociológico y el positivismo a fines del siglo XIX en México", *Sociológica*, vol. IX, núm. 26, 1994, p. 35.

⁶¹ Francisco Fernández del Castillo, *Bibliografía general de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*, México, Editorial Fournier, 1959, p. 27.

⁶² Ana Flisser, "La medicina en México hacia el siglo XX", p. 355. Estas actividades con participación nacional e internacional, permiten resaltar la importancia de la ANM en el período de estudio.

como médico del Hospital General, por último fue editor de la *GMM* durante el periodo 1883-1885.⁶³

El doctor José Ramos (1858-1912) en 1893 fue fundador y presidente de la Sociedad Oftalmológica de México en sustitución del doctor Ricardo Vértiz a propósito del desarrollo de finales del siglo XIX de las cátedras de perfeccionamiento entre ellas la de Oftalmología, impartida en el Hospital de San Andrés. De acuerdo con el plan de estudios de 1902, impartió la cátedra de Patología Médica Segundo Curso, relativa al estudio de enfermedades del aparato circulatorio, urinario y nervioso.⁶⁴

José de Jesús González (1874-1933) fue un médico jalisciense especialista en oftalmología. Estudió en la ENM entre 1893 y 1897 y en abril de 1897 obtuvo el título de médico, cirujano y partero. Se estableció en León, Guanajuato, desde donde desarrolló su práctica médica y de investigación. Fue socio corresponsal de la ANM.⁶⁵

Enrique O. Aragón (1880-1942) fue un médico especialista en psiquiatría, neurología y psicología. En 1904 se tituló de médico cirujano de la ENM. Fue profesor de la Escuela Nacional Preparatoria y la Escuela Nacional de Medicina. En 1916 fundó un laboratorio de psicología en la Preparatoria. Se doctoró en Filosofía en 1933. Fue rector interino de la Universidad Nacional del 27 de octubre al 26 de noviembre de 1934.⁶⁶

En la ENM los profesores y estudiantes se adentraron a diferentes saberes médicos en los diferentes planes de estudios vigentes en el lapso de la presente tesina.

⁶³ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1911*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, p. 96.

⁶⁴ Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1911*, p. 103.

⁶⁵ Rolando Neri Vela y Jorge Zacarías Prieto, "El Dr. José de Jesús González y sus observaciones oftalmoscópicas", *Revista Mexicana de Oftalmología*, vol. LXXXIX, núm. 3, 2015, p. 161.

⁶⁶ Oficina del Abogado General, "Enrique O. Aragón", en *Compendio de legislación universitaria 1910-2001*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, vol. I, pp. 47-48.

Uno de los pilares educativos de la ENM fue la enseñanza de la fisiología y la experimentación. Gabriela Castañeda y Ana Cecilia Rodríguez de Romo señalan que el médico Ignacio Alvarado (1829-1904) fue uno de los primeros en promover la ciencia práctica a través de la cátedra de fisiología en los años 1862-1863 y 1867-1876, sucedido por el doctor José María Bandera (1832-1910), quien impartió dicha cátedra de 1877 a 1909, “año en que oficialmente es sustituido por Daniel Vergara-Lope que permanece en el cargo hasta 1914”.⁶⁷ En 1915, Fernando Ocaranza impartió la cátedra de fisiología, renovando su estudio, “dándole el sentido práctico que pretendió su antecesor sin lograr totalmente”.⁶⁸ Los autores de los escritos analizados en esta investigación egresaron de la ENM y se aprecia en sus textos de la *GMM* cómo su aprendizaje de la fisiología y la experimentación fueron ejes de su actividad científica, en este caso en la investigación sobre la histeria.

Vale la pena señalar que en la ENM entre 1878 y 1929 hubo un paulatino crecimiento en la compra y uso de aparatos e instrumentos para algunas cátedras, por ejemplo, en el inventario “estaba el espirómetro, neumógrafo, oxigenógrafo, contadores de glóbulos rojos o blancos; todos aparatos relacionados con la fisiología cardiorrespiratoria [...] además de diferentes dispositivos para medir glucosa, urea, hemoglobina, sujetadores de perros y mesas de diferentes tipos”, entre otros objetos para la experimentación.⁶⁹ Esto señala que la comunidad de la Escuela estuvo familiarizada

⁶⁷ Gabriela Castañeda y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “La enseñanza de la fisiología experimental en la Escuela Nacional de Medicina de México (1900-1933)”, *Lull*, vol. XXXII, núm. 69, 2009, p. 37.

⁶⁸ Gabriela Castañeda y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “La enseñanza de la fisiología experimental en la Escuela Nacional de Medicina de México (1900-1933)”, p. 40.

⁶⁹ Gabriela Castañeda y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “La enseñanza de la fisiología experimental en la Escuela Nacional de Medicina de México (1900-1933)”, p. 39.

con aparatos e instrumentos como se aprecia en los escritos de la *GMM* relativos a la histeria.

De la ENM egresaron “distintos profesionales de la salud, médicos, farmacéuticos, parteras y a partir de 1911 también las enfermeras cursaron ahí sus estudios, además de dar su aval a los dentistas”, de los cuales varios se incorporaron a las agrupaciones científicas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.⁷⁰ Además, en la institución educativa emergieron diferentes especialidades a través de cátedras obligatorias y optativas, por ejemplo, psiquiatría, histología, oftalmología, bacteriología, dermatología, anatomía patológica, entre otras. Martha Eugenia Rodríguez señala que “los cursos complementarios de especialidades fueron en aumento poco a poco y no precisamente porque se inscribieran muchos alumnos sino porque se demandaban áreas específicas del conocimiento”.⁷¹

En el plan de estudios de 1902 se incorporó la cátedra de Clínica psiquiátrica en el sexto año, impartida por el médico Alfonso Ruiz.⁷² Ésta cátedra se eliminó en el plan de estudios de 1906. El plan de estudios de 1910 organizó la currícula mediante cátedras teóricas, prácticas y clínicas; “las dos primeras se dieron en el recinto escolar, en las aulas, laboratorios y anfiteatros. Por su parte, las clínicas demandaban el apoyo de los hospitales” General, Juárez, Militar, Morelos, San Hipólito, Divino Salvador y Manicomio General de “La Castañeda”.⁷³ En septiembre de 1910 la ENM se incorporó a la recién fundada Universidad Nacional de México.

⁷⁰ Martha Eugenia Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1911*, p. 83.

⁷¹ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. XLVIII, núm. 4, 2010, p. 412.

⁷² Martha Eugenia Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1911*, p. 105.

⁷³ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 408.

La ENM, así como la ANM y los hospitales, enfrentó las distintas problemáticas causadas por la Revolución Mexicana, de forma “austera, escaseaba el presupuesto, el instrumental, el equipo e imperaba la inestabilidad, reflejada en los frecuentes cambios de directores que obedecían a los movimientos políticos [...] Entre 1911 y 1916 hubo nueve directores”, situación que impidió consolidar los aspectos administrativos y curriculares, aunque la Escuela se mantuvo en funciones.⁷⁴ En particular, el año 1915 “fue conocido como el año del hambre y signado por el descenso demográfico y por el movimiento revolucionario”, aunado a los brotes de sarampión, diarreas, tifo y tuberculosis por las complicaciones sanitarias originadas por la guerra civil.⁷⁵

Durante la Revolución Mexicana, “ni Madero ni Huerta, ni los constitucionalistas, convencionistas y zapatistas dejaron tranquila a la Escuela de Medicina, puesto que todos los partidos políticos tuvieron empeño en llevar al plantel sus simpatías y antipatías”.⁷⁶ Martha Eugenia Rodríguez indica que el médico Rafael Caraza en la inauguración del año escolar de 1913 expresó “que el primer problema con el que se tropezaba al dirigir la Escuela era el deterioro del edificio [...] Agregaba que el inmueble requería una adaptación completa de acuerdo con las necesidades que debía cumplir, pero el alto costo, entre \$100 000.00 y \$150 000.00 dificultaba la obra”.⁷⁷

El plan de estudios de 1911 incluyó “la creación del internado en los hospitales durante el sexto año de la carrera médica, de una indiscutible utilidad”.⁷⁸ Entre las cátedras del sexto año estuvo Clínica de psiquiatría. El plan de estudios de 1915

⁷⁴ Martha Eugenia Rodríguez, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1911*, p. 51.

⁷⁵ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 405.

⁷⁶ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 407.

⁷⁷ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 407.

⁷⁸ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 409.

“concedió más tiempo al estudio del conocimiento anatómico que al fisiológico y rechazaba el establecimiento del internado”, continuaron los tres cursos para cada una de las patologías y en el sexto año se restablecieron las clínicas de especialidades. No obstante, en febrero de 1916 entró en vigor un nuevo plan de estudios que restableció el internado.⁷⁹

La comunidad de la ENM también estuvo vinculada con los nosocomios capitalinos, en particular el Hospital de San Andrés y el Hospital General de México, los cuales funcionaron como “hospitales-escuela” para incentivar la práctica médica en las cátedras. “Los estudiantes que asistían a los hospitales a cursar las clínicas interna y externa lo hacían en calidad de practicantes [...] El estudio de los enfermos sería hecho por los alumnos, dirigidos por el profesor y bajo la base de una enseñanza esencialmente práctica”.⁸⁰

Los hospitales para “locos”, como eran conocidos en el periodo de estudio, fueron otro centro de enseñanza y aprendizaje para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.⁸¹ Ya desde la época de la Colonia, la Corona se preocupó por los alienados, quedando bajo el cuidado de órdenes religiosas, como es el caso del Hospital para Mujeres Dementes del Divino Salvador, construido en 1687 como primer hospital para las “locas” que deambulaban en la Nueva España. Éste, junto con el Hospital de San Hipólito de Convalecientes y Desamparados, son el origen de los hospitales novohispanos para atención de locos.⁸²

⁷⁹ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 412.

⁸⁰ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario”, p. 408.

⁸¹ Hubonor Ayala Flores, *Salvaguardar el orden social. El Manicomio del Estado de Veracruz (1883-1920)*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2007, pp. 19-21. El autor destaca el interés de la ciencia durante este período por la medicina y la salubridad.

⁸² Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, p. 254.

Frida Gorbach explica que durante el porfiriato se vivió un lento desarrollo en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, por ejemplo, en 1886 el doctor Alejandro López, practicante en el Hospital San Hipólito, a pesar del optimismo de los positivistas en el desarrollo de la neurología y del diagnóstico y tratamiento científico de las enajenaciones mentales porque los médicos se centraron en aliviar los padecimientos, sin dejar de lado su estudio y explicación científica.⁸³

Con la inauguración del Manicomio General de La Castañeda en 1910, gran parte de los pacientes de los hospitales antes citados fueron trasladados a las nuevas instalaciones con capacidad para 1,330 enfermos en una extensión de catorce hectáreas por los rumbos del pueblo de Mixcoac.⁸⁴ En el caso de las mujeres, entre octubre de 1910 y diciembre de 1913 en el Manicomio General, 33.4% fueron diagnosticadas con algún tipo de neurosis y 27.4% con histeria. Andrés Ríos explica que los “referentes sociales”

⁸³ Frida Gorbach, “El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México en los finales del siglo XIX”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2006, [consultado el 8 enero 2021, <http://journals.openedition.org/nuevomundo/3123>]. El análisis de admisión de la autora al momento de conformar la población de la institución resulta relevante para el análisis de nuestros casos particulares: la primera categoría de admisión eran cuatro: pensionista o distinguido que pagaban por su estancia, indigente, libre, indigente y reo, que tenía pendiente algún proceso judicial. La segunda categoría, según las particularidades del ingresado: el 81% de mujeres y 74% de hombres eran indigentes y libres, mientras que el 6% eran hombres reos. Así, la pobreza estaba fuertemente ligada a la locura. Con base en esta segunda clasificación y de acuerdo con la sintomatología que presentaban, los enfermos eran asignados a un pabellón específico: tranquilos, epilépticos, imbeciles y peligrosos. Así también, había pabellones de observación, convalecientes y enfermos. En mayor medida, 47% mujeres y 55% hombres, fueron asignados al de los tranquilos, mientras que el de los epilépticos registraron un 26% para mujeres y 9% de hombres. En cuanto al estado civil, encontramos que el 58% de mujeres y 69% hombres eran solteros; viudos eran 10% mujeres y 4% hombres. En lo que toca a la ocupación laboral, el 55.5% de mujeres se dedicaban a actividades domésticas, 9.5% eran domésticas y 4% eran costureras. Mientras que en el caso varonil, 50% eran de diferentes ocupaciones, comerciantes 15%, empleados 17% y jornalero 11%. Para 1910, el porcentaje para mujeres dedicadas a las actividades domésticas aumentaron a 78%, asimismo, el índice de inactividad en mujeres también aumentó a 70.37%.

⁸⁴ Ma. Blanca Ramos, Andrés Aranda, Benjamín Dultzin y Carlos Viesca, “La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 25, 2002, p. 57. Entre los porcentajes de ingreso de la población del Manicomio General, cabe destacar que la mayor concentración de edad osciló entre los 21 y 40 años con un 60%; la edad promedio de los internos fue entre 30 y 40 años, promedio más alto por cierto, que el de vida en México que era de 24 años. Sólo un 41% de la población femenina nacieron en el Distrito Federal, lo que evidencia un alto índice de migración a la ciudad.

influyeron para considerar el encierro o no de las mujeres consideradas como dementes.⁸⁵

A finales del siglo XIX y principios del XX, los médicos mexicanos retomaron las teorías europeas que circulaban por el mundo al estudiar los casos de histeria, en que se consideraba que su origen se encontraba en desequilibrios mentales producidos por cuestiones vivenciales de cada paciente, como reveses de la fortuna, amores desdichados, escuchar demasiada música, frecuentar el teatro, el uso excesivo de perfumes, consumir de manera recurrente café, té, éter, alcohol, cocaína y morfina, excesos venéreos, la masturbación, demasiado amor al lujo y a la ostentación, el parto y el puerperio, y el exceso de trabajo intelectual.⁸⁶

Para la ciencia médica de la época, el origen de todos los males en la mujer radicaba en la enfermedad de la matriz. Andrés Ríos señala que la locura se entendía como “la enfermedad mental producida por una disfuncionalidad orgánica o psíquica”, a partir de la observación médica de la conducta o expresiones del paciente.⁸⁷ La mayoría de los casos fueron de mujeres insertas en una sociedad que acotaba la conducta a estrechos límites “normales” establecidos, por lo que se les encerró como ya lo decíamos,

⁸⁵ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, pp. 103-105. Sin embargo, cuando analicemos los trabajos de los médicos que nos ocupan en el presente, es posible vislumbrar los esfuerzos de algunos de ellos, por entender científicamente las causas y síntomas de las enfermedades mentales, entre ellas, la histeria.

⁸⁶ Rigoberto Hernández Delgado, “Sociedad e histeria: el síntoma como crítica y subversión”, *Teoría y Crítica de la Psicología*, vol. IX, 2017, pp. 274–281.

⁸⁷ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, p. 36. Cabe señalar que el autor es cauteloso en la definición de la locura, ya que a principios del siglo XX la psiquiatría comienza a perfilarse como una ciencia, de manera que se entrelaza el aspecto cultural de la sociedad donde reside “el loco” y la concepción del enfermo mental. Lo que devino en múltiples diagnósticos heterogéneos en el Manicomio General de la Castañeda.

en una institución para enfermos mentales o en casa.⁸⁸ Además, se les prescribieron tratamientos como la hipnosis, masajes, compresión súbita de los órganos sexuales o mamaros para controlar los comportamientos de naturaleza histérica.⁸⁹

Las conductas, hábitos, expresiones o posturas que no encajaban dentro de lo permitido por la norma jurídica, social o ambas dentro del período de este estudio, requirieron acciones tendientes a marginar a las personas que manifestaron tales comportamientos, de ahí el florecimiento de las instituciones psiquiátricas.⁹⁰

No sólo el Estado mexicano manifestó esta necesidad de encerrar a los alienados, la mayoría de los ingresos al Manicomio General de La Castañeda a partir de su inauguración en 1910, fueron a petición de su familia.⁹¹ Entre 1911 y 1930, como explica Cristina Rivera, la sociedad revolucionaria trajo problemas a los médicos a propósito del diagnóstico de las enfermedades mentales en mujeres, las propias historias que las internas construyeron y evidenciaron el conflictivo contexto doméstico, que determinaron el nacimiento del diagnóstico familiar de enfermedad mental, sirviendo entonces, los manicomios como refugios de las mujeres a propósito de los abusos contra ellas en el seno familiar, lo que de acuerdo con Rivera “como una forma de demencia que consiste

⁸⁸ Frida Gorbach, “La histeria y la locura: tres itinerarios en el México de fin de siglo XIX”, en Laura Cházaro y Rosalina Estrada (coord.), *En el umbral de los cuerpos: estudios de antropología e historia*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2005, pp. 97-116.

⁸⁹ Aria D. Walfrand, “Hijos, muerte y la histeria femenina: La historia de La Malinche a través de dos representaciones de la Llorona en el cine mexicano”, *Honors Theses*, núm. 1,086, 2011, pp. 13-14.

⁹⁰ Ma. Blanca Ramos, “La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 3, 2001, p. 27.

⁹¹ Krafft Ebing propuso sustituir el término *locura* por *alineación mental*. Lo anterior con la finalidad de incorporar estos estudios al campo de la ciencia médica dentro de las enfermedades mentales. De acuerdo con la clínica médica porfirista, la influencia en el diagnóstico y tratamiento de los *alienados* mentales provienen de las escuelas francesa y alemana. La cátedra del médico mexicano José Terrés definía a la práctica clínica como “el arte que tiene por objeto diagnosticar el estado patológico de los enfermos para establecer el pronóstico, instituir el tratamiento, evitar la transmisión de enfermedades y establecer bases para la patología”. Joseph Daquin, *La filosofía de la locura*, México, Universidad Autónoma de Querétaro, 1996, p. 39.

en una perversión mórbida de los sentimientos, afectos, inclinaciones, temperamento, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales sin ningún otro desorden o defecto notable del intelecto o de las facultades para saber y razonar, y en particular sin ninguna ilusión o alusión demente”.⁹²

⁹² Cristina Rivera Garza, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930*, México, Tusquets Editores, 2010, p. 16.

Capítulo III. Conceptos médicos sobre la histeria en la *Gaceta Médica de México*

Andrés Ríos explica que a principios del siglo XX mexicano no se tenía definido un concepto de locura, tratándose entonces de las concepciones culturales que la sociedad tenía de sus “locos” y de la interpretación que los médicos tenían de aquéllos, a partir del registro de sus historias clínicas.⁹³ Esta situación también fue común para la histeria.

