

Alejandro Giraldo Granada

“Parálisis general progresiva”

p. 165-218

***Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos  
Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968***

Andrés Ríos Molina (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Históricas/

Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

2017

452 p.

Imágenes, Figuras, Cuadros y Gráficas

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 72)

ISBN 978-607-02-9714-4 (UNAM)

ISBN 978-607-9475-67-3 (Instituto de Investigaciones  
Dr. José María Luis Mora)

Formato: PDF

Publicado en línea: 29 de junio de 2018

Disponible en:

[http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes\\_manicomio.html](http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes_manicomio.html)



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS

DR © 2018, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



## PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA

ALEJANDRO GIRALDO GRANADA  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Filosofía y Letras

### *Historizando la enfermedad*

Durante la primera mitad del siglo XX, la sífilis adquirió dimensiones clínicas y sociales no conocidas antes debido a su estrecha relación con el degeneracionismo<sup>1</sup> y la inmoralidad.<sup>2</sup> Pero el problema médico y social iba más allá, pues era tan contagiosa y letal que en 1927 el médico Bernardo Gastélum, jefe del Departamento de Salubridad, no dudó en afirmar que más de la mitad de la población mexicana padecía tan pavorosa infección. Sin

<sup>1</sup> Esta patología tenía la característica de ser congénita, es decir, se “heredaba” de madre a hijo por medio de la gestación. El médico Eucario López Contreras afirmaba en 1925 que la sífilis era grave como enfermedad social por sus secuelas en el individuo y su nefasta influencia en los descendientes, contribuyendo a la degeneración y a la despoblación. Eucario López Contreras, *Contribución al problema social de la sífilis en nuestro medio*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1925, p. 1. Para ampliar más el concepto de degeneracionismo, véanse: Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67; Ricardo Campos Marín, “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”, *LLULL. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas*, v. XXI, 1998, p. 333-356; Rafael Huertas, *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987.

<sup>2</sup> Debido a que era una enfermedad que se contagiaba por medios sexuales y era íntimamente ligada con la prostitución, fue catalogada como consecuencia de actos inmorales. Rafael Sagredo explica que para los médicos del periodo en cuestión los trastornos que originaba la prostitución eran de dos clases: morales y físicos. Siguiendo los valores dominantes, consideraban que la prostitución atacaba la moral al mancillar el pudor, la inocencia, la honestidad y la virtud de la mujer. Rafael Sagredo, *María Villa (a) La Chiquita*, n. 4002, México, Cal y Arena, 1996, p. 66-67.



Figura 1. Neurosifilítico en el Pabellón de Neurosifilis del Manicomio La Castañeda (este enfermo creía caminar sobre lujosas alfombras).

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296520

embargo, fue durante los albores de este siglo que se hizo una revelación aún mucho más escalofriante: la sífilis era la causante de la parálisis general progresiva (PGP).

Esta enfermedad mental, que actualmente es poco conocida e inusual, se manifestaba entre los diez y veinte años después de haberse contraído la infección sifilítica, causando cuadros patológicos que no sólo se observaban en el cerebro del enfermo, sino también en su cuerpo, en sus movimientos, e inclusive despedían un olor tan fuerte<sup>3</sup> que algunos médicos aseguraban oler a estos pacientes cuerdas antes de llegar a la institución psiquiátrica.

<sup>3</sup> El olor era ocasionado por las maceraciones provocadas por la orina y las materias fecales que unidas a las perturbaciones vasomotoras producían escaras, generalmente profundas y extensas. Samuel Ramírez Moreno, *La pa-*

Ahora bien, cabe recalcar que el estudio histórico de la sífilis se ha realizado desde varios tópicos; entre ellos se encuentran la historia social, la historia cultural y la historia social de la salud y la enfermedad. Desde que surgió la sífilis como enfermedad,<sup>4</sup> este padecimiento venéreo causó un enorme interés por entenderlo. Pero también, en el afán médico por generar una medicación eficaz, han surgido análisis históricos que de alguna manera resaltan la evolución en la terapéutica y en la creciente industria farmacéutica.<sup>5</sup> Al ser venérea, posibilitó la realización de estudios sociales y culturales ligados con los temas de la prostitución y la sexualidad, y el de cómo las autoridades médicas y civiles intentaron contener, reprimir y medicalizar el oficio sexual público con el objetivo de frenar los índices de contagios.<sup>6</sup>

El objeto central de este texto es la realización de un estudio histórico de la PGP como un problema clínico psiquiátrico,<sup>7</sup> por

*rálisis general progresiva: contribución al estudio de la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1924, p. 57.

<sup>4</sup> Las primeras alusiones sobre la sífilis se realizaron en la batalla de Fornovo, ocurrida en el marco de las guerras italianas en 1495. Véase Claude Quérel, *History of syphilis*, Cambridge, Polity Press, 1990, p. 10.

<sup>5</sup> Rosalina Estrada Urroz, “Del mercurio al 606”, *Elementos*, Puebla, México, v. 8, n. 42, 2001, p. 47-53. Este artículo describe el paso del mercurio a los arsenicales para el tratamiento de la sífilis en México. Otro texto de esta autora es: “Medicina y moral: las enfermedades venéreas durante el Porfiriato”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 235-562. Un ejemplo para el caso español es el trabajo de Ramón Castejón Bolea, *Moral sexual y enfermedad. La medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, Granada, Universidad de Granada/Instituto Alicantino de Cultura “Juan Gil-Albert”, 2001.

<sup>6</sup> Lotte van de Pol, *La puta y el ciudadano*, Madrid, Siglo XXI, 2005; Fernanda Núñez Becerra, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 263-292; Rodrigo Meneses, “De jueces, prostitutas, ambulantes y mendigos: las poblaciones proscritas de la ciudad de México, 1930-1940”, en Salvador Cárdenas y Elisa Speckman (coords.), *Crimen y justicia en la historia de México*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011, p. 193-223; Katherine Bliss, *Compromised positions. Prostitution, public health and gender politics in Revolutionary Mexico City*, Pennsylvania, The Pennsylvania State University, 2001.

<sup>7</sup> Los textos que han abordado la historia de la PGP desde un punto de vista clasificatorio son: Jacques Postel, “La parálisis general”, en Jacques Postel y

lo que se abordarán temas relacionados con la clasificación nosológica, los diagnósticos y los modelos terapéuticos. Para ello tomé como herramienta principal la base de datos del 20% de los pacientes ingresados con esta enfermedad al Manicomio General La Castañeda,<sup>8</sup> las tesis realizadas por los mismos médicos-psiquiatras y artículos de revistas médicas especializadas, además de las historias clínicas de estos enfermos que se encuentran en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

En la primera parte del texto se realizará un breve análisis sobre la clasificación nosológica de la PGP en los albores del siglo XIX en Francia. Posteriormente, se dará relevancia a la paulatina relación de la PGP con la sífilis, pues esta clasificación significó una carga inmoral y de estigmatización hacia el paralítico general y su familia. De allí pasaré a explicar un caso en concreto de un enfermo con PGP en La Castañeda, esto con la finalidad de ilustrar claramente

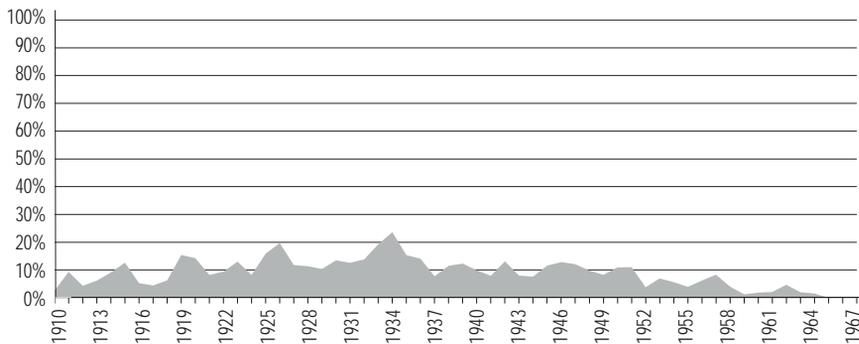
Claude Quérel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 198-208; Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005 (especialmente la clase del 30 de enero de 1974 y del 6 de febrero de 1974); Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005; Mario Eduardo Costa Pereira, “Bayle y la descripción de la aracnoiditis crónica en la parálisis general: sobre los orígenes de la psiquiatría biológica en Francia”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 4, 2009, p. 749-751; Sandra Caponi y Ángel Martínez-Hernández, “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos clasificatorios”, *Scientiae Studia. Revista Latino-Americana de Filosofía e História da Ciência*, São Paulo, v. XI, n. 3, 2013, p. 467-489; Erwing Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Universitat de València, 1993. Otras investigaciones históricas que se han desarrollado desde una postura nosológica, de diagnóstico y medicación son: Olga Villasante, “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, en José Martínez (coord.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2004; Patricia Guadalupe Alfaro, “El tratamiento médico para los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 59-86. Para el caso mexicano se encuentra el libro de Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2013, especialmente el apartado “El terror de la sífilis”, que se encuentra entre las páginas 161-168. Para un estudio del caso colombiano, véase Alejandro Giraldo Granada, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 104-127.

<sup>8</sup> BD-PAPIIT.

el padecimiento, su evolución, diagnóstico y medicación. En seguida se abordará el estudio de esta enfermedad mental en el manicomio, dividido en tres grandes momentos definidos por las características demográficas de estos pacientes en el establecimiento psiquiátrico, todo ello relacionado con temas de diagnóstico, técnicas terapéuticas, y aumento y descenso poblacional. Para llevar a cabo lo anterior se tendrá especial interés en la información de la gráfica 1, ya que muestra, de manera puntual, el ritmo de ingresos de los enfermos paralíticos durante los años en que el manicomio tuvo sus puertas abiertas: 1910-1968.

GRÁFICA 1

Pacientes diagnosticados con parálisis general progresiva en comparación con la población total de La Castañeda, 1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Como se muestra en la gráfica anterior, los ingresos de los paralíticos son bastante irregulares a lo largo de las décadas de funcionamiento de la institución psiquiátrica. No obstante, resaltan tres momentos: 1910-1924, 1925-1946 y 1947-1968, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera. En el primero, caracterizado por el periodo bélico revolucionario, el manicomio fue subutilizado, ya que nunca superó su capacidad asilar, sino que, por el contrario, en términos generales, las cifras de ingresos totales decrecen; el segundo, donde se presentan los mayores índices de admisiones, se define por la búsqueda de una estabilidad administrativa basada en reformas institucionales y por una



Figura 2. Pacientes en el Pabellón de Neurosifilíticos.  
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296542

consolidación del gremio psiquiátrico. A su vez, fue durante este periodo que se desarrollaron diferentes prácticas terapéuticas para el tratamiento de estos enfermos, especialmente la penicilina, en la segunda mitad de la década de 1940, lo que permitió un descenso considerable de ingresos a partir de esos años. El tercer y último momento fue el del declive radical en la cantidad de ingresos por parte de estos pacientes. Esto se debe a que, con el uso de la penicilina, la PGP fue extinguida de manera gradual del establecimiento psiquiátrico.

### *Una nueva clasificación nosológica*

Desde el siglo XVII se tenía conocimiento de un tipo de enfermedad mental asociada a la parálisis de los miembros que podría

corresponder a síntomas de PGP.<sup>9</sup> No obstante, fue a partir de la clasificación nosológica propuesta en la tesis doctoral titulada *Recherches sur les maladies mentales*,<sup>10</sup> publicada en 1822, donde se hizo la primera referencia a la parálisis general de los alienados como una nueva entidad mórbida específica. Su autor, el francés Antoine-Laurent Bayle (1799-1858) describía allí seis casos de pacientes asilados en el hospital psiquiátrico francés de Charenton, quienes presentaron cuadros de parálisis incompleta causados por la inflamación crónica de las meninges cerebrales (*aracnoiditis crónica*).

A partir de ese momento, Bayle se propuso ampliar la descripción de la enfermedad. En estudios que datan unos pocos años después de la publicación de su tesis, centró su atención en la *aracnoiditis* y sus consecuencias en el movimiento del enfermo. Partiendo del argumento de que los signos motores, que se manifestaban en una parálisis general e incompleta, y los trastornos de las facultades mentales se desarrollaban al mismo ritmo y en la misma proporción, reconoció que la demencia paralítica era una y la misma afección.<sup>11</sup> Asimismo, la asoció con los delirios de grandeza y la megalomanía, constituyéndolos como un síntoma intelectual necesario para definir el padecimiento:

La alienación paralítica, a la que impropriamente se designa con el nombre de parálisis de los alienados, ha cobrado en cierta forma carta de naturaleza entre las enfermedades patológicas, como enfermedad especial, independientemente de cualquier otra, con las

<sup>9</sup> En los siglos XVII y XVIII, hubo algunos autores que de alguna forma hicieron alusión a síntomas que se podrían relacionar con los que caracterizaban a la PGP. Por ejemplo, los ingleses Thomas Willis (1621-1675), que hacía referencia a enfermos afectados de “estupidez y parálisis”, y Haslam, quien en 1798 describió que: “Las afecciones paralíticas son una causa de locura mucho más frecuente de lo que se supone, y son también un efecto muy común de la manía.” Cita extraída de Postel, *op. cit.*, p. 198. Posteriormente, Esquirol y Georget también la describieron, pero la consideraron como una simple complicación de la locura que puede sobrevenir en cualquiera de sus formas. Véase Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014, p. 52.

<sup>10</sup> Antoine Bayle, *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, Didot, 1822.

<sup>11</sup> Postel, *op. cit.*, p. 199.

congestiones que provocan y la mantienen y el delirio de grandeza que le da fisionomía tan particular.<sup>12</sup>

Bayle trazó un cuadro clínico de la enfermedad en tres periodos evolutivos distintos: el primero se definía por una pronunciación de palabras visiblemente afectadas (disartria), una manera de caminar insegura, y el desorden del entendimiento se evidenciaba en un debilitamiento de la inteligencia. En el segundo periodo, los movimientos de la lengua y de las extremidades mostraban las mismas o aun mayores dificultades y torpezas que anteriormente; el delirio se tornaba maniaco y general, acompañado de estados de agitación y violencia. El tercer periodo llegaba con un estado de demencia y un agravamiento de la parálisis general o incompleta. La palabra era trémula, con balbuceos, y casi completamente incomprensible; las excreciones no se controlaban y el entendimiento, en extremo debilitado, no tenía más que un puñado de ideas completamente incoherentes.<sup>13</sup>

De acuerdo con José María Álvarez, durante los años en que Bayle se dedicó a este tipo de investigaciones construyó el paradigma neuropsiquiátrico que habría de despertar la fascinación de las siguientes generaciones de alienistas. Este influjo contribuyó decisivamente a reorientar la investigación psicopatológica hacia la neuropatología, lo que supuso una transformación definitiva de la locura clásica en una enfermedad del cerebro y sus membranas. Por tanto, este autor asegura que el valor más esencial que contiene la obra de Bayle radica en el hecho de haber conseguido elevar su *aracnoiditis crónica* a la categoría de modelo y estandarte sobre el que las generaciones futuras edificaron una clínica de las enfermedades mentales.<sup>14</sup>

Pero los argumentos propuestos por Bayle provocaron un enconado debate, ya que para Jean Étienne Esquirol (1772-1840)

<sup>12</sup> Antoine Bayle, “Des causes organiques de l’alienation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales Médico-psychologiques*, v. III, n. 1, 1855, p. 409-425. Citado por Huertas, *op. cit.*, p. 100.

<sup>13</sup> Una explicación más exhaustiva de cada uno de los tres periodos evolutivos la realiza José María Álvarez, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008, p. 65-66.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 64.

y sus discípulos la PGP no era más que un agravante de otros padecimientos mentales.<sup>15</sup> Lo anterior suscitó que psiquiatras como Jean Baptiste Delaye (1789-1879), Louis-Florentin Calmeil (1798-1895), pero sobre todo Jules Gabriel Baillarger (1815-1890), criticaran fuertemente las clasificaciones propuestas por Bayle.<sup>16</sup>

Baillarger se caracterizó por defender la teoría dualista propuesta por Esquirol, la cual establecía, a diferencia de la teoría de unicidad de Bayle, una forma de psicosis con delirio que posteriormente presentaba perturbaciones físicas y una parálisis que se continuaba con un debilitamiento intelectual. A su vez, afirmaba que los pacientes paralíticos no sólo tenían ideas delirantes de grandeza, sino que se encontraban dos formas de delirio. El primero de ellos se debía a una “manía congestiva”: estado maniático con excitación violenta, con ideas de grandeza múltiples, contradictorias, y desorden excesivo de actos. Después de siete u ocho meses de duración, aseguraba este psiquiatra, se pasaba de esta forma maniática a un regreso casi completo de la razón y la inteligencia quedaba menguada en algunos enfermos, pero otros podían entregarse otra vez a sus ocupaciones, lo cual hizo admitir a Baillarger la posibilidad de la curación. El segundo era el delirio hipocondriaco, que se distinguía porque los pacientes creían tener los órganos cambiados, destruidos u obstruidos; se sentían ciegos y sin piernas, no podían tragar, orinar, etcétera.<sup>17</sup>

Aunque la PGP suscitó importantes debates en torno a sus características somáticas y orgánicas, principalmente entre los

<sup>15</sup> Para esta teoría, Requin y Lunier afirmaban que se encontraban formas de parálisis general sin enajenación mental. Ferréol Labardie, *Historia general de la parálisis general progresiva de los enajenados y sus formas clínicas*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1885, p. 9.

<sup>16</sup> Paul Bercherie afirma que las ideas de Bayle fueron tan unánimemente rechazadas en esa época que, decepcionado sin duda, abandonó la psiquiatría, y serían necesarios veinte años para que su descubrimiento comenzara a ser reconocido y treinta años para que produjese efecto, provocando una conmoción completa de la ciencia de las enfermedades mentales. Bercherie, *op. cit.*, p. 51. Una descripción detallada de los debates suscitados por las propuestas realizadas por Bayle en Francia se encuentra en E. M. Brown, “French psychiatry’s initial reception of Bayle’s discovery of general paresis of the insane”, *Bulletin of the History of Medicine*, The American Association for the History of Medicine, Baltimore, p. 235-253.

<sup>17</sup> Labardie, *op. cit.*, p. 14.

psiquiatras franceses del siglo XIX, en un principio esta afección no fue relacionada con la sífilis, es decir, no se tenía la certeza de que fuera una consecuencia de la sífilis terciaria o tardía.<sup>18</sup> Esta relación empezó a hacerse de manera sistemática a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando Esmarch y Jessen, en 1857, afirmaron que esta infección venérea era siempre el punto de partida de la parálisis general de los alienados.