Ríos explica que en el periodo de este tesina se fue conformando una paulatina definición para la locura y sus padecimientos.⁹⁴ Por lo que los diagnósticos no fueron homogéneos. En el último tercio del siglo XIX, los médicos mexicanos iniciaron el estudio de la histeria a partir de la práctica de la observación del paciente y el registro riguroso de los signos y síntomas en sus historias clínicas, por lo que gracias a los expedientes clínicos fue posible entender la histeria como un “trastorno psíquico sin una alteración orgánica demostrable cuyo origen residía en alteraciones de los nervios”.⁹⁵ Por su parte, Martha Lilia Mancilla explica la locura de la mujer porfiriana como “un fenómeno sociocultural complejo en el que confluyen y se reflejan las múltiples contradicciones que vivieron las mujeres de ese tiempo en su intimidad, en su cotidianidad y en sus relaciones con los otros”.⁹⁶

En la *GMM* el primer artículo que incluyó algunas reflexiones sobre qué era la histeria se encuentra en “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación” (1878) de Demetrio Mejía. En la época se consideraba que este padecimiento era femenino, pero el galeno expresó a sus consocios: “se me

⁹³ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, p. 36.

⁹⁴ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, pp. 32-37.

⁹⁵ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución mexicana*, p. 35.

⁹⁶ Martha Lilia Mancilla, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, p. 23.

hacía difícil admitirla, no porque dude que exista en el hombre. Tengo hechos de mi propia práctica que me lo han enseñado. Pero en verdad, que plantar la histeria en un talabartero y un albañil, se me hacía tan difícil como plantar azucenas en un arenal”.⁹⁷ En el último tercio del siglo XIX, los médicos mexicanos, pero también de otros países, reconocieron que los varones en ocasiones también presentaban brotes histéricos de diversa índole, por lo que Mejía decidió presentar los dos casos en la agrupación médica.

Demetrio Mejía indicó que a partir de su experiencia, las afecciones nerviosas eran más frecuentes conforme “progresaba” el desarrollo intelectual a lo largo de la vida, pero “insisto en creerla rara en el hombre”.⁹⁸ Esta enfermedad era más común en los estratos medio y alto urbanos, ya que los habitantes del campo, a juicio del autor, presentaban menor desarrollo intelectual, pues

quien solo la parte material ha recibido por educación, en el que ha descuidado hasta el extremo su mejora intelectual, fuerza es decirlo, se vacila algo para admitir la histeria. Y sin embargo, aquí tenemos dos hechos, que podemos clasificarlos en verdad de *histeria desnuda*, sin participación moral. Esto a la vez tendrá la ventaja de enseñarnos cómo pueden dichas afecciones hacer su manifestación sin participio de la parte pensadora, de la preocupación, punto que por desgracia escuda a muchos médicos para abandonar a esa clase de enfermos.⁹⁹

El autor del estudio deja ver su prejuicio sobre los artesanos y trabajadores de la construcción en cuanto a su cuestionable intelecto, así como muestra la concepción de

⁹⁷ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, *Gaceta Médica de México*, vol. XIII, núm. 25, 1878, p. 475.

⁹⁸ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 475.

⁹⁹ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 475.

la época sobre que la histeria era una enfermedad burguesa, propia de grupos sociales educados y sin presiones sociales de primer orden, como la alimentación.

En 1896, el doctor Mejía publicó “Sobre la histeria”, escrito en que incluyó una reflexión sobre este padecimiento. El galeno preguntó al lector: “¿qué cuadro sintomatológico hallamos en la patología más completa y mejor meditada, que nos presente fenómenos tan disímbolos apareciendo y desapareciendo, bajo su propio dominio, sin que dejara la ilusión de una feliz intervención terapéutica?”.¹⁰⁰ Esta pregunta refleja que el estudio, diagnóstico y tratamiento de la histeria era de gran complejidad, pues se confundían con otros padecimientos físicos y mentales.

En la interpretación miasmática de Mejía, la histeria era una enfermedad que en apariencia se manifestaba por “elementos patógenos” presentes en la sangre a manera de un elemento nocivo que viajaba del centro nervioso hacia el resto del cuerpo, “ya para hacerle cambiar de lugar, ya para eliminarlo fuera del cuerpo”, produciendo una serie de signos y síntomas “fuera de toda ley patológica, fuera de toda previsión”.¹⁰¹

El autor reconoció que en su anterior escrito de 1876, creía conocer las características de la histeria, principiando por localizarla en el útero, pero “la ciencia ha avanzado, las observaciones se multiplican; perfecciónase el cuadro clínico de la enfermedad” e incluso ya se detectaba en el hombre.¹⁰² Resulta interesante que Mejía reconozca los cambios teórico-metodológicos en relación con la comprensión de las enfermedades mentales. Para el estudio de la histeria, el médico mexicano concluyó su

¹⁰⁰ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, *Gaceta Médica de México*, vol. XXXIII, núm. 19, 1896, p. 460.

¹⁰¹ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 465.

¹⁰² Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 465.

exposición con los siguientes postulados que pretendían orientar el estudio científico de este padecimiento:

- 1º. Parece haber histerias congénitas; e histerias adquiridas.
- 2º. Entre las congénitas, las hay que se revelan desde luego y afectan por lo común formas convulsivas; y las hay, que permanecen incubadas, como esperando el agente que debe despertarlas.
- 3º. Entre otras, el puerperio puede señalarse como agente productor y más comúnmente como agente capaz de despertar una histeria incubada u oculta.
- 4º. Igual papel desempeñan ciertas toxinas y muchos de los venenos, propiamente dichos, en particular el plomo.
- 5º. El elemento patógeno histérico, carece del poder, para destruir o desorganizar los elementos anatómicos.
- 6º. Su fijación sobre dichos elementos es muy variable en duración.
- 7º. Parece ser la sangre el vehículo por donde camina el elemento patógeno. Ella le deposita, ya sobre unos centros, ya sobre otros, o le arrastra por fin, fuera de la economía.
- 8º. Por la circunstancia enunciada en la proposición anterior, la histeria puede remedar perfectamente cualquiera otra enfermedad orgánica.
- 9º. Su carácter esencial es la movilidad de los síntomas y su fugacidad, pudiendo persistir, sin embargo, algunas ocasiones, por un lapso largo de tiempo.
- 10º. Esta enfermedad puede observarse en todas las edades y sea cual fuere el sexo.¹⁰³

En los diez incisos presentados por Mejía resalta la distinción entre histeria congénita y adquirida, pues será un aspecto discutido en los siguientes años y que se plasmará en la presentación de casos a partir de la historia de vida de cada paciente para detectar los antecedentes familiares. Lo mismo sucede con el puerperio, pues varios

¹⁰³ Demetrio Mejía, "Sobre la histeria", pp. 467-468.

médicos de inicios del siglo XX consideraron que era una vía de adquisición de la histeria. Por último, se encuentra la presencia del “elemento patógeno” de acuerdo con la teoría humoral, en que la sangre era el vehículo para provocar los signos y síntomas histéricos, de ahí que fueran variables en las edades en las mujeres, incluso se manifestaba en algunos hombres.

En 1905, el médico José Ramos en “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico” expresó que la histeria se caracterizaba principalmente por “anestias de formas variadas”, las cuales eran conocidas en la Grecia clásica y, desde entonces, “teólogos, filósofos, médicos y psicológicos” se ocupaban del estudio de las “extrañas perturbaciones sensitivas” presentadas en numerosas mujeres.¹⁰⁴ El autor hizo un recuento histórico de cómo distintos galenos en el tiempo habían realizado “los juicios más extraños, las más variadas opiniones” sobre las observaciones de la histeria.¹⁰⁵ En el caso de la Edad Media, tanto los médicos como los sacerdotes admitían “influencias sobrenaturales”, para explicar las alteraciones de sensibilidad de algunas mujeres, que “hoy admitimos como de causa patológica”.¹⁰⁶ Los llamados “demonólogos” y los magistrados de la Iglesia buscaban los “stigmata diaboli”, es decir, zonas insensibles de la piel, cuya existencia en el cuerpo de las “personas procesadas las delataba de hechicería; muchas histéricas, dignas de un tratamiento médico racional, expiaron en el potro o en la hoguera imaginarias culpas y pretendidos

¹⁰⁴ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, *Gaceta Médica de México*, vol. V, núm. 17, 1905, p. 216.

¹⁰⁵ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 216.

¹⁰⁶ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 216.

pactos diabólicos”.¹⁰⁷ Este breve repaso histórico mostró la concepción positiva de la medicina al inicio del siglo XX en que los casos antiguos se analizaban con otro marco conceptual, a la vez que enfatiza que la histeria era una enfermedad de larga data.

El doctor Ramos reconoció que a principios de la centuria, en la comunidad médica internacional se admitía que la histeria era similar a numerosas enfermedades, por lo que resultaba “fácil cometer un error de diagnóstico” y aplicar un tratamiento inadecuado e ineficaz, ante lo cual recomendaba a sus colegas no despreciar “en casos análogos, la investigación cuidadosa de los estigmas, que no se revelan por sí solos, sino que deben ser buscados pacientemente; los fenómenos oculares, cuando existen, constituyen preciosos reveladores del mal”.¹⁰⁸ La práctica clínica del doctor Ramos fue el camino metodológico que presentó a sus consocios y ante el público de la *GMM*, con énfasis en el estudio de los fenómenos oculares de las pacientes histéricas, de lo cual se hablará más adelante.

José Ramos citó a Pierre Janet, al referirse a la histeria, pues

perteneciente al grupo de las enfermedades mentales, por insuficiencia cerebral, y caracterizada, sobre todo, por síntomas morales, siendo el principal una disminución de la facultad de síntesis psicológica. Ciertos fenómenos elementales, sensaciones e imágenes, cesan de ser percibidos, y parece que se suprimen de la percepción personal, de donde resulta una tendencia a la división permanente y completa de la personalidad, a la formación de varios grupos, independientes unos de otros. Este estado favorece la formación de ciertas ideas parásitas, que se desarrollan aisladamente, libres del criterio de la conciencia personal y que se manifiestan por las perturbaciones más variadas y de apariencia

¹⁰⁷ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 216.

¹⁰⁸ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 216.

física [...] No debemos olvidar, sin embargo, los numerosos fenómenos orgánicos que se demuestran en las personas histéricas: las perturbaciones de la nutrición general, los trastornos tróficos y vasomotores. Estos síntomas se refieren también, a no dudarlo, a las perturbaciones psíquicas que dominan el estado morboso.¹⁰⁹

La cita del doctor Janet evidencia la circulación de los postulados de la clínica francesa y cómo los médicos mexicanos los aplicaban en los casos locales. Al igual que Mejía, Ramos afirmó cómo gracias al “progreso científico”, la medicina había afinado la caracterización de la histeria a partir del “modo racional” de representar los fenómenos histéricos en contraposición con las “antiguas suposiciones de influencias sobrenaturales” o las concepciones miasmáticas de supuestos vapores que partían “del útero y siguiendo el trayecto de los nervios, producirían trastornos generales en el organismo histérico”.¹¹⁰ Al inicio del siglo XX, es claro que la histeria ya no se evaluaba desde la perspectiva de la teoría miasmática, sino no del experimento fisiológico y del psicoanálisis, como se verá en el siguiente apartado.

En 1909, el médico José de Jesús González, socio corresponsal en León, Guanajuato, publicó “El campo visual en la histeria”. Al inicio del texto, el galeno señaló que durante varios años se consideraron como reales los síntomas histéricos llamados estigmas, por ejemplo, la hemi-anestesia sensitiva sensorial, el estrechamiento del campo visual, la discromatopsia, la poliopia monocular, la abolición del reflejo faríngeo, las zonas histerógenas, la amiostenia o debilitamiento de los movimientos voluntarios y

¹⁰⁹ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, pp. 221-222.

¹¹⁰ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 222.

el retardo en la ejecución de estos movimientos. Los estigmas fueron estudiados científicamente por Jean-Martin Charcot en *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1886) y probó que eran “signos estables y permanentes”, pero cuya existencia era ignorada por el enfermo y el médico de tiempos anteriores, ya que para “descubrirlos, debía investigarlos metódicamente”.¹¹¹ Para 1909, la caracterización de la histeria se encontraba en la literatura académica que circulaba por varias partes, incluyendo a México, gracias al estudio metódico a partir del positivismo.

González indicó que el médico franco-polaco Joseph Babinski había presentado en las sesiones del 9 de abril y 14 de mayo de 1908 de la Sociedad de Neurología de París una amplia discusión sobre la histeria centrada en los estigmas provocados por la acción sugestiva en la hemi-anestesia.¹¹² Además, citó el *Tratado de Medicina* (1893) de Jean-Martin Charcot, Charles Bouchard (1837-1915) y Édouard Brissaud (1852-1909), que recomendaba examinar el campo visual de ambos ojos de las pacientes histéricas, pues en la mayoría de los casos “este campo está estrechado concéntricamente. A menudo el estrechamiento es bilateral, entonces es simétrico o desigual de uno a otro lado” y era de grado variable.¹¹³ Los experimentos fisiológicos expuestos en el libro demostraban que el estrechamiento del campo visual de las histéricas era permanente.¹¹⁴ Aquí se aprecia que la definición de histeria para González se basaba en el examen meticuloso del campo visual de las pacientes, para luego determinar si se trataba de histeria u otro padecimiento. Para 1909, la metodología clínica francesa seguía

¹¹¹ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, *Gaceta Médica de México*, vol. IV, núm. 7, 1909, p. 780.

¹¹² José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 781.

¹¹³ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 781.

¹¹⁴ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 781.

impactando de forma amplia a los galenos mexicanos, de ahí que González hiciera referencia a libros de médicos galos.

El Dr. José de Jesús González recomendó al lector del artículo “interrogar al libro viviente de los enfermos y rodearse del mayor número posible de precauciones para evitar el error. Es lo que he hecho, o, cuando menos, intentado hacer” al analizar las pacientes histéricas.¹¹⁵ Esta cita indica el convencimiento del médico sobre la investigación clínica y experimental, complementada con el trabajo de otros colegas.

En 1913, el Dr. González publicó “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”. En este escrito, el autor definió a la histeria como una psiconeurosis o “desagregación del psiquismo” que provocaba la perturbación de la personalidad y, por ende, “no la pérdida de la función, sino la separación de esta función de la conciencia personal de la enferma”.¹¹⁶ Por esta razón, la terapéutica adecuada era hacer “reentrar en el dominio de la conciencia la función emancipada”.¹¹⁷ Al respecto, González citó a Pierre Janet al señalar que “toda perturbación histérica es una idea o un acto psicológico o una función que se separa de la conciencia personal del enfermo, para obrar fuera de ella, sin su control y sin su conocimiento; pero persiste íntegra la función”.¹¹⁸ En 1913 vemos una definición más precisa de la histeria al basar la definición en el campo de la psique, ya no en los órganos reproductivos.

González criticó la terapéutica farmacéutica, recomendada por algunos médicos, para curar la histeria y preguntó a sus consocios:

¹¹⁵ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 783.

¹¹⁶ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, *Gaceta Médica de México*, vol. VIII, núm. 5, 1913, p. 94.

¹¹⁷ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 94.

¹¹⁸ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 94.

¿Y cómo se alcanzará tan feliz resultado? ¿Encontraremos en los almacenes del droguista la maravillosa substancia que obre el anhelado prodigio? Éste ha sido durante largos años el error de la terapéutica: buscar en los productos químicos el remedio de la histeria. Contra el desequilibrio psíquico, fondo y esencia de esta neurosis, sólo tenemos que acudir a los médicos psíquicos, es decir, a la psicoterapia.¹¹⁹

En las primeras décadas del siglo XX, al interior de la ANM se discutió cómo resolver los padecimientos histéricos, si a través de los medicamentos o a través de la psicoterapia, es decir, si era un padecimiento de origen fisiológico o de base psíquica.

González aplicaba dos psicoterapias basadas en la metodología del doctor Joseph Grasset (1848-1918): la inferior o sugestiva y la superior o total. La primera estaba dirigida a aliviar los centros cerebrales inferiores, es decir, al subconsciente; y la superior se orientaba “a todo el psiquismo” y en especial a los centros superiores, a los conscientes, los que presidían a los actos voluntarios. Esta última era la más efectiva al tender a reintegrar la psique de la enferma histérica.¹²⁰

El médico guanajuatense señaló que la terapéutica sugestiva o psicoterapia hipnótica requería “separar en el enfermo por medio del sueño artificial” sus actividades psíquicas (consciente y subconsciente) para desactivar la función de los centros superiores, “para obrar únicamente sobre los centros automáticos” que provocaban los accidentes histéricos.¹²¹ Aquí se aprecia la postura terapéutica de González que desarrolló en los estudios de caso expuestos en la ANM. Las características de los dichos accidentes histéricos eran:

¹¹⁹ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 94.

¹²⁰ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 95.

¹²¹ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 95.

- 1ª que persiste la función en toda su integridad;
- 2ª que esa función está fuera de la conciencia, es decir, que el enfermo no se da cuenta de que tal función persiste, y
- 3ª que la voluntad del enfermo no tiene dominio sobre la función emancipada.¹²²

La histeria en la década de 1910 estaba definida a partir de las perturbaciones de la psique humana, de ahí su complejidad de estudio y tratamiento, mientras la psicoterapia fue valorada como el único camino para sanar a las pacientes histéricas.

El Dr. Enrique O. Aragón en “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky” (1926) indicó que la histeria era la “enfermedad caleidoscópica por antonomasia” y lo único constante en ella era su inconstancia, pues

es trastorno anímico primitivo, aún cuando sus efectos aparatosos asientan en el doble corporal. Es la más sugestionable de todas las dolencias, aun cuando parezca paradójico el hecho y es la más variada y representativa en su escenario en donde pueden apreciarse los matices de la comedia, del drama y de la tragedia. Ha llamado la atención por sus escenas familiares, sociales y religiosas y en fin, lleva en sí un dejo de misterio que la hace atractiva en sus apariencias sonambúlicas, y de supravidencia y supraconciencia.¹²³

Aragón también presentó su postura psicológica de la histeria y señaló que estaba de acuerdo con la definición del doctor Babinsky para quien la histeria era un pitiatismo, es decir, se producía y rectificaba por la persuasión y sugestión. De ahí que los sacerdotes de tiempos pasado conjuraban los brotes histéricos “por el ascendiente que tienen y del mismo modo podrá tener ascendiente sobre sus enfermas, quien conquiste

¹²² José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 95.

¹²³ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, *Gaceta Médica de México*, vol. LVII, núm. 1, 1926, p. 29.

la fama por el estudio, por la ciencia y por el amor a la humanidad”.¹²⁴ La sugestión, el hipnotismo, el psicoanálisis, entre otras psicoterapias de la época, fueron practicadas por los médicos mexicanos y discutidas en la ANM como parte de los estudios científicos que los socios llevaban a cabo con sus pacientes.

El médico Aragón analizó en “Las mentiras convencionales de la histeria” (1929) los casos de pacientes histéricas que “mienten ignorándolo y las otras mienten a sabiendas”.¹²⁵ Dentro de las primeras, incluyó a mujeres histéricas semi paralíticas, que presentaban inmovilidad en algunas partes del sistema nervioso y cegueras pasajeras. Siendo que el origen de dichos síntomas fueron los trastornos centrales de la “psiquis”. Analizó a la primera mujer que no solo intentó engañar al galeno con una falsa paraplejia sino a sí misma, en un estado, señaló de “semi-muerte” por palidez extrema sin que fuera de gravedad y que trató con sugestión hipnótica.

Entre 1878 y 1929 hubo diferentes concepciones de la histeria a partir de los cambios y continuidades en los aspectos teóricos y metodológicos de la medicina mexicana y mundial que se reflejaron en la *GMM*. Los artículos, antes presentados en las sesiones de la ANM, son un testimonio de la práctica médica en nuestro país.