Charles Ernest Laségue (1816-1883) denominó a la PGP por causas sifilíticas como “pseudo parálisis general”, y Jean Alfred Fournier (1832-1914), médico dedicado a las enfermedades sifilíticas, demostró mediante observaciones anatomoclínicas que

<sup>18</sup> Philippe Ricord (1800-1889), además de diferenciar la sífilis de la gonorrea, clasificó la sífilis en tres estados. En el primero se manifestaban una o dos lesiones, en general no dolorosas, sobre el glande, la boca, el ano o en el interior de la vagina. La lesión evolucionaba hasta formar una úlcera con la pérdida de la capa superficial de la piel. Esta úlcera, denominada chancro sifilítico, aparecía entre 9 y 90 días después de haber contraído la infección. La sífilis secundaria se manifestaba entre las 6 semanas y los 6 meses después del comienzo de la infección, cuando el paciente comenzaba a sentir síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, fatiga, dolores musculares. Y la sífilis terciaria cuando, años más tarde, la enfermedad podía causar daños importantes en el corazón, el cerebro, los huesos, el hígado y en la piel. Inclusive podía llevar al paciente a la pérdida de la visión y a la muerte. Matías Alinovi, *Historia de las epidemias. Pestes y enfermedades que aterrorizaron (y aterrorizan) al mundo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009, p. 70-71. Durante 1956, el folleto de la Campaña Nacional Antivenérea en México describía la clasificación de la sífilis, la cual podía ser adquirida, prenatal o congénita. La adquirida se dividía en reciente (menos de cuatro años de infección) y tardía (más de cuatro años de infección) y ambas podrían ser sintomáticas y latentes. La prenatal o congénita se dividía en reciente (menos de dos años de infección) y tardía (más de dos años de infección). Al igual que la adquirida, podían ser sintomáticas y latentes. Este folleto describía la evolución de la sífilis de la siguiente forma: “Se trata de una infección que es generalizada casi desde el principio, en la que aparece, en numerosos casos, una lesión primaria; poco después, manifestaciones principalmente mucocutáneas de secundarismo, que a veces son recurrentes durante los primeros años de la infección. Sigue un periodo de latencia más bien largo y posteriormente pueden aparecer lesiones serias de sífilis tardía que a menudo son de carácter destructivo y mutilante.” Antonio Campos Salas, *Sífilis, gonorrea, chancro blando, linfo-granuloma venéreo, granuloma inguinal en la práctica médica*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1956, p. 18-21. Ahora bien, algunos autores ubicaban a la PGP como un estado cuaternario de la sífilis. Véase Oton Rffiertz, “Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva”, *La Escuela de Medicina*, México, v. VIII, n. 1, 1922, p. 173.

la “pseudoparálisis general” era una complicación frecuente de la sífilis tardía.<sup>19</sup> Para Fournier, en numerosos casos de PGP, la sífilis era la causa determinante, así como también la sífilis cerebral podría presentarse con una sintomatología que recordaba a la de la PGP y que, en esos casos, algunos de difícil diagnóstico, se denominaría como “pseudo parálisis general sifilítica”.<sup>20</sup> Sin embargo, no fue sino hasta 1913 que Hideyo Noguchi (1876-1928) y J. W. Moore aislaron la *spirochaeta pallida* en el cerebro de parálisis generales fallecidos, lo que significó la prueba indiscutible de que la sífilis era la causante de la PGP.

Ahora bien, aunque la PGP ya era una enfermedad ampliamente reconocida en la psiquiatría francesa, la literatura psiquiátrica en relación con este padecimiento en México se inició de manera tardía,<sup>21</sup> a partir de la década de 1880. Durante este periodo apareció la tesis de Ferréol Labardie, en donde describió la historia de la PGP y sus formas clínicas, aunque indicaba que esta enfermedad no se debía a un estado terminal de la sífilis, sino más bien a causas de envenenamiento por plomo (saturismo) o al alcoholismo.<sup>22</sup> Posteriormente, en 1903, en la revista *La Escuela de Medicina*, el médico Oton Rffiertz, delegado del Concejo Superior de Salubridad en Puerto Ángel, Oaxaca, preguntaba:

¿Quién de los lectores de este periódico no ha visto alguna vez un caso de tabes o de parálisis en complicación con *sclerosis initialis siphilitica*? ¿Si la sífilis es o no la *conditio sine qua non* para la tabes y para la parálisis? Y si no es ¿qué valor etiológico tiene en el desarrollo de estas enfermedades?<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Postel, *op. cit.*, p. 206.

<sup>20</sup> Ulysses Vianna, “Sífilis do sistema nervoso”, *Arquivos Brasileiros de Neu-riatria e Psiquiatria*. 1919, *Manginhos*, v. XVII, n. 2, p. 683.

<sup>21</sup> La llegada del concepto de PGP no sólo fue tardía en México; en España también llega en las últimas décadas del siglo XIX. Véase Olga Villasante, “La introducción del concepto de ‘parálisis general progresiva’ en la psiquiatría decimonónica española”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, Madrid, v. LII, n. 1, 2000, p. 53-72.

<sup>22</sup> Labardie, *op. cit.*, p. 24-28.

<sup>23</sup> Rffiertz, *op. cit.*, p. 172.

Estas cuestiones que planteaba Rffiertz permiten obtener pistas del debate que suscitaba la PGP en la naciente ciencia psiquiátrica de México durante los primeros años del siglo XX. En el artículo explicaba que varios neurólogos afirmaban que la sífilis era la condición “*sine qua non* de la tabes y de la parálisis. *Nulla tabes sine lue. Nulla paralis sine lue*”, así como la tabes y la PGP eran “los estados cuaternarios de la sífilis o de los fenómenos postsifilíticos, sin virulencia sifilítica y sin ser influidos por una terapéutica antisifilítica, pero producidos por el mismo virus de la sífilis, modificado por el tiempo y la edad”.<sup>24</sup>

Veintiún años después se publicó la tesis de Samuel Ramírez Moreno (1898-1951), quien, además de ser el médico que más estudió la PGP en México durante la primera mitad del siglo XX, fundó en 1922, junto con el doctor Ernesto Gonzales Tejeda, el Pabellón de Neurosifilíticos en el Manicomio General La Castañeda y posteriormente fungió como director de dicha institución psiquiátrica. Ramírez Moreno explicaba que, hasta muy pocos años antes de publicar su tesis, la discusión en La Castañeda sobre la etiología de la PGP creaba divisiones entre los médicos: unos defendían su naturaleza sifilítica y otros la negaban.<sup>25</sup>

De cualquier forma, durante los primeros años del Manicomio General, la sífilis se convirtió en la causa directa de la PGP, ya que en el interrogatorio que se le hacía al enfermo al ingresar, y que se puede observar en los expedientes clínicos, se cuestionaba sobre los antecedentes venéreos, teniendo como respuesta que la mayoría padecía, o padeció, la sífilis en algún momento de sus vidas. A su vez se les preguntaba: “¿A qué causa atribuye su enfermedad?”, a lo que respondían, casi siempre, que a la sífilis. Ramírez Moreno resumía el dilema de la siguiente forma: “en síntesis, debemos decir como Jahnel: la parálisis general es una treponemosis de la corteza cerebral. Los norteamericanos, más concluyentes, se limitan a exclamar *no syphilis, no general paresis*”.<sup>26</sup>

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 173.

<sup>25</sup> Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 14-15.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 16-17.

### *Concepto clínico de la PGP*

El médico mexicano Manuel Manteca Parra definió en 1925 a la PGP como una enfermedad toxi-infecciosa, post-sifilítica, caracterizada anatomopatológicamente por lesiones de meningo-encefalitis difusa y clínicamente por síntomas progresivos de demencia y parálisis.<sup>27</sup> Según este autor, las causas predisponentes de padecer la PGP se asociaban a factores como el país de procedencia, razas, profesiones y condiciones sociales, situaciones que incidían en la cantidad de paralíticos en los manicomios, “siendo proporcional al grado mayor de civilización y conforme con un trabajo intelectual activo”.<sup>28</sup> Lo que quería decir este autor era que, entre más carga intelectual tenía una persona, más propensa era a padecer la sífilis cerebral, y a ello se debían las altas cifras de contagios en Europa y América, con exclusión de la comunidad indígena: “este modo de reaccionar del sistema nervioso a la sífilis, por falta de predisposiciones neuropáticas necesarias para el desarrollo de la parálisis general, asegurando que cuando el alcoholismo y la civilización progresen entre los indígenas, dicha enfermedad será frecuente en ellos”.<sup>29</sup> El argumento anterior era compartido por Samuel Ramírez Moreno, aunque en su momento advertía que esta enfermedad ya hacía presencia en las comunidades indígenas mexicanas:

Pero ahora que la enfermedad toma incremento en todo el mundo, como lo demuestran las estadísticas; ahora que no sólo es patrimonio de los civilizados, sino que ya empieza a invadir a las razas aborígenes y en México se presenta con mucha mayor frecuencia, pues así lo atestiguan los enfermos de los manicomios; ahora seguramente, es cuando sólo las aptitudes y los conocimientos del médico pueden esgrimirse para detener el avance de tan terrible enfermedad, y para ello es indispensable adquieran las enseñanzas elementales de psiquiatría que es la única fuente donde obtendrán los elementos útiles para hacer diagnósticos oportunos y así defender a la sociedad y a la humanidad.<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Manuel Manteca Parra, *La inoculación de la malaria en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1925, p. 13.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 14.

<sup>29</sup> *Idem*.

<sup>30</sup> Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 35.

Esta tesis la sustentaba Ramírez Moreno con diversas fotografías de paralíticos generales indicando: “como puede verse hay numerosos mestizos e indígenas”. Por su parte, Manteca Parra aseguraba que había una proporción mayor de paralíticos en los asilos urbanos que en los rurales. También que las profesiones y el estado social concurrían más o menos directamente, expresando que la enfermedad era rara en los religiosos y frecuente en los militares, comerciantes, artistas, intelectuales, entre otros oficios. La edad promedio, afirmaba este médico, era entre los 35 y los 45 años, momento en que sobrevénia el cansancio físico e intelectual y toda clase de excesos; además, los hombres estaban más predispuestos que las mujeres, aseverando que la sífilis era generalmente más rara en el sexo femenino.<sup>31</sup>

Manteca Parra aparentemente tenía razón, ya que, según la base de datos, el promedio de edad de estos pacientes en La Castañeda era de 40 años. Tomando en cuenta que una característica de la enfermedad era que se manifestara entre 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica, se puede establecer que estos enfermos se infectaron cuando tenían alrededor de 20 años de edad. A su vez, la cantidad de hombres (80%) superaba por mucho a la de mujeres (20%).<sup>32</sup> No obstante, hay que aclarar que las mujeres sifilíticas, especialmente las prostitutas, eran atendidas en el Hospital de Morelos;<sup>33</sup> por ello la enorme diferencia en los registros de entrada.

Por ejemplo, el doctor Puig Solanes, médico oftalmólogo del Hospital de Morelos, expresaba en 1938 que existía la creencia de que no se encontraba sífilis nerviosa en dicho hospital. Sin embargo, aseguraba que ello se debía a que la mayoría de las mujeres atendidas allí eran menores de 30 años, por lo que era raro ver pacientes con tabes o PGP. No obstante, después de que

<sup>31</sup> Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.

<sup>32</sup> BD-PAPIIT.

<sup>33</sup> Para una historia del Hospital de Morelos y sus funciones, véase Fernanda Núñez Becerra, “El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, v. VIII, n. 42, 2001. Bliss, *op. cit.*, p. 1-2, 56-57. La historia cronológica del hospital se encuentra en “Historia del Hospital de la Mujer”, *Secretaría de Salud* [en línea]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/historia1.html> [consultado el 17/09/2015].

este médico realizó un estudio sistemático del aparato ocular y de los pares craneanos con él relacionados en 1978 asiladas sifilíticas durante los años de 1935 y 1936, observó que la infección sifilítica temprana del “neuroeje” no era rara en ellas. Dicho resultado lo llevó a afirmar que “la invasión temprana del sistema nervioso se verifica en cerca del 10% de las sifilíticas jóvenes del Hospital de Morelos”.<sup>34</sup> Por ello era un deber considerarlas como neurolúeticas y tratarlas con las medidas terapéuticas asignadas para tales casos.

A comienzos del siglo XX, la PGP era dividida en cuatro periodos evolutivos. El primero era el *periodo prodrómico*, que consistía en dos etapas: de *incubación* y de *invasión*. El estado de *incubación*, que según Ramírez Moreno debía denominarse como *pre-clínico*, quedaba comprendido entre el momento de contraer la infección y las primeras manifestaciones clínicas, de modo que los únicos trastornos patológicos eran los del líquido cefalorraquídeo, que podían permanecer muchos años ocultos en ausencia de síntomas mentales. En el estado de *invasión* las primeras manifestaciones morbosas eran psíquicas, somáticas o mixtas. Los diversos trastornos mentales durante este tiempo se presentaban, según este médico, de manera “absurda” e “ilógica”, contrastando con la personalidad del sujeto, lo cual atraía la atención y ponía sobre la pista el diagnóstico.<sup>35</sup>

En el *periodo de principio*, también llamado *médico legal* por la frecuencia con que los pacientes suscitaban conflictos sociales —y especialmente penales—, debido a comportamientos violentos, había un aumento aparente de la inteligencia por el estado habitualmente expansivo de los pacientes. Otros síntomas eran amnesia, cambios de carácter (que eran los trastornos más apreciables por

<sup>34</sup> M. Puig Solanes, “Infección sifilítica temprana del sistema nervioso en gran número de asiladas del Hospital Morelos”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. 1, n. 2, 1938, p. 67-69. Otro texto que describe el tratamiento brindado a las sifilíticas en el Hospital de Morelos es de quien fue director de dicho hospital, Francisco Reyes, “El mercurocromo 220. Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluorescina por la vía endovenosa como anti-luético”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. 1, n. 2, 1938, p. 71-74.

<sup>35</sup> Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 46-47.

la familia, pues la manera de ser de los enfermos se volvía diametralmente opuesta a lo que había sido su conducta), pérdida de la autocrítica y faltas a la moral, actividad y estados afectivos, ideas delirantes y delirios y, por último, trastornos psicosensoresiales.<sup>36</sup>

El *periodo de estado* era el más “aparatoso”, ya que se encontraban los síntomas en pleno desarrollo y las formas que se presentaban eran numerosas. Entre los estados psíquicos se hallaban la demencia, estados maniaco depresivos y estados delirantes, siendo el de grandeza el más frecuente con sus diversos aspectos: satisfacción, riqueza, invención, egolatría, etcétera. También se presentaban ideas de humildad, de desesperación, de incapacidad, de ruina, de indignidad, de autoacusación, de persecución, místicas, eróticas, de transformación corporal, etcétera. Los síntomas físicos eran trastornos de lenguaje, trastornos pupilares, temblores, contracturas, parálisis, reflejos, sensibilidad e ictus, entre otros más. Finalmente estaba el *periodo terminal*, en el que, según Ramírez Moreno, los enfermos se podían comparar con “animales acerebrados”, ya que su capacidad cognitiva estaba completamente destruida y sólo existían reflejos automáticos:<sup>37</sup>

El estado que presentan es tan lastimoso que dejan profunda impresión y tristeza. Son seres aniquilados, la caquexia o marasmo paralítico es extremo, al grado que sólo pueden estar en la cama o en sillones acojinados[...] su lenguaje es muy reducido y más que palabras, balbuten gritos ininteligibles[...] no pueden comer por sí solos, se defecan y orinan en la cama, lo que constituye el estado de gatismo.<sup>38</sup>

Al igual que los otros enfermos, los paralíticos generalmente ingresaban a La Castañeda con la nota de dos médicos cirujanos indicando que padecían de enajenación mental, por lo que debían ser internados para su tratamiento. En la ficha de admisión, que incluía un interrogatorio, se encontraban ciertas preguntas relacionadas con los antecedentes patológicos familiares a fin

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 47-52.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 53-57.

<sup>38</sup> *Ibidem*, p. 57.

de descartar que el enfermo tuviera padres, abuelos o tíos sífilíticos, alcohólicos, suicidas o enfermos mentales, etcétera. También indagaban sobre los antecedentes patológicos del enfermo, por si había sufrido tifo, tuberculosis, enfermedades venéreas u otra patología infecciosa. La otra pregunta relevante era a qué causa se atribuía su enfermedad, para lo cual la respuesta obtenida era: la sífilis.

El problema de la PGP trascendió los muros de La Castañeda. Al tener certeza de que la causa etiológica de la PGP era la sífilis, y ésta a su vez era una enfermedad que se contagiaba por contacto sexual y de manera congénita —lo que denominaban durante gran parte del periodo estudiado como sífilis hereditaria—, se puede establecer que en el principal círculo familiar de estos enfermos muy posiblemente también padecieran sífilis. Por ejemplo, Manteca Parra indicaba que, cuando la mujer contraía la infección del marido, se denominaba como “parálisis general conyugal”.<sup>39</sup> De allí la gran preocupación que generaba esta enfermedad venérea en las autoridades médicas, pues el infectado podía llevar una vida “normal” debido a que, en algunos casos, las primeras etapas de la sífilis eran asintomáticas y la PGP se manifestaba años después de contraer la infección.

Un reportaje publicado en la revista *Hoy* indicaba que

la sífilis, la terrible enfermedad, ha hecho una de sus víctimas en este muchacho que aparece en la foto. Solamente cuenta con trece años y es como un monstruo al que le huyen las gentes. No hay nadie que se acerque a él y compruebe que su alma, al contrario de su físico, es buena y bondadosa. Sus párpados están caídos sobre sus ojos que se desvían a cada instante; el labio inferior es doblemente grueso que el superior; la cabeza está achatada en su superficie y las narices abultadas y grandes, le dan un aspecto horrendo a su rostro. Además, como otros muchos que padecen la misma enfermedad, está loco, encerrado para toda la vida en el Manicomio de La Castañeda (Jorge David Lozano, “Yo estuve en el manicomio!”, *Hoy*, n. 225, 1941, p. 41).

En La Castañeda, según se observa en el siguiente cuadro, más de la mitad de los paralíticos generales eran casados. Este

<sup>39</sup> Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.



Figura 3. Niño neurosifilítico en el Manicomio La Castañeda.

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296514

dato diferencia a la población de parálíticos con la población general, pues de estos últimos la mayoría eran solteros. Sin embargo, aunque se indicara en el expediente que el paciente era soltero, no hay certeza de que éste no compartiera su vida sentimental con una pareja.

En conclusión, la PGP no sólo se consideró como una patología mental caracterizada por sus signos somáticos, su cronicidad y su índice de mortandad (el cual se verá más adelante), sino también por llevar al paciente, y a su círculo familiar, por los senderos de la inmoralidad y del estigma social causados por la sífilis. Sumado a lo anterior, se podría afirmar que la sífilis, según el historiador Jean Garrabé, representó simbólicamente dos miedos fundamentales del ser humano: el miedo a morir y el miedo a perder la razón.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Citado por Villasante, “La introducción del concepto de ‘parálisis general progresiva’ en la psiquiatría decimonónica española”, *op. cit.*, p. 54. Aunque esta afirmación la realiza para describir el sentimiento generado por la sífilis en el siglo

CUADRO 1  
Estado civil de los pacientes con PGP y de la población general, 1910-1968  
(porcentaje)

<i>Estado civil</i>	<i>PGP</i>	<i>Población general</i>
Casado	52.47	28.14
Soltero	34.41	55.80
(en blanco)	6.06	8.39
Viudo	5.50	5.96
Unión Libre	1.13	1.04
Divorciado	0.28	0.48
Amancebado	0.14	0.08
TOTAL		100.00

FUENTE: BD-PAPIIT.