En los siguientes capítulos se analizan las tres terapéuticas que los médicos mexicanos describieron en los escritos de la *GMM* a partir de su concepción de histeria en relación con el diagnósticos de las enfermas y los enfermos, y la exposición pública ante los consocios y el público de la revista.

¹²⁴ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 34.

¹²⁵ Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, *Gaceta Médica de México*, vol. LX, 1929, núm. 5, pp. 191-196.

Capítulo IV. El tratamiento farmacéutico de la histeria

El primer tratamiento contra la histeria expuesto en la *GMM* es el de origen farmacéutico, es decir, el basado en los remedios preparados en las boticas a partir de recursos minerales, vegetales y animales.¹²⁶ Este tratamiento fue descrito principalmente en el último tercio del siglo XIX y estuvo relacionado con la teoría miasmática.

El escrito de Demetrio Mejía de 1878 presentó el caso de Pedro Díaz, originario de Durango, de 25 años de edad, soltero y de oficio talabartero, a quien visitó el 5 de julio en la sala de Clínica interna del Hospital de San Andrés de la Ciudad de México. El galeno interrogó al paciente y lo único notable era que 16 años atrás había sufrido un golpe en la nuca. La enfermedad actual había principiado ocho días antes, “notando el enfermo cansancio en los brazos y alguna torpeza en los miembros inferiores; continuando del mismo modo hasta la fecha de su entrada”.¹²⁷ Mejía reconoció que sus facultades intelectuales no estaban afectadas, ni presentaba lesiones de la piel o en las extremidades.¹²⁸ El reconocimiento corporal fue el siguiente:

Hicimos que levantase la pierna derecha para colocarla sobre la izquierda; su movimiento fue completo; pero con el mismo carácter de los observados en los miembros superiores. Igual resultado se obtuvo al hacerle colocar la pierna izquierda sobre la derecha. Andando el enfermo nos manifestó que no sentía bien el suelo, tampoco había sensación de frío al apoyar en él su pie desnudo; sus pasos fueron firmes aunque lentos: nos dijo hallarse imposibilitado para andar más aprisa. Vuelto a su cama y acostado de nuevo en ella, exploramos la sensibilidad:

¹²⁶ Véase Nina Hinke, “Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX”, *Relaciones*, vol. XXII, núm. 88, 2001, pp. 50-78.

¹²⁷ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 473.

¹²⁸ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 473.

piquetitos ligeros con un alfiler practicados en ambas piernas, no despertaron, según dicho del paciente, ninguna sensación. Temiendo ser engañados, aplicamos un cigarro ardiendo en la pantorrilla izquierda; se formó una pequeña escara, y el enfermo no reveló, ni sensación ni movimiento reflejo. Un pliego de piel tomado en la otra pantorrilla fue lentamente atravesado por un alfiler; igual resultado, ningún signo de dolor. Exploramos la sensibilidad táctil, perdida igualmente. De esta completa anestesia participaba el tronco en su mayor parte, los brazos y la cara, dejando espacios muy pequeños que llamamos placas de sensibilidad, en las que era bien percibida la punta del alfiler cuando se le hundía ligeramente. Reconociendo la espina, hallamos un punto doloroso que correspondía al nivel de la vértebra prominente. Averiguamos si nuestro enfermo sentía la gana de evacuar la vejiga y el intestino, o si ambas funciones se efectuaban inconscientemente; su respuesta nos convenció de que no había parálisis en dichos órganos.¹²⁹

Mejía comentó con el Dr. Manuel Carmona y Valle, profesor de Clínica, que el enfermo presentaba una llamativa anestesia y una analgesia casi completa. Ambos médicos al día siguiente estuvieron acompañados de los alumnos de la ENM y comprobaron “todo lo citado”, explorando además los órganos de los sentidos y la contractilidad eléctrica, “ésta se hallaba perfecta”, mientras se constató la pérdida del olfato, pues no reaccionó después de acercarle a la nariz un frasco con amoníaco durante medio minuto. Hasta el momento, el tratamiento del enfermo constó de un gramo de sulfato de quinina y tintura de iodo untada de la sexta vértebra cervical a la primera dorsal.¹³⁰ En la década de 1870, la terapéutica contra los padecimientos histéricos era a

¹²⁹ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 473.

¹³⁰ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 474.

base de medicamentos de botica, con los cuales estimular el sistema nervioso, a diferencia de la propuesta psicoterapéutica de las primeras décadas del siglo XX. Los siguientes días fueron relatados por el doctor Mejía de la siguiente manera:

Tercer día, igual todo respecto a sensibilidad, torpeza exagerada en los movimientos, en la palabra; temperatura normal.

Cuarto día, lo mismo; tratamiento: calomel a dosis refracta.

Quinto día, cesación completa de todos los accidentes, el enfermo se levanta con presteza y solicita abandonar el hospital. Retenido algunos días más, los accidentes no reaparecen. Sale curado el 16 de julio.

¿Qué significación tiene esto? ¿cómo podemos interpretar y clasificar el hecho?¹³¹

El relato diario de la evolución del paciente hace ver cómo tomaban notas los médicos mexicanos, cuyos datos recabados conformaron las disertaciones que presentaban en las sesiones de la ANM, para luego comunicarlos a un público mayor a través de la *GMM*. También es notorio que el doctor Mejía se encontraba abordando los primeros casos de histeria masculina registrados en el país y no supo explicar la curación del enfermo.

El segundo caso analizado por el doctor Mejía fue el de Tomás Sánchez, a quien conoció el 15 de julio en la misma sala de Clínica. Era un albañil y barrendero natural de Tepeji del Río, viudo y de 49 años. “No refiere más enfermedades anteriores que fiebre y viruelas, de muy niño; diarrea pocos años antes”.¹³² Su padecimiento actual consistía en dolores en las piernas, las cuales no presentaban signos exteriores, incluso caminaba

¹³¹ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 474.

¹³² Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 474.

con lentitud. La sensibilidad de las piernas era nula al tacto. Para comprobarlo, el galeno aplicó un cerillo ardiendo y cigarros aplicados contra su piel en diversos puntos, sin que provocaran movimientos, ni sensaciones. El segundo paciente presentaba en la columna vertebral una deformación hasta la undécima y duodécima vértebras dorsales, debido a un golpe que sufrió al caer de unos andamios años atrás. Como en el caso anterior, Mejía intercambió opiniones con el Dr. Carmona y Valle.¹³³ La sala Clínica del señalado hospital fue un espacio científico de gran importancia al final del siglo XIX, así como un espacio de discusión e intercambio de opiniones entre los médicos, varios de ellos socios de la ANM.

Al tercer día, el segundo enfermo se quejó de que mientras “no había sentido, lo quemaron por muchas partes, le picaron el cuerpo, etc. Reclama su alta con insistencia; detenido un día más, los accidentes no reaparecen”.¹³⁴ Salió del hospital el día 19 del mismo mes “perfectamente curado”.¹³⁵ El doctor Carmona y Valle determinó que se trataba de casos de histeria masculina, “fruto de sus vastos conocimientos, apenas si es creído por su auditorio”.¹³⁶ Ambos médicos después de un amplio análisis clínico determinaron dos casos de histeria masculina a partir de los síntomas y signos que cada paciente presentó. Mejía comunicó su experiencia a los consocios, a los lectores y a los estudiantes de Medicina. Una estrategia de difusión del conocimiento médico

¹³³ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, pp. 474-475.

¹³⁴ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 475.

¹³⁵ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 475.

¹³⁶ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 475.

especializado que muestra la relación entre educación, investigación, asociacionismo y publicación.

En ambos enfermos el síntoma dominante fue la anestesia de las extremidades, según Paul Briquet (1796-1881)¹³⁷ se presentaba en toda la superficie del cuerpo o una parte pequeña; en un solo lado del cuerpo o en ambos, pero rara vez se concentraban únicamente en el torso.¹³⁸ Mejía consultó la literatura médica francesa que circulaba en México sobre la histeria, para luego reconocer los signos y síntomas en los pacientes, cambiar impresiones con sus colegas mexicanos y comunicar sus resultados basados en la práctica clínica.

El síntoma común dominante en ambos casos fue la anestesia casi generalizada, descrito por Anton Friedrich Spring:¹³⁹ “por inacción del sensorium o ausencia de la percepción”.¹⁴⁰ La anestesia se presentó en forma pasajera y como causa principal del padecimiento, por lo que el autor desechó otras enfermedades. La anestesia neurótica descrita por Spring señalaba que “una anestesia parcial o total se une a la epilepsia, catalepsia, tétanos, corea a todas las neurosis”.¹⁴¹ Ahora bien, Mejía citó a Paul Briquet, quien señaló que la histeria

puede herir toda la superficie del cuerpo o limitarse a una parte muy pequeña. Puede no interesar más que la superficie del cuerpo o bien herir todo el espesor de un miembro. Es muy ordinario encontrar la anestesia de

¹³⁷ Paul Briquet fue un médico internista francés del siglo XIX que elaboró un tratado de la histeria. El autor determinó su origen en la genética y el estrés.

¹³⁸ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

¹³⁹ Anton Friedrich Spring fue un médico belga del siglo XIX que se especializó en psicología y anatomía por la Universidad de Liege.

¹⁴⁰ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 476.

¹⁴¹ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

todo un lado del cuerpo desde la cabeza hasta los pies, al mismo tiempo que la sensibilidad de los órganos de los sentidos del mismo lado. Pero sea cual fuere su extensión, la anestesia no ocupa jamás sino las partes animadas por los nervios que provienen del encéfalo o de la prolongación raquídiana. Así, la anestesia del tronco, no penetra jamás en las cavidades espláncicas, mientras que en los miembros puede herir todo el espesor desde la piel hasta los huesos [...] Esta anestesia es rara en la histeria no convulsiva.¹⁴²

De manera que Mejía concluyó que este tipo de anestesia se presentaba sin ataques convulsivos y citó a Spring:

La anestesia histérica se observa durante los ataques, después de ellos, después de una emoción viva, una neuralgia, etc. [...] El diagnóstico diferencial de la anestesia histérica reposa sobre los hechos siguientes:

1. Es siempre un fenómeno consecutivo a otras turbaciones histéricas.
2. Va acompañado ordinariamente de accidentes hiperestésicos.
3. Es más común a la izquierda que a la derecha.
4. Es parcial, fugitiva, movable, extravagante y caprichosa en su marcha y en su forma.
5. En fin, faltan los signos y síntomas de toda lesión material.¹⁴³

Así, el doctor Mejía aseguró que los síntomas de los pacientes señalados concordaban con el tipo histérico descrito por sus autores y si no había epilepsia o catalepsia, sólo quedaba la histeria. Asimismo, el autor refirió que no eran visibles otras manifestaciones de la enfermedad, porque era en la mujer donde sí lo eran, en virtud de

¹⁴² Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

¹⁴³ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

su condición sensible y tipo de educación. De manera que el galeno problematizó la histeria en el hombre por su género y a pesar de que era considerada generalmente una enfermedad propia de las mujeres, Mejía aceptó el diagnóstico en estos dos varones de estrato social bajo, que según el autor, no sufrían de grandes preocupaciones de carácter moral. Lo anterior resultaba interesante, puesto que además del sexo, intervenía claramente el nivel social que los pacientes tuvieron en el estudio clínico para su diagnóstico. Al final, la conclusión fue la presencia de la histeria atípica.

El médico Mejía determinó que ambos casos presentaban “anestesia histérica” semejante a la femenina e incluso indicó un caso reciente de un joven estudiante de Derecho, “que se cree afectado del corazón”.¹⁴⁴ Al concluir, el autor señaló que después del estudio de ambos casos, “no he vacilado ya en clasificarlos como el ilustrado profesor de Clínica, Dr. Carmona y Valle, entre las neurosis, porque para una lesión material mucho les falta, para una lesión funcional nada les sobra”.¹⁴⁵ Mejía fue uno de los primeros médicos mexicanos que atendió casos de hombres que padecían histeria y comunicó su experiencia a los consocios.

El doctor Mejía en “Sobre la histeria” presentó ante la ANM el caso de la señora María N. de N., de 20 años de edad, quien el 14 de noviembre de 1895 acudió a consulta por presentar síntomas de “nerviosismo de imaginación”, paraplejia completa acompañada de parálisis del recto y la vejiga, por lo que usaba una sonda tres veces al día.¹⁴⁶ Mejía también preguntó por sus enfermedades anteriores y antecedentes de

¹⁴⁴ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

¹⁴⁵ Demetrio Mejía, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación”, p. 477.

¹⁴⁶ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 458.

familia. El inicio de los ataques histéricos se remontaba al 25 de abril de 1895, cuando la señora María N. de N. dio a luz a un niño de término. “Pocos momentos después de verificarse la expulsión de la placenta, sufrió un ataque convulsivo con pérdida del conocimiento” durante una hora, el cual la dejó con parálisis completa del movimiento en los miembros inferiores, la vejiga y el recto.¹⁴⁷ De acuerdo con Mejía, se trató de una histeria adquirida a raíz de un trastorno psíquico causado en el parto.

A los cuarenta días del parto, sin haber abandonado aún la cama, por la persistencia de la parálisis, la familia proporcionó un baño a la señora María N. de N., tras lo cual sufrió un nuevo ataque convulsivo de bastante duración, que indujo a ceguera completa y pérdida de movimiento del brazo izquierdo.¹⁴⁸ A los veinte días del nuevo accidente histérico, la enferma sufrió un nuevo ataque convulsivo y aparición de la afasia, aunque desapareció la amaurosis y regresó el movimiento del brazo izquierdo.¹⁴⁹ Mejía auscultó el cuerpo de la paciente, retomó los datos de los accidentes histéricos al interrogarla y al esposo, y después hizo preguntas sobre su historia de vida.

A inicios de diciembre, Mejía solicitó al doctor Manuel Carmona y Valle que lo acompañara en el segundo examen de la paciente, quien hizo “la relación más exacta y precisa del diagnóstico diferencial, ya de ciertas mielitis; ya de algunas afecciones cerebro-medulares”.¹⁵⁰ La terapéutica recomendada consistió en aplicar una solución de bromuro y vejigatorios pequeños, en la espina y algunos otros puntos dolorosos, curados con morfina.¹⁵¹ Mejía recurrió a la terapéutica de botica para aliviar los síntomas de la

¹⁴⁷ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 458.

¹⁴⁸ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 459.

¹⁴⁹ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 459.

¹⁵⁰ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 461.

¹⁵¹ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 461.

enferma, pues era común al final del siglo XIX que los galenos recetaran medicamentos basados en recursos minerales como los bromuros.

En marzo de 1896, la enferma sufrió un delirio “locuaz exagerado”, pues no cesaba de aplicarse calificativos de altos personajes. En el consultorio de Mejía, la señora María N. de N. se anunció como la reina de Inglaterra y refirió hablar con la Virgen y aseguraba que sería curada “por María Santísima, la cual como reina bajaba a hablarle”.¹⁵² El doctor Mejía aprovechó la presencia de los médicos Juan Altamira y Luis Urcelay para que “la estudiaran y me diesen su opinión, lo cual hecho por ellos, con mil dificultades a consecuencia del delirio, acabaron por creer que se trataba, en efecto, de la histeria”.¹⁵³ El Dr. Urcelay recomendó aplicar esa noche 10 gotas cada hora de la tintura de *Cannabis indica* con el propósito de calmar “la gran excitación de nuestra enferma”. A las tres de la mañana despertó y llamó a la criada diciéndole con todo aplomo:

“Dame mi ropa para vestirme, porque voy a andar”. Brevemente, ayudada por la criada, se levantó y con gran sorpresa de la sirvienta, anduvo y anduvo tan perfectamente bien, que no se notaba la menor vacilación. Pocos momentos después tomó la bacinilla y vació su vejiga espontáneamente y por primera vez, después de diez meses de parálisis.¹⁵⁴

La exposición del caso por parte de Mejía es una fuente amplia y pormenorizada para estudiar cómo los médicos mexicanos de finales del siglo XIX caracterizaron a la histeria y los tratamientos que emplearon, en este caso la farmacoterapia.

¹⁵² Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 461.

¹⁵³ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 462.

¹⁵⁴ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 462.

Mejía expresó que la terapéutica basada en plantas y minerales era el mejor camino para aliviar las dolencias de la histeria. A sus pacientes recomendó un tratamiento mercurial activo. También llevó a cabo cauterizaciones en el útero con el termocauterio, “algunas bastante profundas y usando un anestésico local muy económico; tan eficaz como barato: la mezcla de hielo y sal marina, contenida en intestinos preparados, como los que usan los soldados para cargar el aguardiente”.¹⁵⁵ Este tratamiento resultaba efectivo, aunque doloroso.

La paciente en diversas ocasiones expresó a su esposo lo siguiente: “Tengo la convicción de que si me llevas a la Villa de Guadalupe y rezo a la Virgen en su Santuario, salgo de la Iglesia andando”. El matrimonio acudió a la Colegiata a rezar “con toda fe; pero salió del templo igualmente paralizada” a pesar de la sugestión.¹⁵⁶

El galeno sobre la terapéutica señaló que “mientras esa curación es más difícil y problemática, mucho mayor es el número de medicamentos propuestos y mayor también la confusión; así con la génesis de la histeria”.¹⁵⁷ Mejía, como sus colegas, se encontraba en un proceso de caracterización, diagnóstico y tratamiento de las pacientes histéricas, para lo cual los escritos publicados en la *GMM* comunicaban las experiencias clínicas a los lectores.

La terapia farmacéutica fue la de mayor tradición entre los galenos mexicanos, pues se remontaba a la época colonial y desde entonces el análisis de los minerales, plantas y animales desde el punto de vista científico fue orientado hacia curar diversas

¹⁵⁵ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 461.

¹⁵⁶ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 463.

¹⁵⁷ Demetrio Mejía, “Sobre la histeria”, p. 466.

enfermedades. Este tipo de terapéutica convivió con otras en el siglo XX para atender las enfermedades mentales, como la histeria.

Capítulo V. El tratamiento eléctrico de la histeria

La segunda terapéutica expuesta en la *GMM* fue la basada en la electricidad. Los médicos de principios del siglo XX en varias partes del mundo desarrollaron aparatos e instrumentos con los cuales curar ciertas dolencias y enfermedades, como fue el caso de la histeria.¹⁵⁸

El Dr. José Ramos en “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico” presentó dos casos: el primero fue sobre una señorita de la Ciudad de México, a quien examinó “sus funciones visuales”, acompañado del Dr. Alfonso Pruneda. La paciente padecía “fenómenos coreiformes” sin que hubiera ataques ni otros accidentes histéricos. El examen perimétrico reveló que existía un estrechamiento concéntrico irregular en ambos ojos.¹⁵⁹ El segundo caso fue una señora de San Luis Potosí que presentaba una reducción del campo periférico izquierdo, casi en forma de hemiopía, sin la rigidez pupilar hemianópsica. Ramos hizo una segunda revisión de la paciente un año después y notó que sólo quedaban vestigios de la hemianopsia.¹⁶⁰ Este médico estudió la reducción del campo visual en la histeria a través del examen oftalmoscópico, el cual mostraba que era un síntoma persistente, ya que

de un día a otro aumenta o disminuye el estrechamiento, bajo la influencia de causas conocidas, como emociones morales, ataques convulsivos, o aun sin pretexto apreciable; puede suceder que en el curso del reconocimiento varíe la

¹⁵⁸ Véase María José Correa, “Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910”, *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, 2014, [consultado el 7 enero 2021, <http://journals.openedition.org/nuevomundo/66910>].