### *La historia de un paralítico*

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

XIX, también se puede trasladar al siglo XX, ya que fue a partir de los primeros años de este siglo que se confirmó que la causa fehaciente de la PGP era la sífilis.

la potencia genital. Fue tratado con jarabe de Gibert, medicamento antisifilítico que se administraba por medio oral, a base de biyoduro de mercurio y yoduro de potasio.<sup>41</sup> También se le administró neosalvarsán.<sup>42</sup>

En La Castañeda, y debido a que se encontraba “sumamente exaltado” y expresando palabras incoherentes, con ideas de persecución, chiflando, bailando y cantando, tuvo después de su internamiento varios ingresos al Pabellón de Peligrosos. Su primer diagnóstico fue “alcoholismo crónico con delirio alcohólico”. Salió por mejoría el 25 de mayo de 1922, a solicitud de la familia.<sup>43</sup>

No pasó mucho tiempo para que Rafael volviera a ingresar a La Castañeda, ya que después de diez días de su salida regresó tras haber comido vidrio triturado, chapopote y tintura de iodo. También, con intenciones de suicidarse, incendió su ropa y se picó con alfileres. Fue diagnosticado con PGP y pasó casi un año y medio en el manicomio para salir posteriormente el 7 de diciembre de 1923 a solicitud de la familia. Trece días después fue remitido por la policía, hablando incoherencias, con temblor en la lengua, desigualdad pupilar y pterigiones.<sup>44</sup> Era un enfermo molesto, constantemente se burlaba de otros compañeros enfermos, y bailaba y cantaba sin control. El 29 de diciembre de ese año le realizaron pruebas serológicas de laboratorio y todas fueron positivas, comprobando que el treponema sifilítico había invadido su cerebro. Sus momentos de euforia y alegría contrastaban con estados de profunda tristeza, alegando ser un inútil y un enfermo sin remedio. Se quejaba de ser un “desgraciado impotente”, se sentía un pervertido y poco hombre, debido a haber practicado la sodomía con varios enfermos cuando estuvo en el Pabellón de Peligrosos. Un fragmento de una carta dirigida a su hermana brinda una idea de lo que sentía este enfermo por padecer la PGP:<sup>45</sup>

<sup>41</sup> Este medicamento fue creado por Camille Melchior Gibert (1797-1866) y fue comúnmente usado en diversos países como Colombia, Chile y España.

<sup>42</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

<sup>43</sup> *Idem.*

<sup>44</sup> Un pterigión es un crecimiento benigno en el ojo que sobresale de la conjuntiva y lentamente se propaga a través de la córnea.

<sup>45</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

Manicomio General. Mixcoac. Agosto 21 de 1924.  
Señorita Simona...  
Acapulco, Guerrero.

Querida Hermana:

Como siempre sigo triste y agobiado al tener que soportar esta visible enfermedad, este encierro me quita mucho el ánimo y la alegría, ya tengo deseos de respirar otro ambiente, pues como le he dicho otras veces mi enfermedad es de larga duración y no quiero resignarme a morir en este encierro.<sup>46</sup>

La carta terminaba con una petición de ropa adecuada para salir. El 28 de abril de 1925 lo dieron de alta a solicitud de su familia. Sin embargo, a los tres días de estar en su hogar, quejándose de fuertes dolores de cabeza, trató de golpear a sus familiares, por lo que decidieron internarlo nuevamente. En su reingreso se mostró excesivamente agresivo y con “excitación verbal”, por lo que fue necesario ponerle la camisa de fuerza y aislarlo de los demás enfermos. Desvariaba expresando que se iba a casar al día siguiente en Iguala y manifestaba delirios de persecución asociados a la presión que sostenían sobre su familia individuos influyentes, alegando que su encierro se debía al temor de su madre de que lo matasen. En el aspecto físico, el paciente padecía temblor fibrilar de los labios, párpados y lengua, numerosas escoriaciones dermoepidérmicas en el dorso de ambas manos y varias contusiones de primer grado en la cabeza.<sup>47</sup>

Rafael murió poco tiempo después, pero paradójicamente no fue por causas de la PGP, sino por quemaduras sufridas en el manicomio durante un baño de agua caliente o de “temperatura” que fue empleado para “tranquilizarlo” debido a su estado de “excitación” y violencia.

El caso anterior es relevante, ya que se ponen en tensión temas médicos, sociales y morales relacionados con la PGP. Al indicar que el enfermo disfrutaba de los placeres genésicos y del alcohol se vinculaba su enfermedad con problemáticas sociales, ya que se consideraba que los padecimientos sifilíticos eran el

<sup>46</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 62.

<sup>47</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

resultado de una vida “impura”. También esto es relevante, pues permite observar la evolución de la enfermedad. En un principio, Rafael padeció un chancro sifilítico mal tratado, que evolucionó a una sífilis secundaria. Aunque inicialmente no se asoció su enfermedad mental con la sífilis, sino con el alcoholismo, en su expediente se observó la importancia brindada al avance de los síntomas del denominado mal gálico.

En su segundo ingreso se diagnosticó con PGP. Confirmada su enfermedad por las pruebas de laboratorio y complementadas éstas con los síntomas físicos y psíquicos, se comprobó la invasión del treponema sifilítico en el cerebro del militar. Sobresale su postura fatalista sobre la enfermedad, ya que constantemente advertía a sus familiares que no lo sacaran del manicomio porque podría hacer algo indebido en el exterior, resaltando la evidente visibilidad de la enfermedad, factor que causaba un fuerte estigma social y moral. Esto sin duda es una información importante, ya que fue quizá por ello que la policía lo remitió en su tercer reingreso. Recordemos que uno de los lapsos más conflictivos de la PGP era el periodo de principio o médico legal, momento en el cual estos enfermos podían cometer diversos delitos. Uno de los signos de este periodo era, de acuerdo con Ramírez Moreno, la “afectividad y estados afectivos”, en los cuales los parálíticos tenían la actividad más exaltada, padeciendo de “hiperproducción de pensamientos, de cálculos, etc., locuacidad, exageración genésica que conducía a ultrajes públicos al pudor y violaciones. Además de robos, excesos alcohólicos e impulsividad, actos todos de carácter brusco”.<sup>48</sup>

A pesar de pedir en numerosas ocasiones que no lo retiraran del manicomio, también expresaba en sus cartas que no quería morir encerrado en La Castañeda, pues su enfermedad era de larga duración y probablemente incurable; por lo tanto es destacable la cantidad de veces que salió por solicitud de su familia. Aunque era un enfermo que dentro y fuera del manicomio se caracterizara por un comportamiento violento y por conductas suicidas, los médicos de La Castañeda no se opusieron en ningún momento a su salida. Por ello, la imagen de las instituciones

<sup>48</sup> Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 48-49.

psiquiátricas como centros de reclusión, confinamiento social y aislamiento forzado queda en entredicho con estos hechos.

Si bien este paciente no murió debido a la PGP, la cronicidad y mortandad que causaba esta enfermedad en La Castañeda se puede resumir en los siguientes datos: el 52% de los paralíticos que ingresó al manicomio finalmente falleció; el 24% salió por solicitud de la familia y un 13% no regresó del permiso. Aunque su salida no fuera por muerte, ello no garantizaba que el paralítico se encontrara mejorado; sólo el 2% salió bajo esa condición. Sin embargo, eran pacientes que comúnmente reingresaban. La PGP fue tan letal que constituyó la enfermedad que más muertes causó en el manicomio. No obstante, el 78% de las causas de decesos no se registró; la PGP causó el 2.33% del total de las muertes, la caquexia el 1.10% y la neumonía el 1%.<sup>49</sup>

### *La PGP en La Castañeda. Tres momentos*

Según la gráfica 1, la PGP fue una enfermedad mental que estuvo presente en gran parte del tiempo de funcionamiento de La Castañeda y representó el 5.7% de los diagnósticos. Sin embargo, antes de continuar se debe aclarar que la PGP no fue la única enfermedad mental causada por un estado terminal de la sífilis. La neurolúes, la tabes, la sífilis cerebral y la heredosífilis fueron patologías comúnmente diagnosticadas por los médicos del manicomio.<sup>50</sup> Las enfermedades mentales, como resultado de la

<sup>49</sup> BD-PAPIIT.

<sup>50</sup> En algunos casos clínicos de epilepsia esencial, se creía que la razón etiológica se debía a la sífilis. El médico Horacio Brindis, retomando algunos puntos propuestos por Fournier décadas antes, aseguraba que la sífilis secundaria podía estimular algunas neurosis preexistentes y despertar algunas neurosis extinguidas o calmadas. “De este modo tenemos ejemplos frecuentes para la histeria sobre todo, y aun para la epilepsia.” Igualmente explicaba que la sífilis podía provocar y crear toda clase de neurosis que no existían antes de ella y que no se habían revelado nunca por ningún indicio, y que sin ella, probablemente, no se habrían producido. Para demostrar lo anteriormente explicado, aludía a que algunos individuos en un estado secundario de la sífilis presentaron crisis exactamente iguales a las de los de la epilepsia esencial y que mejoraron bajo la influencia del tratamiento específico. No obstante, Brindis advertía que

sífilis, ocuparon el 10% del total de ingresos, pero de ese porcentaje la PGP ocupó más de la mitad de los diagnósticos: el 57%. Ello la convirtió en la enfermedad mental de origen sifilítico más diagnosticada.<sup>51</sup>

Samuel Ramírez Moreno indicaba en 1924 que la diferencia entre la PGP y las demás neurosífilis podría establecerse en la clínica, en el laboratorio y en la anatomía patológica. De acuerdo con este médico, la característica propia de la PGP era que presentaba un aspecto hipervirulento de la sífilis, como se podía ver en los procesos meningo-vasculares más generalizados, en la marcha progresiva y en la intensidad de las reacciones de laboratorio, ya que era mayor que las de otras neurosífilis. En definitiva, se consideraba como la forma más intensa que producía el treponema en el cerebro y sus anexos.<sup>52</sup>

a) *1910-1924: del síntoma a la reacción Wassermann*. Gran parte de este periodo coincide con uno de los momentos más representativos de la historia mexicana: la Revolución. Según Andrés Ríos Molina, los ingresos generales al manicomio fueron notablemente bajos durante el conflicto bélico. El argumento de este autor es que, aunque se podría suponer que La Castañeda fue durante el periodo revolucionario un lugar destinado para los sujetos pobres y enfermos en busca de techo y comida, la verdad es que eso no ocurrió, ya que La Castañeda se construyó con una capacidad para albergar a 1 200 pacientes, límite nunca alcanzado durante la década en cuestión.<sup>53</sup>

Durante estos años, los sectores que más pacientes remitieron al manicomio fueron la familia y la policía, con 39.44% y 27% respectivamente. La mayoría, el 19.72%, era originaria del Distrito Federal; los restantes eran de otros estados de la república

no tenía suficientes datos para asegurar que la epilepsia esencial fuera siempre de origen sifilítico, pero en los casos que había estudiado no se podía negar esa relación, aunque en algunos otros las reacciones serológicas eran siempre negativas. Horacio Brindis, *Relación entre la epilepsia y la sífilis. Contribución para su estudio*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1922.

<sup>51</sup> BD-PAPIIT.

<sup>52</sup> Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 23-24.

<sup>53</sup> Ríos Molina, *op. cit.*, p. 44-45.

y del extranjero. Resalta que un número considerable de enfermos de PGP eran españoles y representaban el 10.56% de los ingresos en este periodo, cifra sobresaliente pues en la base general sólo se encontró el 1.29% de enfermos mentales de nacionalidad española durante estos mismos años. También se hallaron alemanes, italianos, franceses y chinos. Asimismo, gran parte de estos paralíticos estaba integrada, como lo muestra el siguiente cuadro, por no pensionistas, seguida de indigentes y pensionistas de segunda.<sup>54</sup> Lo anterior puede indicarnos el estrato socioeconómico de los pacientes paralíticos en estos años.

CUADRO 2  
Categoría de los pacientes con PGP1910-1924  
(porcentaje)

No pensionista	50.0
Indigente	19.0
Pensionista 2a	12.7
Pensionista 1a	8.5
Pensionista 3a	7.0
Reo	2.8
TOTAL GENERAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

Estos catorce años representaron el 20% del total de los ingresos por PGP a La Castañeda. Aunque durante el periodo revolucionario no hubo una incorporación masiva de pacientes a la institución psiquiátrica, la PGP fue una de las patologías más diagnosticadas en ese lugar.<sup>55</sup> Los años en que se presentaron mayores ingresos correspondieron al lapso que va de 1919 a 1923. Si bien durante el año de 1924 se halló una leve reducción en las entradas, según los expedientes clínicos revisados, es al iniciar la década de 1920 cuando se utilizaron con mayor frecuencia la reacción Wassermann y la prueba del líquido cefalorraquídeo

<sup>54</sup> BD-PAPIIT.

<sup>55</sup> Ríos Molina, *op. cit.*, p. 162-164.

para el diagnóstico de la PGP. Por tanto, se puede plantear como hipótesis que con el uso de estas pruebas se procedió a diagnosticar más pacientes con mayor certeza, lo que acrecentó la población de parálíticos, tal y como se observa en la gráfica 1.

La reacción Wasserman, que lleva su nombre en honor de su inventor el científico alemán August Paul von Wassermann (1866-1925), constituía una prueba serológica capaz de diagnosticar la sífilis y era comúnmente utilizada en La Castañeda. Como se mencionó anteriormente, en los expedientes clínicos se introdujeron los resultados de esta reacción a partir de los inicios de la década de 1920. Si bien el manicomio tenía su propio laboratorio, también se realizaron pruebas serológicas a los parálíticos de esta institución en el laboratorio médico del doctor Jesús Arroyo y en el laboratorio médico del doctor Martínez Solís. La prueba arrojaba unos resultados en forma de cruces, así que cuando se hallaban tres cruces (+++) era *positivo intenso*, dos cruces (++) *positivo franco*, una cruz (+) *positivo débil*, una cruz y signo negativo ( $\pm$ ) *dudoso*; finalmente, cuando aparecía un signo negativo (-) era porque el paciente no padecía sífilis. Las pruebas podían realizarse varias veces en el paciente con el objeto de verificar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad con el tratamiento empleado. Ahora bien, cabe resaltar que ésta era una de las particularidades clínicas de la PGP, ya que de las enfermedades mentales era la única que se podía diagnosticar mediante pruebas de laboratorio.<sup>56</sup>

A su vez, el estudio del líquido cefalorraquídeo se imponía en casos de diagnóstico etiológico incierto. José Guadalupe Munguía explicaba en su tesis, publicada en 1920, que existía una infección meníngea desde el principio de la sífilis y eso se había

<sup>56</sup> Sin embargo, los resultados de esta prueba no siempre era acertados. Andrés Ríos argumenta que posiblemente el aumento de sifilíticos pudo obedecer al incremento de la actividad sexual entre soldados y prostitutas sin el control médico que debía aislar a los contagiados, pero también pudo haber un sobrediagnóstico clínico por imprecisiones en la técnica del laboratorio. La elevada cantidad de sifilíticos pudo ser una realidad clínica, una ficción química o un poco de ambas. Véase Ríos Molina, *op. cit.*, p. 168. Especialmente el caso de los cuestionamientos realizados por el médico Edmundo Escobel a la prueba Wassermann, p. 166-168.

demostrado sólo mediante las reacciones del laboratorio, igualmente que el estudio del líquido sub-aracnoideo debía practicarse desde el punto de vista citológico y químico, independientemente de que al mismo tiempo pudieran apreciarse algunos de sus caracteres físicos que, aunque de poco valor, no podían pasar inadvertidos.<sup>57</sup>

Samuel Ramírez Moreno advertía que entre más rápido se realizara el diagnóstico de la PGP habría más posibilidades de mejorar el estado de salud del paciente; por ello era necesario un “diagnóstico preclínico” de la PGP. Él aseguraba que, antes de que se presentaran síntomas de orden nervioso o psíquico, existían, utilizando la prueba del líquido cefalorraquídeo, signos que traducían la invasión del treponema sobre el sistema nervioso. Aseguraba que por casualidad se habían encontrado en individuos aparentemente sanos “tales signos humorales” en este fluido, propios a los señalados en la PGP o en otra forma de neurosífilis durante el periodo de “estado”; estos hallazgos habían servido tanto para diagnosticar oportunamente la enfermedad como para instituir una terapéutica enérgica y apropiada.<sup>58</sup> En definitiva, aunque se privilegiaran los resultados del laboratorio para el diagnóstico de la PGP, el valor de los signos somáticos también era relevante, ya que bajo la observación y la experiencia del especialista se llegaba a determinar que, efectivamente, el paciente padecía la enfermedad.

El ejemplo claro de lo anteriormente descrito fue el caso de un coronel que ingresó a La Castañeda en 1915 con un agudo mutismo, tanto que su esposa fue la que contestó el cuestionario de recepción. Cuando le preguntaron a qué se debía la enfermedad de su esposo, ella respondió que a “una fuerte emoción”. Aunque no tenía antecedentes de enfermedades venéreas, su

<sup>57</sup> José Guadalupe Munguía, *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la neurosífilis, especialmente de la tabes y la parálisis general*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1920, p. 17.

<sup>58</sup> Samuel Ramírez Moreno, “El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 6, 1935, p. 6.

padre, también militar, fue un suicida. En la historia clínica se encontró con que:

El enfermo se encuentra en la actualidad en un estado de depresión completa. No habla y por eso no se llena el interrogatorio. Por lo que dijera sería por lo que dice su esposa. Dicha señora refiere que hace año y medio poco más o menos, empezó a tener su esposo alteraciones en las piernas, y que su estado mental se descompuso desde que lo pusieron preso en la Decena Trágica. Y que tuvo principalmente delirio de persecución y un estado maniaco acentuado. Tenía disartria y su escritura era con líneas en zigzag, faltando sílabas. Tenía frecuentes tachaduras.<sup>59</sup>

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

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

En una sola aplicación, puede hacer desaparecer una de las enfermedades que causan la desgracia de la especie humana y cuyos estragos no solamente se hacen sentir en el individuo enfermo, sino en la especie, siendo capaces de sembrar desunión y la desgracia de familias que no merecían haberla sufrido. Se trata del remedio marcado con el número 606 y descubierto por Ehrlich.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 57, exp. 3779.