¹⁵⁹ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 217.

¹⁶⁰ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 217.

extensión del campo perimétrico, bastando para ello la fatiga inherente al examen, o aun la mayor o menor atención que presta la persona examinada. Si el estrechamiento no es excesivo pasa inadvertido para el paciente, sobre todo cuando es monocular; lo mismo que otras anestias histéricas, sólo es revelado por una exploración cuidadosa, pues de otro modo quedaría desconocido para el médico y para el enfermo. Estas diversas circunstancias, han hecho creer a muchos observadores que se trata de simulaciones y no de síntomas reales, habiendo sido juzgados más de una vez por esta causa como mentirosas las personas histéricas.¹⁶¹

El examen oftalmoscópico como evidencia científica de la presencia de histeria en una paciente eliminó las discrepancias entre los médicos acerca de si se trataba de una enfermedad o una simulación. La evidencia en el estrechamiento del campo visual se convirtió en la manera de comprobar la presencia de la enfermedad.

Ramos citó a su mentor el Dr. Xavier Galezowski (1832-1907) al señalar que en la mayoría de casos, los colores se pierden en el orden siguiente “violado, verde, rojo, anaranjado, amarillo y azul”, lo cual estaba relacionado con la extensión que en el campo periférico normal ocupaban esos colores, es decir, el campo más extenso era el azul y el más estrecho era el violeta.¹⁶²

El Doctor José Ramos describió uno de los exámenes clásicos basados en el disco giratorio de Newton, dividido en sectores alternativamente rojos y verdes, con el cual se detectaba que el color verde no era apreciado por las histéricas, que normalmente lo veían gris. El autor citó los resultados del Dr. Paul Regnard, el cual había realizado

¹⁶¹ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 217.

¹⁶² José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 217.

experimentos con enfermas histéricas afectadas de discromatopsia para el rojo, a las que hacía mirar fijamente un cuadrado de aquel color dispuesto sobre fondo blanco; las enfermas lo veían gris, pero después de algún tiempo “comienzan a percibir la imagen consecutiva de un cuadrado de iguales dimensiones, y verde, es decir del color complementario de aquel que no apreciaban”.¹⁶³ De nuevo, la metodología francesa fue puesta en práctica por algunos médicos mexicanos en el estudio de la histeria con el propósito de atender a las pacientes mexicanas a partir de la experiencia extranjera.

Ramos expresó: “He procurado variar las condiciones de experimentación, usando algunos otros medios, que se me han ocurrido para este género de estudios y he procedido también en mis observaciones, empleando los recursos ya utilizados antes por otros observadores”.¹⁶⁴ Para realizar sus experimentos, el médico mexicano elaboró diversos círculos con sectores alternativos de distintos colores, los cuales se adaptaban a un aparato giratorio, semejante al disco de Newton; y otros círculos se constituían por sectores alternativos de dos colores complementarios: verde y rojo, azul y anaranjado, violeta y amarillo, para reconstruir el blanco con los dos colores de cualquiera de esos discos. Al presentar los círculos experimentales, Ramos anotaba si la imagen no era nítida, si el verde se apreciaba como gris o si había discromatopsia para el violeta.¹⁶⁵ Para 1905, se aprecian el cambio tecnológico y metodológico en el estudio de la histeria, pues Mejía recurría al examen corporal de las extremidades del paciente más la historia clínica y los antecedentes personales, mientras que Ramos y González aprovecharon los

¹⁶³ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 217.

¹⁶⁴ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 218.

¹⁶⁵ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 218.

aparatos de origen francés para realizar exámenes sobre el campo visual, acompañados de los antecedentes y la historia clínica.

Ramos también mandó elaborar una perinola, en cuya parte superior se colocaban pequeños discos, divididos en sectores de diferentes coloraciones, obteniéndose la fusión de las ondas luminosas por el movimiento de rotación impreso con los dedos. Con los círculos y la perinola, Ramos confirmó “que en los casos de discromatopsia histérica en contra de lo que a primera vista pudiera imaginarse, el blanco y los colores compuestos se producen, aun cuando no sea percibido alguno de los colores complementarios o componentes”.¹⁶⁶ Ramos no sólo aplicó la metodología francesa en su consulta, pues también ideó nuevos recursos materiales con los cuales ampliar el examen visual de las enfermas.

El doctor Ramos confrontó las tesis de diferentes médicos de su época, como Charcot, Parinaud y Pitres, para señalar que el campo de visión de las histéricas resultaba paradójico, siendo que en algunos casos podría haber ceguera para un color u otro, siendo que si se trataba de una lesión material en la retina, de los centros corticales o de los medios de unión entre ambos, no se presentarían estas percepciones de color.¹⁶⁷

Ramos atendió a una enferma proveniente del Estado de Guanajuato que presentaba ataques convulsivos y diversos estigmas, el ojo izquierdo tenía ceguera, casi sin percepción luminosa, con integridad del nervio óptico y de la retina, y con midriasis ligera. La paciente era incapaz de distinguir los movimientos de la mano y no podía caminar cuando tenía cerrado el ojo derecho. La paciente tampoco percibía los colores

¹⁶⁶ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, p. 218.

¹⁶⁷ José Ramos, “Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico”, pp. 217-218.

con el ojo anormal, aunque al mostrarle un cuadrado verde o rojo sobre fondo blanco, y empleando el prisma como en las otras observaciones, veía dos cuadrados, con su verdadero color.¹⁶⁸ Ramos concluyó su presentación ante la Academia expresando que

el análisis clínico moderno, llevado a cabo con las reglas de la lógica más severa, demuestra la existencia de los fenómenos que he descrito, cualquiera que sea su explicación. Los trastornos visuales, como otros muchos que se presentan en la histeria, son paradójicos en apariencia, y dan a primera vista la idea de una simulación; examinados atentamente, se nota que, aun cuando al parecer contradictorias, obedecen a leyes fijas, que en gran parte conocemos ya. Sus caracteres singulares les dan gran valor para el diagnóstico de un estado morbozo, que puede presentarse con apariencias engañosas, incitando otras muchas enfermedades.¹⁶⁹

El médico mexicano presentó en la ANM su metodología positiva para explicar la histeria e incluso resolver el padecimiento a través de la experimentación basada en los aparatos que mostró y sus resultados cuantitativos. La observación del médico era la base para determinar si la paciente era histérica mediante el reconocimiento corporal y del campo visual, complementados con la historia clínica y los antecedentes familiares.

El escrito de 1909 del Dr. José de Jesús González sobre el campo visual en la histeria se basó en la observación de varias pacientes que conocía personalmente. Para evaluar a las enfermas, el galeno mexicano consultó el *Tratado de las enfermedades nerviosas* (1894) del doctor H. Oppenheim, en el cual se consideraba que la histeria causaba parálisis oculares, espasmos y estrechamiento del campo visual, con inversión

¹⁶⁸ José Ramos, "Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico", p. 219.

¹⁶⁹ José Ramos, "Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico", p. 222.

y confusión de los colores. De acuerdo con el médico francés Emilio Berger, el estrechamiento concéntrico del campo visual era más pronunciado del lado de la ambliopía que del otro, ya fuera: 1° para el blanco y para los colores; 2° para el blanco solo; o 3° para los colores solamente. Los límites del azul que, en el estado normal estaban afuera del rojo, se estrechaban más en las histéricas.¹⁷⁰

González refirió al lector la discusión acaecida en la Sociedad de Neurología de París en que participaron los médicos Édouard Brissaud (1852-1909), Joseph Babinski (1857-1932), Achille Souques (1860-1944), André Rochon-Duvigneaud (1863-1952) y Ernest Dupré (1862-1921). El médico mexicano retomó dicha discusión relativa a si existía sugestión por parte de un médico que examinaba a las pacientes histéricas en cuanto a la reducción del campo visual, por lo cual

para evitar la sugestión de las enfermas, seguí esta técnica: les explicaba primero que, fijando la mirada de un ojo en el punto de mira del perímetro, teniendo el otro ojo cerrado, en un momento dado aparecería, en cualquier punto de su campo visual, un objeto cuyo tamaño, color y forma me indican inmediatamente que fuera percibido por su ojo. Me serví para el examen de cuadros de paño de color, sobre fondo negro, de un centímetro por lado, y únicamente investigué con el blanco, el azul, el rojo y el verde, que son los colores que generalmente se emplean para estos exámenes [...] exigen tiempo y paciencia, pero son los únicos que pueden ofrecer garantías en la exactitud de los resultados.¹⁷¹

La adopción de los parámetros experimentales de la Sociedad de Neurología de París por parte de González indica la circulación de conocimiento clínico en la ciudad de

¹⁷⁰ José de Jesús González, "El campo visual en la histeria", p. 781.

¹⁷¹ José de Jesús González, "El campo visual en la histeria", p. 783.

León, así como su adopción por la comunidad médica del país para generar un estatus de confianza científica al momento de examinar a las enfermas.

A continuación, González presentó cada uno de los casos y el diagnóstico a partir de observaciones médicas. El primer caso fue el de la señorita M. V., de 35 años de edad, célibe y sin antecedentes neuropáticos hereditarios. Manifestó su primer ataque histérico a los 15 años, la noche del 18 de junio de 1888, durante la gran inundación que destruyó la mitad de la ciudad de León. Al parecer, “sufrió tan profunda impresión de terror que, durante cuatro horas, quedó completamente muda y afónica, desapareciendo repentinamente este síntoma al aparecer la luz del día”.¹⁷² Tras varios ataques convulsivos “enteramente clásicos” durante varios años, en 1908 quedó hemipléjica y con hemianestesia del lado derecho. La hemiplejía fue “cediendo poco a poco y, al fin de una semana, había desaparecido del todo”.¹⁷³ El doctor González tomó diferentes datos de cada enferma, con los cuales construyó el expediente personal. Con cada expediente, el galeno leonés sustentó su escrito presentado en la ANM.

La señorita M. V. presentaba “ataques convulsivos típicos” ya señalados, aunados al mutismo absoluto acompañado de afonía que empezaba y desaparecía bruscamente, la hemiplejía respetaba la cara, “signo distintivo para diferenciar la hemiplejía orgánica de la histérica”.¹⁷⁴ González practicó exámenes del campo visual, tras los cuales detectó que “se nota una verdadera deformación del campo visual, los colores no conservan su relación normal, sino que cabalgan unos sobre otros”.¹⁷⁵ En cada caso, el galeno

¹⁷² José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 783.

¹⁷³ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 784.

¹⁷⁴ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 784.

¹⁷⁵ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 784.

mexicano aplicó las recomendaciones de la agrupación parisina, con lo cual adoptó la metodología francesa para llegar a sus propias conclusiones experimentales.

El segundo caso fue la señora N. M., cubana, de 40 años, casada, con varios hijos sanos de ambos sexos, su madre aún vivía y el padre falleció de una afección cerebral. La señora N. M. desde joven padecía ataques convulsivos con o sin pérdida de conocimiento, precedidos de aura, caracterizados por convulsiones clásicas, actitudes pasionales (llanto o risas exageradas), sin emisión involuntaria de orina al final. Los accesos de delirio empezaban por un ataque y se prolongaban hasta una semana y desaparecían bruscamente. De acuerdo con la observación de González,

una vez pasado el ataque, la enferma queda con la mirada vaga, los ojos ampliamente abiertos, dirigidos a un objeto invisible, se le habla y no responde; después de algunos minutos empieza a formular preguntas o a dirigir contestaciones a personas invisibles, lo que indica el principio de alucinaciones visuales y auditivas; después se levanta, se pasea agitadamente por su habitación; gesticula, impreca, ruega; en el semblante revela ya el terror, ya la cólera, ya la alegría; sus actitudes y posturas están en consonancia con sus palabras; ya pronuncia frases de humildad y miedo, y entonces se acurruca en un rincón, con la mirada baja y la voz débil; ya dirige palabras de injuria y se yergue entonces amenazadora, ya prorrumpe en gritos de desesperación y desgarrar sus vestidos, llegando a estar casi desnuda; veces hay en que, creyéndose reina, pasea así su desnudez por sus habitaciones, con los jirones de vestido prendidos a los hombros, a guisa de manto [...] rehusándose a comer, pasa los días y las noches hasta que el acceso cede espontánea y bruscamente. Después de él hay amnesia completa de lo que durante él ha pasado y la enferma recobra el pleno uso de sus facultades mentales.

La descripción de los signos y síntomas de cada enferma al darse a conocer en la *GMM* sirvió a otros médicos que leían la publicación para atender a sus propias pacientes.

También es claro que el Dr. González desde la ciudad de León compartió su experiencia científica local, la cual tuvo un alcance nacional mediante la ANM.

González basó su diagnóstico en el concepto de ataques sonámbulo-delirantes del Dr. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) denominados “locura histérica alucinatoria”. El médico mexicano indicó que un síntoma de la señora N. M. era que durante el acceso de delirio, expectoraba espuma sanguinolenta de origen pulmonar y bronquial. En cuanto al campo visual, la enferma no presentaba estrechamiento, pero sí agrandamiento para el blanco, el azul y el rojo.¹⁷⁶ Cada caso presentado por González estuvo sustentado por referencias a médicos europeos, casi siempre franceses, lo que muestra tanto la circulación de literatura especializada en el estado de Guanajuato, ya fuera en bibliotecas públicas o en la biblioteca del médico mexicano, así como la apropiación de la metodología expuesta. No se trataba solo de la exposición de la práctica empírica de González, sino también de la discusión con las autoridades epistémicas europeas.

El tercer caso fue la señorita G. G. de 27 años, célibe, el padre padecía jaqueca, la madre había presentado ataques convulsivos con pérdida de conocimiento con accesos de llanto, un hermano padecía ataques caracterizados por caída con pérdida de conocimiento, palidez del rostro, seguidos de parálisis flácida alterna por unas cuantas horas. “La enferma es muy hipnotizable y por medio de la sugestión hipnótica la he curado de una ciática”, como manifestaciones histéricas sólo padecía frecuentes ataques y su campo visual era normal.¹⁷⁷

El cuarto caso fue la monja M., de 29 años, un hermano y una hermana padecían afecciones nerviosas de origen medular. Sor M. había sufrido “grandes penas que ha

¹⁷⁶ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 785.

¹⁷⁷ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 785.

podido soportar con entereza, porque es de carácter resuelto a la vez que sumiso”, aunque le provocaban ataques convulsivos.¹⁷⁸ El Dr. González había observado personalmente la paraplejia flácida con anestesia de la parte inferior del cuerpo, duró tres meses y desapareció; en otra ocasión sufrió por meses un dolor ocular y una fotofobia intensa. El día que González examinó su campo visual, el cual presentaba hipoestesia marcada de todo el lado izquierdo, en cuanto a los colores, “el campo para el rojo es, en todo o en parte, más extenso que para el azul, lo que normalmente jamás sucede”.¹⁷⁹ La referencia a la amplitud de los campos rojo y azul era de origen francés y González la retomó de los manuales que consultó.

La señora R. L. de T. durante el primer embarazo padeció un “verdadero estado de mal histérico”, a veces emitía violentos sollozos y padecía convulsiones; a veces, durante una conversación, cerraba los ojos, dejaba caer la cabeza sobre el pecho y permanecía sentada o caía al suelo con la pérdida de conocimiento y contracciones violentas de los músculos de la cara.¹⁸⁰ Durante el segundo embarazo presentó nuevos ataques histéricos. El campo visual presentaba un ligero estrechamiento para el color verde.¹⁸¹ González consideró que el embarazo y los meses postparto eran una condición fisiológica que en ocasiones desencadenaba ataques histéricos por los cambios hormonales.

El sexto caso se trató de la señorita A. D. U., de 22 años, célibe, dos de sus tías y dos primas padecían ataques, su abuela paterna era epiléptica y una hermana había sido declarada histérica. La paciente de González “siempre ha sido nerviosa y sujeta a

¹⁷⁸ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 786.

¹⁷⁹ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 786.

¹⁸⁰ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 786.

¹⁸¹ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 786.

convulsiones”, pero un año atrás, después de sufrir “grandes penas y escasez”, presentó varios ataques con las siguientes características: iniciaban por una sensación inexplicable (aura) de susto, palpitaciones y sequedad de garganta; seguía un acceso de convulsiones tónicas y clónicas, con o sin pérdida de conocimiento; y varias veces fue “presa de un terror invencible” de salir a la calle o de estar encerrada (agorafobia o claustrofobia), temor de padecer enfermedades incurables, entre otras fobias.¹⁸² González midió el campo visual de la señorita A. D. U., el cual no mostró ningún estrechamiento como en las otras enfermas.¹⁸³ El médico guanajuatense en cada caso tomó nota de los antecedentes familiares, sobre todo las mujeres, para determinar si existía una predisposición sobre la histeria. En casi todo los casos presentados en “El campo visual en la histeria” las enfermas tenían parientes con algún trastorno mental.

El séptimo caso fue la señora L. R. de N., de 24 años, casada hacía tres años, sin hijos, sin antecedentes hereditarios, aunque de niña perdió a su madre y desde entonces “empezó para ella una serie de penas que despertaron su neurosismo [sic]”.¹⁸⁴ Al parecer, la enferma padecía anorexia y amenorrea. “Tiene una hiperestesia, que llega hasta el dolor, en la pared abdominal y en las regiones sacra y trocanteriana”.¹⁸⁵ Su campo visual presentaba la inversión de los colores y notable estrechamiento en el ojo izquierdo.¹⁸⁶ Otra de la razones detectadas por el doctor González fueron las “penas” que habían sufrido las pacientes, las cuales al ser de gran impacto en la vida, provocaban un desajuste psíquico que desembocaba en histeria.

¹⁸² José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 787.

¹⁸³ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 788.

¹⁸⁴ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 788.

¹⁸⁵ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 789.

¹⁸⁶ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 789.

La octava enferma fue la señorita M. G., de 22 años, célibe, “siempre ha sido nerviosa”, pero en el último año presentó ataques histéricos durante la menstruación, acompañados de sensación de asfixia, a veces revestidos de “verdaderas crisis de sollozos o de violentos accesos de risas”.¹⁸⁷ El campo visual conservaba una amplitud relativamente normal, si bien el campo del rojo sólo parcialmente era superior al del azul.¹⁸⁸

González en “El campo visual en la histeria” señaló que después de una ardua comparación de los esquemas del campo visual de las nueve pacientes con los esquemas de personas sanas, concluía que el campo visual en las enfermas se estrechaba concéntricamente guardando los límites de los colores la relación normal, por orden de amplitud: blanco, azul, rojo y verde, o bien presentarse estrecho e invertido.¹⁸⁹ González determinó que el “verdadero signo” de la histeria en lo referente al campo visual era la “inversión de estas relaciones” de color, pues el campo del rojo era “más extenso que el del azul en algunas direcciones, lo que nunca sucede normalmente, y hasta los límites del verde, pasan más allá de los del azul y aun de los del rojo y del blanco”.¹⁹⁰ En nueve enfermas lo había detectado siete veces.