<sup>60</sup> Fernando Liceaga, “El núm. 606”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. v, 1910, p. 505. Cabe resaltar que el invento

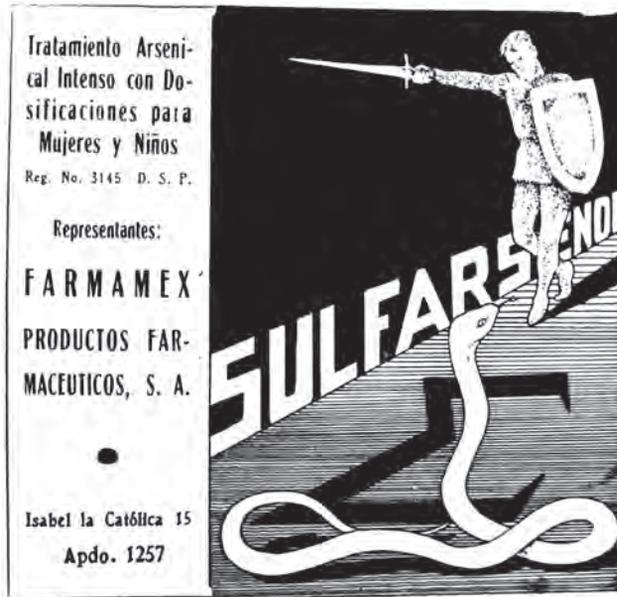


Figura 4. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. IV, n. 21, 1937, p. 43

Unos cuantos años más tarde de la llegada del 606 se introdujo una versión mejorada, el Neosalvarsán 914, que era más soluble y eficaz. Estos medicamentos, sin duda, marcaron una nueva etapa en el tratamiento de la sífilis, el cual, anteriormente, se constituía a base de mercurio.<sup>61</sup> Con la indudable aceptación de que la PGP se debía a un estado terciario de la sífilis, el tratamiento se dirigió a atacar el treponema sifilítico del enfermo. Así pues, se establecieron en el manicomio varios métodos de aplicación del medicamento. El primero y el más común era denominado de Swift y Ellis, que consistía en extraer, 60 minutos después de una inyección de Salvarsán, 40 c. c. de sangre que se dejaba coagular y se centrifugaba con el fin de separar los glóbulos rojos.

de Ehrlich significó el inicio de la quimioterapia como terapéutica médica para diversas enfermedades, principalmente el cáncer.

<sup>61</sup> El texto de Estrada Urroz, *op. cit.*, describe cómo fueron la introducción y las primeras aplicaciones del 606 en México.

Después se guardaba el líquido en un refrigerador durante 24 horas y al cabo de este tiempo se diluía en suero fisiológico de modo que quedara al 40%: 12 c. c. de suero y 18 de agua salada. Finalmente, se calentaba a 56 grados centígrados durante media hora. De esta manera quedaba preparada la inyección y se introducía mediante una aguja en la cavidad subaracnoidea del enfermo. Las inyecciones se practicaban cada ocho días y, si el paciente había resistido bien, se aumentaba la concentración del suero.<sup>62</sup>

Otro método era el de Barbat. Consistía en introducir el Salvársán mediante inyección intravenosa e inmediatamente después se realizaba una punción intrarraquídea para sacar líquido. Con este procedimiento se hacía una especie de vacío en el canal raquídeo, provocando una vasodilatación de los capilares meníngeos que facilitaba el paso del arsénico al líquido, aunque también se atribuían los buenos resultados del método al paso de anticuerpos, debido a que disminuía la presión del líquido cefalorraquídeo. El de Ravaut y Mac Bride consistía en preparar soluciones de arsénico el primero y bicloruro de mercurio el segundo, mezclándolas directamente con el líquido cefalorraquídeo que inyectaban de inmediato y en cantidades proporcionales según la susceptibilidad de los enfermos. Finalmente, en el método de Byrnes se usaba el bicloruro de mercurio, agregándosele al suero del mismo enfermo en la proporción de un miligramo o más, según la susceptibilidad del paciente. Después se inyectaba en el canal raquídeo.<sup>63</sup>

En definitiva, la PGP fue una enfermedad mental que se caracterizó por ser diagnosticable mediante pruebas serológicas y tratable por medio de medicamentos. Asimismo, fue una enfermedad que estuvo presente desde que inició labores La Castañeda, teniendo un gran impacto en los años finales de la Revolución y comienzos de la década de 1920. Los militares se convirtieron en uno de los grupos más representativos debido a que eran considerados clientes asiduos de las prostitutas. Además, el movimiento de tropas durante el conflicto bélico coadyuvó a una

<sup>62</sup> Munguía, *op. cit.*, p. 29-30.

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 31.

**ARSENOTERAPIA DE LA PARÁLISIS GENERAL**

# Stovarsol Sódico

4-oxi-3-acetilamino-fenil-1-arsinato de sodio

**TRATAMIENTO EFICAZ**  
en un porcentaje elevado de casos,  
incluso avanzados

**Inyecciones sub-cutáneas ó  
intramusculares indoloras**

**Posibilidad de asociación con la  
Piroterapia por el Dmelcos**

Ampollas dosificadas a 0 gr. 50, 1 gr.

N.º 4126 D. S. P.

Société Parisienne d'Expansion Chimique  
**SPECIA**  
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"  
21, Rue Jean-Goujon — PARIS (8<sup>e</sup>)

Figura 5. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 16, 1934, p. 15

propagación de la infección sífilítica. No obstante, fue durante el siguiente periodo que se encontró la mayor cantidad de ingresos de pacientes parálíticos en La Castañeda, enfermos que posiblemente adquirieron la sífilis durante el periodo revolucionario.

Anteriormente se citaba a Manteca Parra cuando explicaba que los militares, los comerciantes y los empleados fueron los oficios de los pacientes más propensos a adquirir la PGP. Aunque los comerciantes y los individuos de otras diversas ocupaciones fueron quienes tuvieron los mayores índices de ingreso, cabe resaltar que los militares constituyeron un grupo ocupacional definido y los otros se podrían asociar con cualquier cantidad de

oficios. Como quiera que sea, los militares ocuparon durante este periodo el 8% del total de los ingresos por PGP.<sup>64</sup>

No es extraño, entonces, que durante este periodo el mayor ingreso de militares se realizara en los momentos finales de la Revolución y principios de la década de 1920, ocupando el 31.69% del total de ingresos de este gremio, ya que, como se ha descrito anteriormente, la PGP se manifestaba a partir de 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica; ello pudo ser, entre otras cosas, una de las razones por las cuales hubo un numeroso ingreso de estos pacientes en el periodo que comprende los años entre 1925 a 1946.

b) 1925-1946: del “experimento” a la penicilina. Según la gráfica 1, este periodo fue el de más enfermos que se presentaron en La Castañeda, alcanzando el 62%. En este momento se encuentran los años con mayores ingresos: 1926, 1934 y 1936. En sólo tres años entró el 14% de los pacientes paralíticos que ingresaría en los 58 años de funcionamiento del manicomio. Se ha marcado esta temporalidad debido a que fue a partir de 1925 que se registró un incremento de pacientes paralíticos en La Castañeda y es 1946 el último año de un ingreso considerable; a partir de 1947 las cifras tendieron a bajar.<sup>65</sup>

Durante este periodo los paralíticos fueron en su mayoría mexicanos: 91.84%. No se registró su domicilio en el 4% y el resto se dividió entre algunos españoles que, a diferencia del periodo anterior, sólo registró el 1.59%, además de alemanes, chinos, húngaros, polacos, japoneses, etcétera. Como puede observarse en el siguiente cuadro, la categoría indigente —que fue una de las que más números registró en el periodo anterior— desapareció, pero la figura de no pensionista continuó siendo la que más registros conservó. Del mismo modo, se encontraron algunos pacientes “distinguidos” que, aunque pocos y sumados a los pensionistas, indican que entre los enfermos mentales por sífilis se hallaban personas de los altos estratos sociales.<sup>66</sup>

<sup>64</sup> BD-PAPIIT.

<sup>65</sup> BD-PAPIIT.

<sup>66</sup> BD-PAPIIT.

CUADRO 3  
Categoría de los pacientes con PGP, 1925-1946  
(porcentaje)

No pensionista	83.4
Pensionista 3a	4.5
Pensionista 2a	3.9
Pensionista 1a	3.0
Pensionista	2.0
Reo	2.0
Distinguido	1.0
Pensionista exceptuado	0.2
TOTAL GENERAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

Cabe resaltar la diversidad de oficios que tenían estos enfermos. Los oficios como albañil, agente postal, arriero, artesano, carnicero, cargador, etcétera, han sido reunidos en un solo grupo denominado “diversos oficios” que ocupó el 53.29%. Las amas de casa fueron el 9.30%, los comerciantes el 8.16% y los militares el 7%. Se reunieron otros oficios en “profesionales”, donde tuvieron cabida arquitectos, abogados, médicos y hasta un senador. Ellos ocuparon un 3.63%.<sup>67</sup>

Ahora bien, ¿a qué se debió el importante ingreso de pacientes con PGP a La Castañeda durante estos años? Una hipótesis puede ser el desplazamiento poblacional originado en este periodo y que conllevó una expansión demográfica en la ciudad, lo que pudo traer como consecuencia un incremento en la densidad poblacional del manicomio. Ejemplo de ello es que las cifras de parálíticos que nacieron en otros estados ascendieron al 67.11%, mientras que del Distrito Federal fue un 23.81%, y no se registró un 8.62%. No obstante, la mayoría de estas personas residía en el Distrito Federal con un 78.23%; no se registró un 5% y en otros

<sup>67</sup> BD-PAPIIT.

estados el 16.55%.<sup>68</sup> Por otro lado, este aumento constante en la población citadina trajo consigo problemas sociales que de alguna forma pudieron contribuir al incremento en los índices de infectados con sífilis, por ejemplo la prostitución.<sup>69</sup>

En 1927 el Jefe del Departamento de Salubridad Pública, Bernardo Gastélum (1886-1981), aseguró que el 50% de la población mexicana padecía de sífilis y que en la población nacional había un 60% de contagiados: una cantidad bastante exagerada. Sin embargo, este médico mencionó dichas cifras con la intención de impulsar la mayor iniciativa para el control de las enfermedades venéreas en México durante la primera mitad del siglo XX: la Campaña Nacional Antivenérea.<sup>70</sup>

Esta campaña, la cual dependió del Departamento de Salubridad Pública, fue una cruzada propagandística cuyo objetivo era educar tanto a los hombres como a las mujeres de la ciudad de México sobre las enfermedades de transmisión sexual. También se distribuyeron alrededor de 630 000 panfletos acerca de la sífilis y 430 000 sobre la gonorrea.<sup>71</sup> La campaña de educación higiénica antivenérea se basó principalmente en la presentación de conferencias sobre la profilaxis de la sífilis, sus consecuencias y, sobre todo, las formas existentes para evitarla.<sup>72</sup> Es decir, la institución creó un aparato propagandístico con el fin de “educar” o concientizar a la población de los riesgos de adquirir la sífilis, dentro del cual el cine fue una importante herramienta de divulgación, principalmente con las películas *The*

<sup>68</sup> BD-PAPIIT.