Además, las enfermas presentaban una marcada deformación del campo visual, que consistía en la inversión de los colores, se ampliaba en direcciones superior y nasal; “en que normalmente es menos extensa, mientras en otras, hacia abajo y afuera, se estrecha considerablemente”.¹⁹¹ De igual manera, otro fenómeno correlativo al anterior

¹⁸⁷ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 789.

¹⁸⁸ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 790.

¹⁸⁹ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 792.

¹⁹⁰ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 794.

¹⁹¹ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 795.

era la “oscilación del campo visual” que consistía en que la amplitud cambiaba en sucesivos exámenes hechos para eliminar la fatiga, con muchos días de intervalo. “Este fenómeno es frecuentísimo en la histeria, como lo habrá comprobado quien quiera se haya dedicado un poco a estas investigaciones”.¹⁹² El examen pormenorizado del campo visual en varias pacientes hizo posible que González empezará a llegar a conclusiones generales sobre los síntomas de la histeria para luego proponer un tratamiento.

José de Jesús González concluyó el estudio enfatizando la importancia de la investigación clínica, pues

bueno es que sepamos a qué atenernos y con investigaciones personales, nos convenzamos, por nuestros propios ojos, de qué es lo que queda en pie, de cuál es lo sólido y cuál lo que han socavado los nuevos estudios. Así habremos hecho, según creo, obra de sana crítica, que nos ponga en posesión de la verdad, pues paréceme que ha sonado ya la hora de que entremos al campo de las investigaciones personales y dejemos de admitir como verdad dogmática, sin examen ni análisis, todo conocimiento científico que nos llega de allende los mares.¹⁹³

De nuevo González enfatiza ante la ANM la importancia de la experimentación médica al atender a las pacientes histérica para dejar de lado a las autoridades extranjeras, las que en ocasiones se adaptaban de forma acrítica en el país y así dar paso a la generación de terapéuticas nuevas en México. En este sentido, González valoró de forma amplia la experiencia personal del médico a la hora de atender a las pacientes e incluso, de ser posible, comunicar sus resultados a través de la prensa científica como la *GMM*.

¹⁹² José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 795.

¹⁹³ José de Jesús González, “El campo visual en la histeria”, p. 796.

José de Jesús González en el segundo escrito, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, presentó su metodología terapéutica a partir de hacer que la enferma conociera sus padecimientos, aunado a ejercitar la función perturbada hasta “restituir todo su alcance y energía” y la persuasión, convenciendo a la enferma que “puede, si quiere, ejecutar el acto deseado”.¹⁹⁴ La psicoterapia fue una metodología clínica novedosa al inicio del siglo XX que rivalizó con la terapéutica de botica, como se verá en el apartado siguiente.

En este segundo artículo, González abordó el caso de la señorita M. J. de 19 años de edad, alta, fornida, “de buen color, mirada inteligente y viva”, pero no saludaba de viva voz, sino con una inclinación de cabeza. Por esta razón, su hermana fungió de acompañante a la consulta, pues en cualquier momento padecía ataques convulsivos con pérdida del conocimiento, y después del último había dejado de pronunciar palabra, a pesar de los medicamentos (bromuros y tónicos) administrados por los médicos de la ciudad de León. Tras un reconocimiento inicial, Gonzalez comprobó que la enferma conservaba íntegro los lenguajes escrito, visual y auditivo.¹⁹⁵ El médico solicitó a la enferma que

fingiera silbar, y lo hacía; se le rogaba que moviera la lengua, y ejecutaba todos los movimientos pedidos; pero se le instaba a que hiciera el más sencillo movimiento para articular la más fácil palabra; por ejemplo, que, aunque fuera sólo con los labios y sin emitir sonido, intentara decir *mamá*, e ¡imposible! Los labios no obedecían [...] La fisonomía de este mutismo es tan clara, que no cabe ni discutir el calificativo histérico que hay que aplicarle; máxime cuando hizo su aparición después de una crisis convulsiva, originada por contrariedades eróticas.¹⁹⁶

¹⁹⁴ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 95.

¹⁹⁵ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

¹⁹⁶ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

El primer paso del método de González fue comprobar que la enferma conservaba el movimiento muscular de la cara, el cual había sido afectado por la crisis histérica y no por otras razones.

González empleó la electroterapia basada en corrientes continuas de diez miliamperios de intensidad, aplicando el polo positivo en la nuca y el negativo en los labios. Mediante algunas interrupciones de la corriente que ocasionaban la contracción del músculo orbicular de los labios, y después de algunos intentos, consiguió que la enferma bosquejara las palabras papá y mamá, sólo dibujando en los labios la palabra, pero “sin emitir aún el más leve sonido; la enferma tenía ya la conciencia del movimiento de los labios, pero todavía no la de los movimientos laríngeos, necesarios para emitir siquiera la voz baja”.¹⁹⁷ Aquí se aprecia como González puso en práctica la ejercitación del lenguaje y la persuasión hacia la enferma de que era posible hacerlo. Esto estuvo complementado con la electroterapia.

La señorita E. L. de 20 años de edad acudió al consultorio de González porque dos meses atrás su vista había disminuido “al grado de no poder ya leer ni coser”.¹⁹⁸ La agudeza visual era de dos décimas para el ojo izquierdo y un vigésimo para el derecho. En sus antecedentes patológicos, el galeno leonés había anotado una hemiplejía histérica que duró algunas semanas; y crisis convulsivas intensas, hasta 3 diarias de una hora.¹⁹⁹ El examen ocular mostró estrechamiento del campo visual, con inversión del límite relativo de los colores, siendo más extenso el campo para el rojo. También padecía

¹⁹⁷ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

¹⁹⁸ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 97.

¹⁹⁹ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 98.

dolor de los globos oculares y rápida fatiga en cualquier trabajo de la vista.²⁰⁰ El examen de la enferma se basó en la escala de optotipos, el campímetro, el cromatoscopio de Riveiro Santos y los estambres de Holmgren.²⁰¹ Cada sesión comprendió:

1° Ejercicios de lectura de la escala visual, primero con el ojo mejor, luego con el más ambliope, empezando a un metro y luego gradualmente retirando a la enferma.

2° Ejercicios con el cromatoscopio, empezando por el ojo menos ciego (como en todos los ejercicios), y clasificación de los estambres de Holmgren.

3° Ejercicios con el campímetro, llevando el cuadrado colorido del centro a la periferia, con el objeto de que la enferma viera la mira y luego hiciera esfuerzos para seguir viéndola en toda la extensión del campo visual.

4° Ejercicios de apreciación del tamaño por la vista, guiándose por el tacto: me servía de cuadrados de cartón de diverso tamaño que mostraba a la enferma, quien me indicaba, señalando con los dedos, el tamaño que atribuía al objeto; luego le hacía tocar éste y se lo mostraba de nuevo, hasta que lograba indicar el tamaño aproximado.²⁰²

González presentó en la ANM los pasos que siguió en la terapia de la señorita E. L. para discutirlos con sus consocios e incluso con el público de la *GMM*. Esta terapia abarcó cinco sesiones de una hora diaria, para que la enferma recobrara el pleno dominio sobre su función visual. Dos años después, la curación se conserva: “la enferma lee, borda, toca el piano, etc., sin la menor dificultad”.²⁰³

²⁰⁰ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 99.

²⁰¹ Prueba diseñada por Alarik Frithiof Holmgren (1831-1897) a partir de lana teñida para medir la capacidad de distinción cromática de un paciente.

²⁰² José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 100.

²⁰³ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 100.

En 1913, el doctor González en “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos” mostró cómo funcionaba la electroterapia en el caso de la señorita profesora N. Al inicio, el galeno aplicó de manera regular un electrodo sobre la lengua con cargas de hasta 5 miliamperios, con el propósito de mejorar el habla de la mujer. Al respecto, éste indicó que se requerían varias sesiones, pues al inicio “solamente lograba el bosquejo de la palabra, los movimientos de articulación, pero aún sin emisión de sonido”.²⁰⁴ Después de la terapia en la lengua, González aplicó un electrodo sobre la laringe para que la sensación eléctrica provocara el recuerdo de la emisión del sonido, “pude entonces, en efecto, conseguir que dijera e, en voz baja: ¡era ya un triunfo!”.²⁰⁵ La electricidad desde finales del siglo XIX se incorporó a la terapéutica médica para resolver diferentes padecimientos, incluyendo la histeria. De ahí que González construyera aparatos eléctricos similares a los europeos con los cuales tratar a sus pacientes. Por fortuna, este médico tomó nota de sus experimentos y los compartió en la *GMM*, con lo cual es posible examinar su práctica tecnocientífica.

A la par de la electroterapia, González estimulaba el habla mediante ejercicios de pronunciación, también conocidos como reeducación rápida en voz baja; complementados con suaves masajes digitales sobre la laringe. Esta fase terapéutica tuvo el propósito de “despertar en la enferma la idea de la contracción de los músculos laríngeos, requerida para emitir un sonido fuerte” hasta que la enferma logró emitir un sonido terso, claro, bien timbrado, “propio de una laringe juvenil y femenina”.²⁰⁶ El médico explicó:

²⁰⁴ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

²⁰⁵ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

²⁰⁶ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 96.

Dí a la enferma un periódico del día y, la que por un mes sufriera el más completo mutismo, pudo leerme, con buena voz, todo un editorial de política. Recomendé a la enferma que leyera o platicara toda la tarde en voz alta y le rogué volver al día siguiente para afirmar, con nuevas prácticas psicoterápicas, el éxito obtenido. Al siguiente día se presentó la enferma nuevamente y pude hacer que practicara algunos ejercicios de solfeo y de vocalización (conocía música), pues el mutismo histérico se había extendido hasta el lenguaje musical. Ha pasado ya algún tiempo y, por fortuna, la enferma no ha sufrido recaída en su mutismo, aunque ha padecido nuevas crisis convulsivas [...] Es muy conocido, en efecto, el hecho de que una actitud hace nacer una idea, así como de ordinario una idea hace nacer determinada actitud: contraed vuestros músculos faciales con la actitud de la ira, apretad vuestros puños, y no tardaréis en sentir la emoción de la ira; poned un semblante triste y dolorido, y a poco la tristeza invadirá vuestro espíritu.²⁰⁷

González conjuntó la electroterapia, los masajes laríngeos, la estimulación muscular en el rostro y los ejercicios de pronunciación, los cuales resultaron exitosos en el caso de la señorita profesora N. y probablemente otros médicos repitieron la experiencia después de leer el escrito en la *GMM*. También resalta el papel de la sugestión, tanto en la terapéutica como en el origen de la histeria, una cuestión que estaba en debate al inicio del siglo XX.

Otra terapéutica empleada por González fue la cocaína en dosis reducidas, que en la profesora N provocó una mirada “de admiración, de fijeza, de flojedad de los párpados” con el propósito de provocar la idea de “calma, de descanso en sus sufrimientos, y darle confianza en que su enfermedad podría ceder”.²⁰⁸ Media hora después, la enferma presentaba una mejoría en sus síntomas histéricos. La opioterapia

²⁰⁷ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 104.

²⁰⁸ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 104.

también fue una novedad a inicios del siglo XX, pues los médicos consideraban que era posible controlar varias afecciones nerviosas en hombres y mujeres, sin tomar en cuenta la adicción que provocaban como efecto secundario.

González con la paciente M. de R. llevó a cabo experimentos sobre el cambio en la visión histérica, en especial sobre el “extraordinario fenómeno” de visión en la oscuridad relacionado con la hiperestesia retiniana. Al respecto, el médico guanajuatense relató que una noche mostró a la enferma varios objetos “(naturalmente invisibles para las demás personas) y pudo decirme el nombre de todos ellos: existía, pues, realmente el fenómeno”.²⁰⁹ Tras esta prueba, el médico explicó en el artículo que los ojos normales estaban adaptados para una determinada intensidad luminosa, pero la oscuridad sólo era relativa dependiendo de la adaptación paulatina a la oscuridad por parte de una paciente histérica.²¹⁰ González preguntó a los consocios:

¿Cómo no pensar que en mi enferma la perturbación nerviosa había provocado una retracción del pigmento que le impedía ir hacia los bastoncillos a protegerlos durante la luz intensa, por su papel absorbente del exceso de luz, y permaneciendo en las capas profundas, facilitaba la visión crepuscular, que tan sorprendente era en mi caso?²¹¹

González fue un médico que desarrolló varios experimentos con sus pacientes, es interesante analizar la práctica local de ciencia en la ciudad de León y el interés que este galeno mostró por dar a conocer sus resultados en la *GMM*. El autor finalizó el artículo señalando que:

²⁰⁹ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 106.

²¹⁰ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 106.

²¹¹ José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 107.

Juzgué necesario, además, empezar una serie de ejercicios *reeducativos*, para que la enferma fuera, poco a poco, habituándose a ver la luz natural. Empleé también las corrientes continuas, polo positivo sobre los párpados cerrados, tanto para aprovechar la acción sedante de tal polo positivo, como para dar confianza a la enferma en el tratamiento emprendido, en atención a las esperanzas que ella había manifestado, en un tratamiento eléctrico. Desde las primeras sesiones inició la mejoría, que no fue tan rápida como en los casos anteriores descritos, pero que, sin embargo, fue gradualmente acentuándose, hacia la completa curación en 15 días. En todas las sesiones, hacía cochainización, ejercicios reeducativos y electrización positiva. En el intervalo de las sesiones, hacía llevar a la enferma vidrios amarillos. Dato digno de anotarse y que a nadie sorprenderá: a medida que la enferma mejoraba, el fenómeno de visión en la obscuridad fue siendo menos frecuente y menos marcado, hasta desaparecer por completo.²¹²

González puso en práctica una terapéutica compleja, es decir, compuesta de opiáceos, electricidad y estimulación muscular. Con esta terapéutica logró que la señorita M. de R. recuperara la salud.

La electroterapia aplicada por el doctor González fue un cambio sustancial en la forma de tratar a las enfermas histéricas y en encontrar solución a sus padecimientos. Los instrumentos y aparatos eléctricos se complementaron con masajes, persuasión y opiáceos. Estos últimos son un vínculo con la terapéutica farmacéutica que empleó el doctor Mejía varios años atrás.

²¹² José de Jesús González, “La psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, p. 108.

Capítulo VI. El tratamiento hipnótico de la histeria

La hipnosis fue el tercer tratamiento expuesto en la *GMM* en la década de 1920. De nuevo se aprecia la influencia de los médicos europeos entre los galenos mexicanos. El exponente del tratamiento hipnótico fue el doctor Enrique O. Aragón. Se trata de una terapéutica basada en la práctica de sugestión del médico hacia la enferma histérica.²¹³

Aragón en la “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky” presentó el primer caso relativo a la señora S. P. D. que vivía en una “mansión opulenta”, cuyo marido había fallecido en una explosión causada por un bote de alcohol que estalló al estar soldando una pieza con un cautín cerca de su automóvil y su hijo de ocho años había resultado con extensas quemaduras en todo el cuerpo, quien fue atendido por los doctores Germán Díaz Lombardo y Enrique O. Aragón.²¹⁴ A raíz de la tragedia, la viuda sufrió un ataque de catalepsia que duró un día. La familia recurrió al doctor Aragón para tratarla mediante hipnosis. Al respecto, el autor del escrito expuso los siguiente:

Efectué varios pases en la región del cuello y a mi mandato cesa la contractura de los músculos de la faringe y del esófago y la paciente puede deglutir un vaso de agua. Colocada mi mano sobre la frente acudo a la sugestión hipnótica y ordeno que a la mañana siguiente salga ella a recibirme a las nueve en punto del día a la puerta de su casa. Pongo de acuerdo mi reloj con el de la casa y a la mañana siguiente llego y matemáticamente cuando dan las nueve; <when the clock rings> golpeo en la aldaba de la puerta, la puerta se abre y ella toda sonriente me saluda. La curación habíase efectuado con gran asombro de todos sus familiares. La persona en cuestión meses antes había tenido en Pachuca, de donde es nativa,

²¹³ Mauro Vallejo, “Magnetizadores, ilusionistas y médicos. Una aproximación a la historia del hipnotismo en México, 1880-1900”, *Trashumante*, núm. 5, 2015, pp. 200-219.

²¹⁴ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 29.

un ataque, que había provocado afasia y una hemiplejía derecha, que desaparecieron también como humo bajo la influencia de un impresionismo vivo.²¹⁵

La hipnosis fue otra terapéutica empleada contra la histeria que al inicio del siglo XX se aplicó por varios médicos en todo el mundo a raíz del estudio del inconsciente y el subconsciente. Es relevante que Aragón en la *GMM* haya expuesto su metodología para compartirla con sus colegas y los lectores.

El segundo caso presentado por Aragón fue la señora de Q., casada y con tres hijos, que presentó una infección respiratoria. En la convalecencia aparecieron amnesias transitorias durante las cuales no reconoció a su esposo, ni a sus hijos. También tuvo insomnio, delirio con alucinaciones visuales y auditivas, y ataques convulsivos en el día. Los doctores Guillermo Parra y Enrique O. Aragón sugirieron la hipnosis como terapéutica. La familia aceptó y ambos médicos se turnaron para aplicar la hipnosis. En una ocasión en que el doctor Aragón la había sacado a la calle para dar un pequeño paseo en Chapultepec, “ella como si tuviera la locura de Ofelia, sentía en el espacio su entierro que presencia y el desfile de la comitiva acompañando el cuerpo. Este delirio lo presencia en mi compañía y del doctor Jesús Sola”.²¹⁶ La descripción de las alucinaciones de la señora Q. fueron parte del expediente que Aragón analizó para escribir su reporte y discutir las bondades de la hipnoterapia en el tratamiento de la histeria.

Después de esta situación, el doctor Aragón recomendó a la familia el aislamiento de la enferma y el doctor Ulises Valdés facilitó uno de los departamentos de su Sanatorio Quirúrgico. Desde el primer día, la señora Q. recibió terapia hipnótica. Ésta consistió en

²¹⁵ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 29.

²¹⁶ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 30.

inducir la sugestión durante el estado de vigilia, con resultados positivos, pues con pasividad y obediencia “aceptaba mis indicaciones hechas mentalmente y hasta a distancia, pues lejos de ella cambiaba la hora de mi visita lo que bien pronto sabía la paciente, comunicándoselo a la enfermera”.²¹⁷ Al mes, la enferma fue dada de alta y se reunió con su familia. En el escrito de Aragón no está claro a qué se refiere con “indicaciones hechas mentalmente y hasta a distancia”, tal vez era una sugestión de la señora Q. Lo cierto es que Aragón presentó resultados de la hipnoterapia, los cuales fueron sancionados por otros médicos, en este caso los doctores Valdés y Sola.

El tercer caso fue del señor M. M., un español recién llegado a México, quien presentó una infección brónquica de origen gripal. Después de curarse, salió a pasear por la Ciudad de México y al regresar a su domicilio, presentó pérdida completa del conocimiento como “si hubiera sufrido un ictus apoplético. Hay paresia intestinal y vesical al grado que necesité sondearlo. También pérdida de los reflejos palpebrales y dilatación de ambas pupilas”.²¹⁸ El doctor Ernesto Cervera realizó una punción raquídea con análisis del líquido cefalorraquídeo y después contactó al doctor Aragón para que atendiera al enfermo,

cuyo cuerpo yacía inerte en su lecho, me preparaba a inyectar por la vía venosa los preparados arsenicales cuando después de una presión enérgica en los dos globos oculares y un golpe en el vértex, noté que volvieron los movimientos, que el enfermo pudo sentarse y que los ojos que tenía cerrados podía abrirlos a voluntad, aun cuando con la pena de la pérdida absoluta de la vista, que había sumergido al señor M. M. en unas tinieblas profundas. Sin embargo, no desmayé en mi convicción de que aquello era de origen histérico, tanto más cuanto que pude

²¹⁷ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 30.

²¹⁸ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 30.

apreciar la existencia de zonas de anestesia en varias partes del cuerpo, así como la faringe.²¹⁹

Aragón, como Mejía casi medio siglo antes, detectó un caso de histeria masculina por los mismos síntomas y signos: anestesia corporal e incapacidad de ver y hablar. A diferencia de Mejía que empleó la terapia farmacéutica, el doctor Aragón implementó la hipnosis como terapia para que el señor M. M. reaccionara para caminar y una vez que estuvo consciente, fue conducido al consultorio del doctor Emilio Montaña, especialista en la inversión del campo cromático, quien determinó una ambliopía marcada en el ojo izquierdo dependiente de una antigua coroiditis de origen traumático.²²⁰ Gracias a ocho sesiones hipnóticas, el señor M. M. siguió con su vida, recobró el habla, la vista y la sensibilidad en las extremidades. El autor recomendó la hipnoterapia frente a la electroterapia, a la que consideraba agresiva con el cuerpo humano y a la farmacoterapia como inocua contra los malestares de la mente.

Enrique Aragón en “Las mentiras convencionales de la histeria” discutió las maneras de reconocer la enfermedad a través de nuevos casos. El primero fue el de una enferma histérica que a veces no podía ponerse en pie por sí sola. Durante gran parte de su vida, la enferma no había presentado “incoordinación motriz, pero en situaciones solemnes, la paresia de los miembros inferiores, casi se tornaba en paraplegia, no obstante de que los reflejos rotulianos, estaban disminuidos y no exagerados”.²²¹ Aragón invitó al Dr. George Dumas a examinar a la paciente, un médico francés especialista en hipnosis que estaba de visita en la Ciudad de México.

²¹⁹ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 31.

²²⁰ Enrique O. Aragón, “La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky”, p. 31.

²²¹ Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, p. 193.

Otro padecimiento de la enferma era la diarrea crónica, había veces que permanecía en su lecho semanas enteras por la falta de fuerzas y por la disminución de la alimentación a manera de catalepsia. En una ocasión, la catalepsia fue provocada por una “impresión emotiva”, al tomar sangre de una de sus venas por parte del doctor Emilio del Razo.²²² Aragón realizó más de una docena de sesiones hipnóticas hasta que logró que pudiera valerse por sí misma. El doctor Dumas fue testigo de los progresos de la paciente a raíz de la hipnoterapia, quien señaló a Aragón que presentaría el caso entre sus colegas de París.

El segundo caso constó de una mujer que después de uno de sus partos llamó al médico, asustada por la presencia de tics en su cara. Asistieron los médicos Luis Rivero Borrell y Enrique O. Aragón. “La enferma era extremadamente nerviosa”, con accesos repetidos de catalepsia de entre doce y veinticuatro horas. Al examinar los ataques, los médicos detectaron la compresión de los ovarios, efectuaron un tacto vaginal y una exploración bimanual en las dos glándulas mamarias. “Esta persona goza de una gran simpatía social y nadie sospecha las escenas que se desarrollan entre bastidores”.²²³ Aragón trató a la enferma durante un mes con hipnoterapia.

El doctor Aragón señaló que atendió a otra paciente histérica recomendada por el doctor Ernesto S. Rojas, la cual había sido operada de un quiste ovárico por el doctor Juan Velázquez Uriarte. El autor describió a la paciente como

una estación receptora de radio, que está escuchando múltiples conciertos, personas que le platican, otras que le dirigen declaraciones amorosas y otras que le cuentan la vida y milagros de su esposo y de sus hijos. A esta mujer se le ha puesto en su pieza un aparato de radio y entretenida realmente, al escuchar las

²²² Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, p. 193.

²²³ Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, p. 193.

múltiples transmisiones que hay en esta capital, en la República y hasta en el extranjero, se ha olvidado de la novela inventada por ella y ya no hay las supuestas alucinaciones.²²⁴

Aragón experimentó con la radio para distraer a la enferma de sus propias preocupaciones, las cuales afectaban su desarrollo mental. Si bien Aragón no propuso una terapia basada en los programas de radio, sí se aprecia cómo estuvo probando diferentes recursos para atender a las enfermas.

Otro caso fue el de una madre de familia recomendada por la Beneficencia Española, quien tras un “prolapso genital” fue operada por uno de los médicos de la institución, empleando la raquianestesia cocaínica. Después de la cirugía se presentaron “fenómenos paralíticos” en los dos miembros inferiores y un dolor entre la cuarta y quinta vértebra lumbar. Al descartar una deficiente aplicación de la anestesia, Aragón determinó que se trataba de “accidentes fantasmas” porque ni la exploración de los reflejos, ni la búsqueda de la reacción de degeneración, pudieron marcar alteraciones en su médula, ni en los nervios periféricos. La enferma presentó mejoras tras el uso de lociones, masaje y todo un “cortejo de reeducación ilusoria de movimientos, que en el fondo no se necesita educar, pues que existen, pero negados terminantemente por la viva imaginación de una enferma trastornada en sus psiquis”.²²⁵ De nuevo estuvieron presentes los opiáceos como vía terapéutica para tratar a las enfermas histéricas, tratamiento acompañado de la hipnosis y la reeducación basada en el estímulo continuo y tematizado de algunas partes del cuerpo de cada enferma para recobrar sus funciones normales.

²²⁴ Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, p. 194.

²²⁵ Enrique O. Aragón, “Las mentiras convencionales de la histeria”, p. 196.

La hipnosis en la década de 1920 ganó legitimidad terapéutica como se aprecia en los dos escritos de Aragón. Este médico, como los anteriores, tomó datos variados de cada paciente con los cuales elaboró un historial clínico personal complementado con antecedentes familiares, un instrumento de acercamiento inicial con cada enferma.

La hipnosis fue la tercera terapéutica aplicada entre los socios de la ANM y si bien sólo Aragón es el autor de los dos escritos, menciona a otros médicos capitalinos que aplicaban la hipnoterapia de forma recurrente. Es interesante que Aragón prefiriera la hipnosis a la electroterapia por considerar a la segunda como agresiva con el cuerpo.

Conclusiones

La *GMM* como fuente para la historia de la medicina mexicana ha tenido una larga vida por la amplia cantidad de temas y autores que contiene en más de un siglo de existencia. Esta revista es una fuente invaluable para examinar cómo los médicos mexicanos en los siglos XIX y XX abordaron diferentes enfermedades, incluyendo la histeria.

El estudio de las enfermedades mentales en México ha tenido gran interés entre los historiadores en las últimas tres décadas, ya sea en la emergencia de la psiquiatría como especialidad médica, la construcción de hospitales, el cambio en la determinación de padecimientos mentales, entre otros temas. En particular, el estudio de la histeria al interior de la ANM entre el último tercio del siglo XIX y las primeras dos décadas del siglo XX, muestra que se trató de un proceso teórico-práctico en continuo cambio a partir del reconocimiento de los signos y síntomas de cada enferma y enfermo, así como de las terapéuticas aplicadas a hombres y mujeres.

Los siete escritos de la *GMM* en una primera instancia indican las reflexiones que cada autor llevó a cabo sobre qué era la histeria como enfermedad, cuáles eran sus características y cómo abordarla para encontrar la solución a los padecimientos de las personas enfermas. Las reflexiones analizadas fueron parte de la construcción del concepto de histeria que los médicos mexicanos llevaron a cabo en conjunción con las discusiones europeas y americanas.

La conceptualización de la histeria tuvo como base el examen científico de los comportamientos disfuncionales de origen orgánico y/o psíquico observados en cada paciente y meticulosamente registrados en las historias clínicas que registró cada médico. La histeria pasó de considerarse una enfermedad radicada en los órganos

sexuales femeninos a una de las consideradas como neurosis, relacionada con los nervios y alojada en el cerebro e incluso también afectaba a los hombres.

Los trabajos de la ANM en torno a la histeria fueron publicados a través de la *GMM* que permitió a los socios exponer sus casos particulares, las teorías venidas de Europa, específicamente de la escuela francesa encabezada por Jean-Martin Charcot, su interpretación de ellas no sólo por parte del galeno tratante, sino por autoridades nacionales en la materia como Demetrio Mejía, que explicaron su diagnóstico, las causas y síntomas, así como el tratamiento que se había seguido en cada caso.

Los siete artículos publicados en la *GMM* permitieron reconocer la importancia que la histeria tuvo dentro de las enfermedades mentales, ya que era común su diagnóstico, pero sus causas y síntomas difíciles de determinar, puesto que un accidente histérico podía ser confundido con otra enfermedad. Las anestесias, parálisis, aletargamiento del cerebro, convulsiones y disminución del campo visual, debían ser minuciosamente analizadas por el médico, y en muchas ocasiones acompañados con la opinión de un colega para determinar que se trataba de histeria.

El constante estudio de los galenos permitió abrir la discusión entre la comunidad médica mexicana en torno al complejo tema de los síntomas en la histeria, que, como hemos visto, eran de naturaleza diversa e incluso podían confundirse con otras neurosis o enfermedades. La *GMM* refleja el resultado de las investigaciones que realizaban los médicos nacionales en torno a la histeria de 1878 a 1929, y evidenciaron la importancia que esta enfermedad mental tuvo dentro de las neurosis.

Con lo anterior, podemos entender que el desarrollo de la ciencia médica en México tuvo avances importantes en materia de los padecimientos mentales, cuyo

tratamiento se basó primordialmente en la observación de los pacientes y su registro médico.

La terapéutica farmacológica fue la primera para abordar la histeria como se aprecia en los escritos de Demetrio Mejía, pero también ya en el siglo XX con los de José de Jesús González al recomendar los opiáceos. Este tipo de terapia era común entre los médicos decimonónicos, pues prácticamente todas las enfermedades se trataban con remedios de origen vegetal, mineral e incluso animal. De ahí que Mejía recurriera a la materia médica para tratar a la histeria.

La terapéutica eléctrica inició en el siglo XX como parte de los nuevos aparatos que los médicos de Europa y América desarrollaron para tratar diferentes afecciones, incluyendo las enfermedades mentales. Resalta cómo el médico González mandó elaborar sus propios instrumentos científicos que utilizó a la par de los importados del Viejo Continente.

La terapéutica hipnótica se encuentra presente en la GMM para el tratamiento de la histeria al inicio del siglo XX. Este tratamiento debía lograr que la persona dominase su conciencia de nuevo y hacerle saber que mantenía sus funciones físicas que creía perdidas, dejando de lado los productos químicos. Así, la histeria se originaba por cuestiones sugestivas de índole amoroso, religioso o emotivo.

Esta tesina contribuye a entender a la histeria como una enfermedad que si bien fue atribuida principalmente a las mujeres por su condición de género, sí fueron aceptados casos de histeria en varones, lo que permitió determinar que el sexo y la condición social no influyeron en su diagnóstico y tratamiento, pero fue reconocida en ambos casos. Resta continuar este tema en futuras investigaciones y con otras fuentes históricas que complementen las conclusiones aquí expuestas.

Por último, esta investigación se podría complementar a partir de la revisión de otras revistas médicas mexicanas del mismo periodo, las tesis de los estudiantes de la ENM, los libros sobre la histeria que circulaban en la época en el país, así como la prensa de amplio público en que se discutió el concepto, diagnóstico y tratamiento de la histeria.

Glosario²²⁶

Afasia (gr. *aphasiā* [a- 'no' + pha- 'decir, hablar' + -sía] 'quedarse sin habla por miedo'; reintr. en fr. desde 1826; véase también → **a-**) [ingl. **aphasia**]

1 s.f. [CIE-10: R47.0] Alteración del lenguaje adquirido previamente de manera normal. Se debe siempre a lesiones en un hemisferio cerebral. En la inmensa mayoría de las personas diestras (en congruencia con la dominancia manual) y en el 70 % de las zurdas (en incongruencia con la dominancia manual), las lesiones que producen afasia asientan en el hemisferio izquierdo e interesan no solo las áreas corticales clásicas de Broca o de Wernicke, sino también otras como el área motora suplementaria o las conexiones entre ellas y los núcleos grises basales. Se distinguen muchas variedades de afasia en función de que se altere la fluidez verbal, la expresión, la comprensión, la capacidad de repetición, la lectura y la escritura. La afasia altera todos los códigos del lenguaje, tanto los de base literal como los sustentados en ideogramas o signos, como el de los sordomudos, el braille, el telegráfico o el taquigráfico.

OBS.: En las formas más leves suele hablarse de → **disfasia**. || No debe confundirse con → **afrasia** ni con → **alolia**.

Amaurosis (gr. *amaúrosis* [*amaur-* 'que no brilla' + -*ōsis* 'proceso patológico']; docum. en ingl. desde 1657; véase también → **-osis**)

1 s.f. = **ceguera**.

2 [ingl. **amaurosis**] s.f. Deficiencia visual grave o ceguera completa atribuibles a una causa orgánica. **Obs.:** Generalmente por contraposición a → **ambliopía**.

OBS.: Por semejanza de campo temático, existe riesgo importante de confusión entre ambas acepciones.

Ambliopía (gr. *amblyōpiā* [*ambly-* 'romo, débil' + -*ōpiā* 'vista']; reintr. y docum. en fr. desde 1611; véase también → **-opía**) [ingl. **amblyopia, lazy eye**]

1 s.f. [CIE-10: H53.0] Déficit visual sin causa orgánica que lo justifique.

SIN.: coloq.: ojo gandul, ojo perezoso, ojo vago.

²²⁶ El glosario se basó en la consulta de *Diccionario de términos médicos*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina de España, 2012, [consultado el 5 de mayo de 2021 <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>]; *Diccionario de la lengua española*, Madrid, Real Academia Española, 2014, [consultado el 5 de mayo de 2021 <https://dle.rae.es/>]; y *Diccionario colegiado de Meaning88*, London, Merriam-Webster's, 2019, [consultado el 5 de mayo de 2021 <http://meaning88.com/dictionary/chromatoscope>].

OBS.: Puede verse también la acentuación etimológica con diptongo "ambliopia" (→ (OBS.) **-opía**); la forma **ambliopía** es incorrecta con este sentido. || Generalmente por contraposición a → **amaurosis [2]**.

Amnesia (gr. *amnēsiā* [a- 'no' + *mnē-* 'recuerdo' + *-síā*]; reintr. y docum. en ingl. desde 1674) [ingl. **amnesia**]

1 s.f. Falta o pérdida de memoria; incapacidad para recordar hechos pasados.

SIN.: coloq.: pérdida de la memoria.

OBS.: En propiedad debería aplicarse solo a la pérdida total de la memoria, pero en la práctica se aplica también a la pérdida parcial de la memoria, como si fuera sinónimo de → **hipomnesia**.

Anestesia (gr. *anaisthēsíā* 'falta de sensibilidad' [an- 'no' + *-aisthēsíā* 'percepción']; reintr. y docum. en ingl. desde 1721; véase también → **a-** y → **-estesia**)

1 [ingl. **anesthetization, numbing**] s.f. Acción o efecto de anestésiar.

2 [ingl. **anesthesia**] s.f. Pérdida de todas las sensibilidades en una zona del cuerpo por una lesión del sistema nervioso. **Sin.:** insensibilidad. **Obs.:** Se usa con frecuencia en un sentido más restringido, referido tan solo a la sensibilidad táctil y dolorosa.

3 [ingl. **anesthesia**] s.f. Abolición de la sensibilidad dolorosa mediante la administración de fármacos anestésicos.

4 [ingl. **anesthesia**] s.f. Estado de inconsciencia más o menos profundo, de carácter reversible, inducido mediante fármacos para poder llevar a cabo intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos cruentos.

5 s.f. = **anestésico, -ca [4]**.

6 s.f.; coloq. = **anestesiología**.

Apoplejía (lat. tardío *apoplēxia(m)* del gr. *apoplēxiā* [apó 'sin' + *-plēxiā* 'ataque paralizante']; docum. en esp. desde 1376)

1 s.f. = **ictus [1]**.

Apoplético, -ca [ingl. **apoplectic**]

1 adj. De la apoplejía o relacionado con ella. **Sin.:** ictal.

2 adj. Que padece apoplejía o que cursa con apoplejía.

3 adj. Originado o causado por una apoplejía.

SIN.: apopléjico.

OBS.: Puede verse también "apoplético".

Caleidoscópico, ca

1. adj. Perteneciente o relativo al caleidoscopio.

2. adj. Múltiple y cambiante.

Caleidoscopio

Del gr. καλός kalós 'bello', εἶδος eídos 'imagen' y -scopio.

1. m. Tubo ennegrecido interiormente, que encierra dos o tres espejos inclinados y en un extremo dos láminas de vidrio, entre las cuales hay varios objetos de forma irregular, cuyas imágenes se ven multiplicadas simétricamente al ir volteando el tubo, a la vez que se mira por el extremo opuesto.

2. m. **Conjunto diverso y cambiante. Un caleidoscopio de estilos.**

Campímetro (al. *Campimeter* [*campu(m)*] lat. 'campo' + *metro-* gr. cient. 'aparato de medida'); acuñado en al. por A. von Graefe, su inventor, en 1867; véase también → **-metro**)

1 [ingl. **perimeter**] s.m. Aparato para medir el campo visual. **Sin.:** perímetro.

2 [ingl. **campimeter**] s.m. Aparato para medir el campo visual central. **Obs.:** No debe confundirse con → **perímetro [2]**.

Catalepsia (lat. tardío *catalēpsis* de gr. *katálēpsis* [*katá* 'por completo' + *lēp-* 'coger', 'tomar' + *-sis*] 'ataque que inmoviliza o embota'; docum. en esp. *catalensia* desde 1495; remodelado en el s. XVII en la forma culta) [ingl. **catalepsy**]

1 s.f. Estado caracterizado por la adopción y el mantenimiento voluntario de posturas extravagantes e inadecuadas durante períodos prolongados de tiempo. Generalmente se trata de posturas antinaturales, incómodas o agotadoras y suelen acompañarse de flexibilidad cérea. La respuesta a estímulos exteriores suele estar disminuida y la conciencia se acerca a la de los estados de trance. Se presenta tanto en trastornos mentales orgánicos como en otros de origen psicógeno y también puede ser inducida mediante hipnosis.

SIN.: estupor letárgico.

OBS.: No debe confundirse con → **cataplejia**.

Ciático, -ca (lat. mediev. *sciatic-u(m)/-a(m)* del lat. tardío *ischadic-um/-am* del gr. *iskhiadik-ós/-ē* [*iskhí(on)* 'hueso de la cadera', 'isquion' + *-ad-* + *-ik-ós/-ē*]; docum. en esp. desde 1250)

1 [ingl. **ischadic, sciatic**] adj. Del isquion o relacionado con él. **Sin.:** isquial, isquiático.

2 [ingl. **sciatic**] adj. De la ciática o relacionado con ella.

3 s.m. = **nervio ciático**.

4 [ingl. **sciatica**] s.f. [CIE-10: M51.1, M54.3, M54.4] Síndrome doloroso, de etiología múltiple, localizado en el trayecto del plexo o nervio del mismo nombre. Su manifestación clínica más característica es un dolor espontáneo y provocado por una serie de maniobras de elongación del nervio ciático, que parte de la región lumbosacra y se irradia a la región glútea y a la cara posterior o lateral del miembro inferior, asociado o no a un déficit sensitivo o motor. La causa más frecuente es la compresión de una raíz nerviosa por una hernia discal y los niveles más afectados son L4-L5 y L5-S1. Otras causas son las infecciones vertebrales, la espondilosis y la espondiloartrosis, los tumores intrarraquídeos, la estenosis raquídea, etc. **Sin.:** ciatalgia, dolor ciático, lumbociática, neuralgia ciática, neuritis ciática,

síndrome ciático, síndrome lumbociático; desus.: enfermedad de Cotugno, isquialgia, mal de Cotugno, síndrome de Cotugno.

Clónico, -ca^a (lat. cient. *clonic-u(m)/-a(m)* [*klon(o)*]- gr. 'torbellino' + *-ik-os/-ē* gr.); docum. desde 1712) [ingl. **clonic**]

1 adj. Del clono o relacionado con él.

2 adj. Que presenta un clono.

3 adj. Aplicado a una convulsión: que presenta múltiples contracciones musculares breves y repetidas de forma rápida. **Obs.:** Generalmente por contraposición a

→ **tónico, -ca [3]**.

Concéntrico, -ca [ingl. **concentric**]

1 adj. Aplicado a dos o más objetos: que tienen el mismo centro.

Coroides (gr. *chorioeidēs (khitōn)* 'túnica membranosa' en Rufo; reintr. en fr. desde 1538;

véase también → **-oide**) [ingl. **choroid**]

1 s.f. [TA: *choroidea*] Capa vascular nutritiva de la retina situada entre esta y la esclerótica.

SIN.: membrana corioidea, membrana coroides.

Coroiditis (*coroid(es)* + *-îtis* gr. 'inflamación'; docum. en ingl. desde 1830; véase también

→ **-itis**) [ingl. **choroiditis**]

1 s.f. [CIE-10: H30.9] Inflamación de la coroides, relacionada generalmente con procesos extraoculares, como tuberculosis, sarcoidosis y fenómenos de autoinmunidad.

SIN.: uveítis posterior; desus.: uveítis coroidal.

OBS.: Puede verse también "corioiditis", variante en desuso. || Entre oftalmólogos se aprecia una tendencia a sustituir los términos tradicionales "coroiditis" e "iridociclitis" por "uveítis posterior" y "uveítis anterior", respectivamente. || No debe confundirse con

→ **coroidopatía**.

Cortical (*cortic-* lat. 'corteza' + *-āl(em)* lat.; docum. en fr. desde finales del s. XV)

1 [ingl. **cortical**] adj. De una corteza o relacionado con ella.

2 [ingl. **cortical**] adj. De la corteza cerebral o relacionado con ella. **Sin.:** cerebrocortical, corticocerebral.

3 [ingl. **cortical**] adj. De la corteza cerebelosa o relacionado con ella. **Sin.:** cerebelocortical, corticocerebeloso.

4 adj. = **corticoadrenal**.

5 s.f. = **hueso cortical**.

Cromoscopio

chro · mato · alcance

plural -s

instrumento para mezclar estímulos de color mediante haces de luz.

Discromatopsia (*dys-* gr. 'dificultad' + *chrōmat-* gr. 'color' + *-opsiā* gr. 'visión'; docum. en fr. desde 1855; véase también → **dis-** y → **-opsia**) [ingl. **dichromatism**]

1 s.f. Ceguera parcial para los colores. Una de sus formas es el daltonismo.

SIN.: acromatopsia parcial; desus.: cromatodisopsia, cromatoseudopsia, discromasia, discropsia.

OBS.: No debe confundirse con → **daltonismo** ni con → **dicromatopsia**.

Esplácnico, -ca

1 adj. = **visceral [1]**.

2 s.m. = **nervio esplácnico**.

Estigma (gr. *stigma* 'punto', 'marca'; reintr. en ingl. con valor patológico desde 1661) [ingl. **stigma**]

1 s.m. Lesión orgánica, trastorno funcional o anomalía psíquica, por lo general congénitos, que indican enfermedad constitucional y hereditaria.

Fisiología (lat. *physiologia(m)* del gr. *physiologiā* [*phýsi(s)* 'naturaleza', 'constitución' + *-o-* + *-logiā* 'estudio'] 'estudio de los fenómenos naturales' y en médicos del s. I en adelante 'estudio de la naturaleza humana'; pasó al lat. mediev. y en el Renacimiento con J. Fernel en 1542 adoptó un significado parecido al actual; véase también → **logía**) [ingl. **physiology**]

1 s.f. Disciplina científica que estudia las funciones de los organismos vivos y sus componentes, así como los procesos fisicoquímicos implicados.

OBS.: En el registro científico, se recomienda precaución con el uso de "fisiología" en sentido figurado para referirse al funcionamiento normal de un ser vivo o a sus mecanismos funcionales.

Fisiológico, -ca [ingl. **physiologic**]

1 adj. De la fisiología o relacionado con ella.

2 adj. Funcional, relativo a las funciones o al funcionamiento de una célula, de un tejido, de un órgano o de un ser vivo. **OBS.:** Generalmente por contraposición a "orgánico" o a "somático". || Puede suscitar rechazo por considerarse impropio en esta acepción.

3 adj. Normal, no alterado. **OBS.:** Generalmente por contraposición a "patológico". || Puede suscitar rechazo por considerarse impropio en esta acepción.

Hemianopsia (*hēmi-* gr. 'mitad', 'semi-' + *anopsia*; docum. en ingl. desde 1883; véase también → **-opsia**) [ingl. *hemianopsia*]

1 s.f. [CIE-10: H53.4] Pérdida absoluta o déficit importante de visión que afecta a la mitad del campo visual de uno o ambos ojos, limitados por la línea horizontal o vertical que cruza el punto de fijación.

SIN.: hemianopía; desus.: hemiablepsia, hemiamausis, **hemiofía**, hemiopsia.

Hemiplejia (gr. *hēmiplēxiā* [*hēmi-* 'mitad', 'semi-' + *-plēxiā* 'ataque paralizante'] 'parálisis parcial'; reintr. y docum. en fr. desde 1573; el significado actual docum. en fr. desde 1707; véase también → **-plejia**) [ingl. *hemiplegia*]

1 s.f. [CIE-10: G81] Parálisis de un hemicuerpo. Puede ser proporcionada, cuando la parálisis es igualmente intensa en la cara, el miembro superior y el miembro inferior, o desproporcionada, cuando predomina mucho en un segmento sobre otro. En ocasiones afecta solo a la vía motora corticoespinal, como en ciertos infartos lacunares de la cápsula interna, pero con más frecuencia se asocia a otros síntomas y signos sensitivos, visuales, del lenguaje o de los pares craneales, dependiendo de la topografía de la lesión causal.

SIN.: hemiparálisis; desus.: semiplejia.

OBS.: Se usa mucho la acentuación antietimológica con hiato "hemiplejía" (→ (OBS.) **-plejia**); la forma ~~hemiplejia~~ se considera incorrecta. || No debe confundirse con → **hemiparesia**.

Hiperestesia (*hypér* gr. 'en exceso' + *-aisthēsíā* gr. 'percepción'; docum. en fr. desde 1808; véase también → **-estesia**) [ingl. *hyperesthesia*]

1 s.f. Aumento anormal de la sensibilidad nerviosa, por cualquier causa.

SIN.: hipersensibilidad.

OBS.: Se usa con frecuencia en un sentido más restringido, referido tan solo a la sensibilidad cutánea.

Hipnosis (*hypn(o)-* gr. 'sueño' + *-ōsis* gr. 'proceso'; docum. en ingl. desde 1855; véase también → **-osis**)

1 [ingl. *hypnosis*] s.f. Estado de recogimiento interior, concentración y atención dirigida, que permite que las personas utilicen más sus recursos mentales con la finalidad de potenciar el autocontrol. La hipnosis se genera a través de inducción hipnótica, que consta de una serie de instrucciones y sugerencias que pueden ser generadas por un hipnotizador o pueden ser autoadministradas (autosugestión). Se parte de un preámbulo en el que se informa al sujeto de que se le van a presentar experiencias imaginativas. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiada por otra (el hipnotizador) para dar respuesta a sugerencias por cambios de la experiencia subjetiva, alteraciones de la percepción, sensación, emoción, pensamiento o comportamiento. No se ha demostrado que la hipnosis pueda aumentar la capacidad

de evocar recuerdos, pero sí la de inducir la formación de falsos recuerdos. Actualmente se investigan las bases neurobiológicas de los fenómenos hipnóticos y el papel que juegan en ellos la sugestibilidad, la relación médico-paciente y la transmisión de la información. **Sin.:** estado hipnótico, hipnotismo, sueño hipnótico; desus.: magnetismo animal, mesmerismo.

2 [ingl. *hypnosis*] s.f. Inducción de un estado hipnótico. **Sin.:** hipnotismo; desus.: magnetismo animal, mesmerismo.

3 s.f. = **hipnotismo [1]**.

Histeria (derivación sust. de *histérico*, -ca [gr. *hysterik(o)*- 'que sufre del útero', aplicado por Galeno a los ahogos menopáusicos]; docum. en fr. desde 1731)

1 s.f. = **trastorno disociativo**.

2 s.f. = **trastorno de somatización**.

3 s.f. = **personalidad histérica**.

SIN.: histerismo.

OBS.: Se recomienda precaución con este término, que se usa con significados muy distintos. || Aunque, en un origen, la histeria aludía a una neurosis pretendidamente femenina, por contraposición a la hipocondría, dentro del ámbito psiquiátrico actual puede referirse al trastorno de somatización, el trastorno disociativo o a la personalidad histérica. Fuera de este ámbito especializado, los médicos usan con frecuencia el término "histeria" de forma laxa para referirse a los síntomas psicósomáticos, las reacciones emocionales y las actitudes hipocondríacas de los enfermos. En este sentido, se usa mucho en los registros jergal y oral, pero no en los registros formales, por considerarse término peyorativo.

Ictus (lat. *ictus* 'ataque súbito'; docum. en fr. en sentido actual desde 1861)

1 [ingl. *cerebrovascular accident, stroke*] s.m. Enfermedad cerebral aguda de origen vascular, bien isquémica, bien hemorrágica, que representa una de las causas principales de discapacidad y cuya incidencia aumenta con el envejecimiento. Los accidentes isquémicos transitorios acentúan el riesgo de ictus. **Sin.:** accidente cerebrovascular, accidente cerebrovascular agudo, accidente vascular cerebral, accidente vascular encefálico, apoplejía, apoplejía cerebral, enfermedad cerebrovascular aguda, enfermedad vascular cerebral aguda; coloq.: ataque cerebral, congestión cerebral, derrame cerebral; desus.: ictus apoplético. **Abr.:** ACV, ACVA, AVC, AVE, ECVA, EVCA. **Obs.:** No debe confundirse con → **accidente isquémico transitorio**.

2 s.m.; desus. = **accidente [2]**.

Miasma (lat. cient. *miasma* del gr. *míasma* 'mancha', 'impureza'; docum. en 1672) [ingl. *miasma*]

1 s.m. Efluviu nocivo del aire, del agua o del suelo que, con anterioridad a la era microbiana, se consideraba agente causal de las enfermedades contagiosas y epidémicas.

OBS.: Se usa solo en contextos históricos. || Con frecuencia en plural. || Es incorrecto su uso con género femenino: ~~las miasmas~~.

Miasmático, -ca [ingl. *miasmatic*]

1 adj. De los miasmas o relacionado con ellos.

OBS.: Se usa solo en contextos históricos.

Midriasis (lat. cient. *mydriāsis* del gr. *mydrīāsis* [*mydr-* 'piedra o metal al rojo vivo' + *-iāsis* 'enfermedad']; docum. en fr. desde 1539; véase también → **-osis**) [ingl. *mydriasis*]

1 s.f. Dilatación fisiológica, patológica o yatrógena de la pupila.

SIN.: midriasis pupilar, pupila dilatada, pupila midriática; desus.: corectasis, corediastasis, corediástole, platicoria.

OBS.: La acentuación esdrújula con hiato "midriasis" es hoy muy rara. || Su adjetivo es "midriático".

Mielitis (fr. *myélite* [*myel-* gr. 'médula' + *-îtis* gr. 'inflamación']; acuñado por Harles y Ollivier en 1831; véase también → **-itis**)

1 [ingl. *myelitis*] s.f. Inflamación aguda o crónica de la médula espinal; su sintomatología varía según los segmentos afectados y las estructuras neurales implicadas. **SIN.:** desus.: notomielitis. **OBS.:** Se usa con frecuencia de manera laxa para incluir también diversos trastornos degenerativos de la médula espinal, que en propiedad deberían llamarse más bien "mielopatías" o "mielosis".

2 s.f.; desus. = **osteomielitis [1]**.

SIN.: desus.: medulitis.

Monocular [ingl. *monocular*]

1 adj. De un solo ojo o relacionado con un solo ojo.

2 adj. Aplicado a la vista: que se realiza con un solo ojo.

3 adj. Aplicado a un aparato: que tiene un solo ocular o permite mirar solo con un ojo.

SIN.: unioocular.

OBS.: Puede verse también "monoocular", variante en desuso.

Nervio esplácnico [ingl. *splanchnic nerve*]

1 Cada uno de los nervios formados por fibras preganglionares simpáticas, en la mitad inferior de la médula torácica y en los dos primeros segmentos lumbares, que, tras cruzar el tronco simpático, terminan en las células cromafines de la médula suprarrenal y en los ganglios simpáticos prevertebrales, cuyas fibras posganglionares inervan las vísceras abdominales y pélvicas.

OBS.: Con frecuencia abreviado a "esplácnico".

Optotipo (*opto-* gr. 'visible', 'de la vista' + *typo-* gr. 'golpe', 'marca', gr. cient. 'carácter') [ingl. *optotype, test type*]

1 s.m. Conjunto de letras, signos o figuras de diversos tamaños, ordenados en orden decreciente y utilizados para la medición de la agudeza visual.

OBS.: Con frecuencia en plural. || La acentuación etimológica esdrújula "optótipo" es hoy muy rara.

Palpebral (lat. tardío *palpebrāl(em)* [*palpēbr(am)*] lat. 'párpado' + *-ālem* lat.); reintr. y docum. en fr. desde 1748) [ingl. **palpebral**]

1 adj. Del párpado, de los párpados o relacionado con ellos.

SIN.: blefárico.

OBS.: Es incorrecta la forma ~~parpebral~~.

Paraplejia (lat. tardío *paraplexia(m)* del gr. *paraplēxiā* [*pará* 'a lo largo de' + *-plēxiā* 'ataque paralizante'] 'parálisis'; el significado actual se docum. desde 1693; véase también → **-plejia**) [ingl. **paraplegia**]

1 s.f. [CIE-10: G82.0-G82.2] Parálisis de las extremidades inferiores, a menudo debida a una lesión de la médula espinal en los niveles dorsal o lumbar que interrumpe la vía descendente corticoespinal. La paraplejia de origen cerebral por lesiones simétricas de las áreas motoras de las piernas es característica de la parálisis cerebral infantil. En la fase final de muchas enfermedades degenerativas cerebrales se observa una paraplejia en flexión de origen cortical.

OBS.: Se usa mucho la acentuación con hiato "paraplejía" (→ (OBS.) **-plejia**); la forma ~~paraplegia~~ se considera incorrecta. || Aunque en teoría podría utilizarse para designar una pérdida parcial de fuerza de dos extremidades simétricas, para la parálisis de las dos extremidades superiores suele utilizarse el término "diplejia braquial". || No debe confundirse con → **paraparesia**.

Paresia (gr. *páresis* [*par(á)* 'impropio' + *he-* 'dejarse ir' + *-síā*] 'parálisis incompleta'; reintr. y docum. en ingl. desde 1693) [ingl. **paresis**]

1 s.f. Pérdida parcial de fuerza en la contracción muscular de cualquier causa, sea neurógena central, neurógena periférica, miopática o por disfunción de la transmisión neuromuscular.

SIN.: astenia muscular, debilidad muscular, debilidad neuromuscular, fatiga muscular, fatiga neuromuscular, miastenia, parálisis incompleta, parálisis parcial; desus.: **amiostenia**.

OBS.: Su adjetivo es "parético". || Puede verse también "paresis", variante en desuso. || La preferencia por un sinónimo u otro depende del contexto: por lo general, se usa "paresia" cuando la causa es neurógena, "debilidad muscular" cuando la causa es muscular y no se alivia con el reposo, y "fatiga muscular" cuando obedece a un sobreesfuerzo y mejora con el reposo. || No debe confundirse con → **parálisis [1]**.

Poliopía [ingl. **multiple vision, polyopia**]

1 s.f. Trastorno visual consistente en la formación de una imagen múltiple del mismo objeto. Se asocia a policoria y excepcionalmente a alguna forma de catarata nuclear.

SIN.: poliopsia, visión múltiple.

OBS.: Se usa más la acentuación etimológica con diptongo "poliopia" (→ (OBS.) **-opía**).

Prolapso (lat. *prōlapsu(m)* [*prō* 'delante de' + *lāb(ĭ)* 'resbalar' + *-sum*]; en lat. era un participio y se usaba para la caída o salida de intestinos, útero, etc.; reintr. como sust. en lat. cient. en 1693) [ingl. **prolapse**]

1 s.m. Caída, descenso o salida de un órgano o de una estructura anatómica, casi siempre a través de un orificio natural o artificial, que por lo general se debe a una relajación de sus medios de fijación.

SIN.: procidencia, proptosis, protrusión.

OBS.: La preferencia por un sinónimo u otro depende del contexto.

Psique (gr. *psykhē* 'alma', gr. cient. 'mente'; reintr. y docum. en ingl. desde 1658; véase también → **psic-**)

1 [ingl. **psyche**] s.f. Principio del ser humano, y por extensión de los animales, que comprende todos los aspectos que no forman parte de la vivencia corporal, es decir, el conjunto de caracteres psíquicos conscientes e inconscientes, entendido como un órgano dotado de estructura y función, con su correspondiente embriología, desarrollo, fisiología y patología. Es el objeto de estudio de la psicología.

SIN.: mente, psiquismo; desus.: alma, espíritu.

OBS.: Puede verse también "psiquis"; las formas "sique" y "siquis" son variantes gráficas desprestigiadas (→ (OBS.) **psic-**). || Algunas escuelas psicológicas utilizan el término "psique" en el sentido de → **yo [1]** o de → **conciencia [2]**.

Refractar(se) [ingl. **to refract**]

1 v. Hacer que cambie de dirección un rayo de luz u otra radiación electromagnética al pasar oblicuamente de un medio a otro con diferente densidad.

2 v.pnrl. Cambiar de dirección un rayo de luz u otra radiación electromagnética al pasar oblicuamente de un medio a otro con diferente densidad.

Rotuliano, -na [ingl. **patellar**]

1 adj. De la rótula o relacionado con ella.

SIN.: patelar.

Sacro, -cra (lat. *sacr-u(m)/-a(m)* 'sagrado'; el significado anatómico es calco del gr. *hierós*; no se sabe el motivo de que se denomine 'sagrada' esa parte anatómica; las explicaciones que dan los antiguos son poco convincentes, quizá se deba al significado de esas partes en los sacrificios; docum. en esp. desde 1402, referido al hueso desde 1493)

1 [ingl. **sacral**] adj. Del hueso sacro o relacionado con él. **Obs.:** Puede verse también "sacral".

2 [ingl. **sacrum**] s.m. [TA: *os sacrum*] Hueso triangular e impar de la pelvis, resultante de la fusión en la infancia de las cinco vértebras sacras, que se articula con la quinta vértebra lumbar por arriba, los dos huesos coxales a los lados y el cóccix por abajo. Forma, con los dos huesos coxales, la pared posterior de la pelvis y posee una función esencial en la sustentación y transmisión del peso del tronco a

las extremidades inferiores. **Sin.:** hueso sacro, vértebras sacras; desus.: vértebra magna.

Sensorio, -ria

1 adj. = **sensorial**.

2 [ingl. **sensorium**] s.m. Conjunto de todos los sentidos.

3 [ingl. **sensorium**] s.m. Conjunto de las actividades psíquicas conscientes; desde el punto de vista semiológico, equivale al estado mental de un paciente sometido a un examen general.

Sugestión [ingl. *suggestion*]

1 s.f. Aceptación acrítica de una idea, creencia o actitud inducidas por otra persona (heterosugestión) o surgidas en el propio individuo (autosugestión).

Teoría miasmática de la enfermedad

1. 1. • Fue propuesta en el siglo XVII por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giorgio Baglivi (1654- 1720)
2. 2. • “Moléculas emanadas de la materia en descomposición” • “Las partículas pútridas surgían del fondo de la tierra y que entran en contacto con el aire” • “Efluvios cenagosos o cuerpos sutiles”
3. 3. • Asociaba la enfermedad con fuerzas misteriosas, entidades físicas o químicas e incluso con los olores que desprendían las cosas en descomposición
4. 4. • El papa clemente VI se aisló en Aviñón (Francia) entre dos mares de llamas en 1348 para protegerse del efecto de la peste • Los ingleses fumaban pipas anti pestosas (plegue-pipes) para el mismo propósito
5. 5. • Los enfermos eran aislados y los médicos utilizaban largas narices postizas rellenas con especias para no ser contaminados con el aire apestado y sobre todo par no percibir el hedor de los enfermos
6. 6. • Cuando la enfermedad provenía de emanaciones de suelos pantanosas (como la malaria) lo mejor era desecarlos para que circulara el aire malsano , y cuando fallecía un enfermo había que incinerar sus enseres y objetos personales y encalar las paredes de su habitación para cortar la cadena de infección
7. 7. • En el siglo XIX el cólera fue atribuido a los miasmas tanto por el médico inglés John Sutherland como por el químico alemán Justus von Liebig • John Sutherland • Se refería a las exhalaciones pútridas que salen por numerosos conductos abiertos y que impregnan el aire con un fuerte olor nauseabundo.
8. 8. • Justus von Liebig • Decía que la enfermedad estaba ligada a los gases amoniacales producidos por los cuerpos putrefactos es decir miasmas de la atmósfera • A su vez, según, existía relación entre los relámpagos y el lodo de los ríos con la influenza y se podía adquirir la tuberculosis por el contacto con los enseres de los tuberculosos fallecidos
9. 9. • La teoría del miasma no resolvió el problema de la causa de la enfermedad, pero fue importante para que en el siglo XIX se crearan • FRANCIA creó el Consejo de Salubridad y la Sociedad de Higiene • INGLATERRA fundó la Junta de Salud • Todo con el propósito de trazar las políticas respecto de la higiene pública

Tónico, -ca [ingl. *tonic*]

1 adj. Del tono o relacionado con él.

2 adj. Que tonifica, restablece o aumenta el tono y la fortaleza física o mental. **Sin.:** fortificante, reconstituyente, tonificante, vigorizante; desus.: confortante, metasincrítico, recorporativo, restaurativo.

3 adj. Aplicado a una contracción muscular: que se sostiene o se prolonga en el tiempo. Las contracciones tónicas pueden ser fisiológicas o patológicas, como las que se observan tras la aplicación de corriente eléctrica de alta frecuencia (tetanización) o de tóxicos (tétanos, estricnina), o en ciertos trastornos (crisis de descerebración, convulsión epiléptica, etc.). **Obs.:** Generalmente por contraposición

a → **clónico, -ca** [3].

4 s.m. Fármaco que tonifica, restablece o aumenta el tono y la fortaleza del organismo en su conjunto o de alguno de sus órganos. **Sin.:** fortificante, reconstituyente, tonificante, vigorizante; desus.: confortante, metasincrítico, recorporativo, restaurativo.

5 s.f. Bebida gaseosa aromatizada con quinina. **Sin.:** agua tónica.

Trocánter (lat. mediev. *trochanter* del gr. *trokhantēr* [*trokh-* 'rueda' + *-an-* + *-tēr* 'instrumento'] 'instrumento en forma de rueda', 'trocánter'; el significado anatómico docum. en Galeno; docum. en fr. desde 1541) [ingl. *trochanter*]

1 s.m. [TA: *trochanter*] Cada una de las dos prominencias de la extremidad superior del fémur, que continúan el cuello anatómico y se encuentran unidas por detrás por la cresta intertrocantérea, y por delante por la línea intertrocantérea.

OBS.: La acentuación etimológica aguda "trocanter" es hoy muy rara.

Trocantéreo, -a [ingl. *trochanteric*]

1 adj. De un trocánter o relacionado con él.

OBS.: Puede verse también "trocantérico" o "trocanteriano". || Generalmente expresa relación exclusivamente con el trocánter mayor.

Trocanteriano, -na

1 adj. = **trocantéreo, -a**

Trófico, -ca

1 adj. = **nutritivo, -va** [1].

2 [ingl. *trophic*] adj. Que estimula el crecimiento, el desarrollo o la actividad de un tejido, de un órgano o de un organismo.

Vasoactivo, -va [ingl. *vasoactive*]

1 adj. Que produce o es capaz de producir un efecto sobre el tono y el calibre de los vasos sanguíneos, ya sea en forma de vasodilatación o de vasoconstricción.

SIN.: vasomotor; desus.: vasculomotor.

OBS.: La preferencia por "vasoactivo" o "vasomotor" depende del contexto.

Vasomotor, -ra

1 adj. = **vasoactivo, -va**.

OBS.: Admite dos formas en femenino: "vasomotora" y "vasomotriz".

Vértex

1 s.m. = **vértice**

Vértice (*uertice(m)*) lat. 'torbellino', 'punto más alto'; docum. en esp. desde 1791)

1 [ingl. **vertex**] s.m. Punto de intersección entre los dos lados de un ángulo, o entre tres o más planos.

2 [ingl. **apex, vertex**] s.m. Punta o cima de una estructura cónica o piramidal. **Sin.:** ápex, ápice, cúspide, punta. **Obs.:** Su adjetivo es "apical". || La preferencia por "ápice", "punta" o "vértice" depende del contexto.

3 [ingl. **vertex**] s.m. [TA: *vertex*] Punto craneométrico correspondiente a la parte más alta de la línea media de la bóveda craneal. **Sin.:** vértice del cráneo. **Obs.:** No debe confundirse con → **coronilla**.

4 [ingl. **vertex**] s.m. Parte posterosuperior de la cabeza fetal, que se sitúa encima del plano suboccipitobregmático y es la primera en asomar por el canal del parto en las presentaciones de vértice. **Sin.:** vértice de la cabeza fetal, vértice fetal; desus.: vórtice.

5 s.m. = **vértice de la cabeza**.

SIN.: vértex.

Bibliohemerografía

- ARAGÓN, Enrique O., "La histeria y la interpretación pitiática de Babinsky", *Gaceta Médica de México*, vol. LVII, núm. 1, 1926, pp. 29-35.
- _____, "Las mentiras convencionales de la histeria", *Gaceta Médica de México*, vol. LX, núm. 5, 1929, pp. 191-196.
- AYALA FLORES, Hubonor, *Salvaguardar el orden social. El Manicomio del Estado de Veracruz (1883-1920)*, Zamora, El Colegio de Michoacán, 2007.
- BAKKER, Gerald y Len Clark, *La explicación. Una introducción a la filosofía de la ciencia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994.
- BÖHME, Gernot, "Normas cognoscitivas, intereses del conocimiento y la constitución del objeto científico: un ejemplo del funcionamiento de las reglas de la experimentación", en León Olivé (comp.), *La explicación social del conocimiento*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1994, pp. 251-268.
- BOUCHUT, Eugene, *Historia de la Medicina*, Paris, Baillièrre, 1873.
- BOGOUSLAVSKY, Julien y Olivier Walusinski, "Paul Sollier: the first clinical neuropsychologist", *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, núm. 29, 2011, pp. 105-114.
- CANGUILHEM, Georges, *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Siglo XXI, 1971.
- CARDONA, Eduardo, "El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica", *Desde el Jardín de Freud*, núm. 12, 2012, pp. 293-310.
- CARROY, John y Robert Plas, "How Pierre Janet used pathological psychology to save the philosophical self", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, núm. 36, 2000, pp. 231-240.

CASTAÑEDA, Gabriela y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, "La enseñanza de la fisiología experimental en la Escuela Nacional de Medicina de México (1900-1933)", *Llull*, vol. XXXII, núm. 69, 2009, pp. 33-58.

CHAUVELOT, Diane, *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*, Madrid, Alianza Editorial, 2001.

CHÁZARO, Laura, "Políticas del conocimiento: los silencios de los obstetras mexicanos sobre las razas y los sexos, fines del siglo XIX", *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, 2011, [consultado el 15 de octubre 2020, <http://nuevomundo.revues.org/61053>].

_____, "El pensamiento sociológico y el positivismo a fines del siglo XIX en México", *Sociológica*, vol. IX, núm. 26, 1994, pp. 30-75.

CORREA, María José, "Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910", *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, 2014, [consultado el 7 enero 2021, <http://journals.openedition.org/nuevomundo/66910>].

CRUZ, Carlos y Mariela Rodríguez, "La histeria clásica y moderna: una visión sinóptica. Parte I Historia", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. XXXIV, núm. 1, pp. 113 - 122.

DAQUIN, Joseph, *La filosofía de la locura*, Querétaro, Universidad Autónoma de Querétaro, 1996.

Diccionario colegiado de Meaning88, London, Merriam-Webster's, 2019, [consultado el 5 de mayo de 2021 <http://meaning88.com/dictionary/chromatoscope>].

Diccionario de la lengua española, Madrid, Real Academia Española, 2014, [consultado el 5 de mayo de 2021 <https://dle.rae.es/>].

Diccionario de términos médicos, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina de España, 2012, [consultado el 5 de mayo de 2021 <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>].

DUCEY, Simon, "Ancient Greece and Rome", en John Howells (ed.), *World History of Psychiatry*, New York, Brunner/Mazel, 1975, pp. 18-38.

ESPEJO, José, "Histórico", *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*, vol. V, 1840, pp. 20-21.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco, *Bibliografía general de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*, México, Editorial Fournier, 1959.

_____, "El centenario de la Academia de Medicina de México (1851-1951)", *Gaceta Médica de México*, vol. LXXXII, núm. 3, 1952, pp. 189-193.

_____, *Historia de la Academia Nacional de Medicina de México*, México, Editorial Fournier, 1956.

FERNÁNDEZ LAVEDA, Elena, "Histeria: historia de la sexualidad femenina", *Cultura de los cuidados*, vol. XVIII, núm. 39, 2014, pp. 63-70.

FLISSER, Ana, "La medicina en México hacia el siglo XX", *Gaceta Médica de México*, vol. CXLV, núm. 4, 2009, pp. 353-356.

FOUCAULT, Michel, *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.
_____, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2 vols., 2015.

FREUD, Sigmund, *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1934, 12 vols.

GIBERTI, Eva, "Mujer, enfermedad y violencia en Medicina. Su relación con cuadros psicossomáticos", en Eva Giberti y Ana María Fernández (comp.) *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989, pp. 71-119.

- GOLINSKI, Jan, "Producción de conocimiento natural: paradigmas, laboratorios y mapas", *Istor*, núm. 12, 2003, pp. 7-19.
- GONZÁLEZ, José de Jesús, "El campo visual en la histeria", *Gaceta Médica de México*, vol. IV, núm. 7, 1909, pp. 780-796.
- _____, "La psicoterapia armada en los accidentes histéricos", *Gaceta Médica de México*, vol. VIII, núm. 5, tercera serie, 1913, pp. 94-110.
- GORBACH, Frida, "El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México en los finales del siglo XIX", *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*, 2006, [consultado el 8 enero 2021, <http://journals.openedition.org/nuevomundo/3123>].
- GREENE, Charles, "A note on Dr. Charles Lepois' Writings on Hysteria", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. LVIII, núm. 5, 1923, pp. 426-430.
- HERNÁNDEZ DELGADO, Rigoberto, "Sociedad e histeria: el síntoma como crítica y subversión", *Teoría y Crítica de la Psicología*, vol. IX, 2017, pp. 274-281.
- HINKE, Nina, "Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX", *Relaciones*, vol. XXII, núm. 88, 2001, pp. 50-78.
- INGENIEROS, José, *Histeria y sugestión. Estudios de psicología clínica*, Valencia, F. Sempere y Compañía, 1904.
- KUMAR, David R., Florence Aslinia, Steven Yale y Joseph Mazza, "Jean-Martin Charcot: The Father of Neurology", *History of Medicine*, vol. IX, núm. 1, pp. 46-49.
- MANCILLA, Martha Lilia, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2001.
- MARCHANT, Matías, "Apuntes sobre histeria", *Revista de Psicología*, vol. IX, núm. 1, 2000, pp. 135-144.

MARTÍNEZ BARBOSA, Xóchitl, *Médicos en busca de su pasado: contribuciones a la historia de la medicina en México, 1930-1960*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2018.

MAZZUCA, Roberto, "Las identificaciones freudianas en la obra de Lacan", en *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Psicología, sociedad y cultura*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2004, vol. III, pp. 85-97.

_____, Santiago Mazzuca, Eduardo Canónico y María de Los Angeles Esseiva, "Las diferencias entre la histeria freudiana y la histeria lacaniana", en *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2008, pp. 175-179.

MEJÍA, Demetrio, "Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.- Anestesia completa generalizada.- Curación", *Gaceta Médica de México*, vol. XIII, núm. 25, 1878, pp. 473-478.

_____, "Sobre la histeria", *Gaceta Médica de México*, vol. XXXIII, núm. 19, 1896, pp. 458-468.

MOSCOSO, Javier, *Historia cultural del dolor*, Madrid, Santillana, 2011.

_____ y Juan Manuel Zaragoza, "Historias del bienestar. Desde la historia de las emociones a las políticas de la experiencia", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, vol. XXXVI, 2014, pp. 73-88.

NARVÁEZ, Carolina, *!Ella no está demente, está nerviosa! Una mirada histórica, literaria y médica a la enfermedad de los nervios: México 1920-1950*, México, La Autora, Tesis de Doctorado en Humanidades en Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 2020.

- NAVARRO, Marysa y Catharine R. Stimpson, *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- NERI VELA, Rolando y Jorge Zacarías Prieto, "El Dr. José de Jesús González y sus observaciones oftalmoscópicas", *Revista Mexicana de Oftalmología*, vol. LXXXIX, núm. 3, 2015, pp. 161-165.
- OFICINA DEL ABOGADO GENERAL, "Enrique O. Aragón", en *Compendio de legislación universitaria 1910-2001*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, vol. I, pp. 47-48.
- PORTER, Roy, *Historia social de la locura*, Barcelona, Crítica, 1989.
- RAMOS, José, "Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico", *Gaceta Médica de México*, vol. V, núm. 17, 1905, segunda serie, pp. 216-222.
- RAMOS, Ma. Blanca, "La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX", *Salud Mental*, vol. XXIII, núm. 5, 2000, pp. 41-46.
- _____, "La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 3, 2001, pp. 24-28.
- _____, Andrés Aranda, Benjamín Dultzin y Carlos Viesca, "La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 25, 2002, pp. 53-58.
- READ, John, "Historia de la locura", en John Read, Loren R. Mosher y Richard P. Bentall (ed.), *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*, Barcelona, Herder, 2006, pp. 11-24.
- RÍOS, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana*, México, El Colegio de México, 2009.

RIVERA GARZA, Cristina, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930*, México, Tusquets Editores, 2010.

RODRÍGUEZ CRUZ, José Antonio, *Las letras furtivas de La Castañeda: un análisis de la escritura del asilado dentro del Manicomio General, en México, de 1913 a 1923*, México, El Autor, Tesis de Maestría en Humanidades en Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 2020.

RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia, *Academia Nacional de Medicina de México. Notas históricas*, México, Permanyer, 2018.

_____, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1911*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

_____, "La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario", *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. XLVIII, núm. 4, 2010, pp. 405-414.

_____, *Publicaciones periódicas de medicina en la Ciudad de México 1772-1914*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017.

ROMERO, Fidel, Armando Mansilla y Amelia Rivera, *Neurofisiología para estudiantes de Medicina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2018, [consultado el 26 de agosto de 2020, <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas>].

RYAN, Joseph G., "Doctor Gunning S. Bedford (1806-70) and the search for safe obstetric care, 1833-70", *Journal of Medical Biography*, vol. XVI, núm. 3, 2008, pp. 134-143.

TORRES TORIJA, Javier, "Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, núm. 32, 2009, pp. 185-187.

- SACRISTÁN, Cristina, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, vol. XXXIII, núm. 6, 2010, pp. 473-480.
- SCHEREBER, Daniel, *Memorias de un enfermo de nervios*, México, Sextopiso, 2008.
- SCHUTT, Fanny, “El pensamiento freudiano en 1895: Estudios sobre la histeria cien años después”, *Anuario de Psicología*, núm. 67, 1995, pp. 9-14.
- SOLLIER, Paul, *Genèse et nature de l’hystérie*, Paris, Editoriel Alcan, 1897.
- STERN, Steve J., *La historia secreta del género. Mujeres, hombres y poder en México en las postrimerías del período colonial*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- SZASZ, Tomás, *El mito de la enfermedad mental*, Madrid, Amorrortu, 2008.
- VALLEJO, Mauro, “Magnetizadores, ilusionistas y médicos. Una aproximación a la historia del hipnotismo en México, 1880-1900”, *Trashumante*, núm. 5, 2015, pp. 200-219.
- WALFRAND, Aria D., “Hijos, muerte y la histeria femenina: La historia de La Malinche a través de dos representaciones de la Llorona en el cine mexicano”, *Honors Theses*, núm. 1,086, 2011, pp. 1-33.