<sup>69</sup> Rodrigo Meneses explica el proceso de control médico que debían llevar las prostitutas con el fin de descartar las enfermedades venéreas para poder continuar ejerciendo su oficio. Además explica, de manera detallada, la zonificación que se creó en la ciudad para el ejercicio de la prostitución a partir del nuevo Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución en el Distrito Federal. Véase Meneses, *op. cit.*, p. 207-208.

<sup>70</sup> María Rosa Gudiño Cejudo, *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960, del papel a la pantalla grande*, tesis de doctorado, Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 10. En esta tesis se encuentra, de manera muy clara, la información sobre los medios propagandísticos que dispuso la campaña, principalmente en el cine, como medio de difusión para la concientización del público en general.

<sup>71</sup> Bliss, *op. cit.*, p. 102-103.

<sup>72</sup> Gudiño, *op. cit.*, p. 144.

*End of the Road y Listos para vencer.*<sup>73</sup> Por otro lado, también se observó que el control de la enfermedad ya no se basó en reprimir o contener la prostitución: la campaña se dirigió hacia el público en general.

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

I. Someterse al cuidado de un médico, ya sea particular o de un dispensario antivenéreo, tan pronto como sospeche que se encuentra enfermo de algún mal venéreo.

II. Proporcionar al médico todos los datos que se le pidan.

<sup>73</sup> *Ibidem*, p. 18. La implementación de medios de difusión para la concientización de la población en general sobre los riesgos de las enfermedades no fue una cuestión nueva en el México posrevolucionario. Ésta se diseñó y se volvió masiva en algunos países europeos en el periodo de entreguerras. Para el caso español, véanse Ramón Castejón, Enrique Perdiguero y Rosa Ballester, “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección materno-infantil (1900-50)”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XIII, n. 2, 2006; Castejón Bolea, “Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX”, *Hispania*, Madrid, t. LXIV, v. III, n. 218, 2004; Josep Lluís Barona y Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universidad de Valencia, 2008.

III. En caso de que el enfermo cambie de facultativo, deberá presentar al que lo atendía constancia de que está al cuidado de otro y cumplir con éste las obligaciones del artículo 4.

IV. No abandonar el tratamiento mientras no posea constancia de no constituir peligro para la sociedad.

Art. 6. Cuando alguien padezca una enfermedad venérea en periodo infectante y que por el trabajo a que se dedique constituya un vehículo de contagio, suspenderá su actividad hasta que sea dado de alta conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente. En caso de que a juicio del Departamento de Salubridad proceda el aislamiento, se ordenará la hospitalización.

Art.7. Las altas serán expedidas únicamente por médicos con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública y por los directores de los dispensarios y hospitales, en sus respectivos casos, cuando el periodo infectante haya desaparecido.<sup>74</sup>

Los otros capítulos se definían así: el IV se refería a las obligaciones de los dispensarios y de los hospitales; el V acerca del contagio nutricional; el VI a lo concerniente al certificado prenupcial; el VII mencionaba las estadísticas y estudios sociales que organizaba el Departamento de Salubridad Pública. Finalmente, el VIII advertía que cualquier violación a este reglamento, que no se considerara un delito, se castigaría administrativamente con multa de 5 000 pesos, según el daño causado o el peligro a que se hubiera expuesto a una persona a juicio de las autoridades.<sup>75</sup>

No se ha hallado información acerca de que la campaña tuviera que ver con los ingresos de pacientes a La Castañeda, pues su objetivo principal era “impedir la propagación de la sífilis, extinguiendo rápidamente la contagiosidad de las lesiones y suprimir la recidivas, que agravan considerablemente la enfermedad”; lo que sí se ha comprobado fue su influencia en el aspecto terapéutico en la institución psiquiátrica.<sup>76</sup> Al parecer, la campaña quería mantener al

<sup>74</sup> Fondo Documental Edmundo Buentello, Biblioteca Instituto de Investigaciones Históricas (IIH), t. IV, f. 469.

<sup>75</sup> Para la década de 1950, el reglamento de la campaña no se había cambiado considerablemente, salvo que su dependencia ya no era el Departamento de Salubridad Pública sino la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

<sup>76</sup> El doctor Juan L. Soto, jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas en el Distrito Federal, aseguraba en 1938 que, en los dispensarios dependientes de la campaña, los tratamientos específicos en uso podrían adaptarse a

tanto sobre la medicación e innovación del tratamiento de sífilis a los responsables del manicomio. Por ejemplo, se encontró una carta del jefe de La Campaña Nacional Antivenérea enviada al director del manicomio, fechada el 6 de marzo de 1952, indicando:

En contestación a su atento oficio #468, de fecha de 22 del mes próximo pasado, en paquete anexo me permito enviarle un ejemplar del boletín epidemiológico que corresponde a los números 5 y 6 y que abarcan los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 1950, y en el cual encontrará usted los esquemas de tratamiento en relación con la sífilis y que según su solicitud le interesa a usted conocer a fin de normar la conducta que se sigue en los tratamientos que se efectúan en ese frenocomio de su merecido cargo, también me permito enviarle dos ejemplares del manual para médicos relativo al diagnóstico y tratamiento de la sífilis.<sup>77</sup>

Estos manuales eran una especie de cartilla dirigida a los médicos, pues contenían los nuevos avances en tratamientos y terapéuticas, además de diversas formas de prevención de la sífilis. Durante el inicio de esta temporalidad, los tratamientos contra la PGP cambiaron sustancialmente y, aunque algunos seguían siendo a base de arsenicales, fue durante la década de 1920 cuando se introdujeron nuevas terapéuticas médicas para combatir la PGP.<sup>78</sup>

los tipos de enfermos que más frecuentemente llegaban en demanda de atención y que podrían ser clasificados desde el punto de vista práctico. Éstos eran: 1. Enfermos de sífilis reciente, portadores de lesiones de extrema virulencia y poder contagioso (periodos primario y secundario). 2. Mujeres embarazadas sífilíticas. 3. Niños heredo-luéticos con manifestaciones generales, cutáneas o viscerales. 4. Enfermos de sífilis con accidentes cutáneos terciarios y manifestaciones generales, así como signos viscerales, cuya existencia simultánea es frecuente. 5. Enfermos de sífilis con manifestaciones clínicas, pero con reacción de Wassermann positiva. Juan L. Soto, "Adaptación del tratamiento antisifilítico a los tipos de enfermos de los Servicios Antivenéreos. Necesidad de la unificación de los tratamientos. Esquemas destinados a facilitar su aplicación", *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. I, n. 2, 1938, p. 52-53.

<sup>77</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 43.

<sup>78</sup> Samuel Ramírez Moreno, "Tratamiento de la parálisis general progresiva", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LIX, n. 5, 1928, p. 252-331. Este valioso texto describe lo que hasta el final de la década de 1920 eran los tratamientos contra la PGP. La malarioterapia y, en general, las piritoterapias empezaron a ubicarse como tratamientos hegemónicos; no obstante, los arsenicales y mercuriales se seguían usando comúnmente.

Según Ramírez Moreno, el tratamiento de la sífilis por malarioterapia se implantó en México en el Sanatorio “Dr. Rafael Lavista” en 1921.<sup>79</sup> La malarioterapia o paludoterapia era un procedimiento que se basaba en inocular de paludismo al paciente paralítico con el fin de generar una fiebre “benigna” y así atacar el treponema sífilítico.<sup>80</sup> De acuerdo con Olga Villasante, la historia del tratamiento de la PGP puede dividirse en tres épocas: la de la quimioterapia específica (arsenicales), la de la malarioterapia y la de la penicilina.<sup>81</sup>

En un artículo publicado en *La Gaceta Médica de México*, en 1937, Ramírez Moreno aseveró que la malarioterapia, hasta ese momento, era el tratamiento por excelencia para combatir la PGP. De acuerdo con él, este procedimiento había hecho cambiar en el transcurso de los últimos veinte años las ideas que se tenían sobre la enfermedad, ya que la noción de que podía ser mejorada o curada se había impuesto, tanto que hasta los más pesimistas reconocían el beneficio del tratamiento.<sup>82</sup> Cabe resaltar que durante estos años este médico era la autoridad en el estudio de las neurosífilis, especialmente de la PGP, en México:

Inoculación de paludismo, y durante el periodo de incubación, de seis a quince días, preparo al enfermo mediante alimentación nutritiva y medicación estimulante, para cuando lleguen los accesos maláricos. Éstos procuro que no sean en número menor de diez y, si es posible, más, contando como útiles los de temperaturas que alcancen los 40 grados, siempre de acuerdo a la resistencia y tolerancia de cada enfermo. [...] En el momento en que ya el paciente da muestras de agotamiento se corta el paludismo y se le deja varios días a que se reponga, pero inyectándolo con bismuto, que en muchos casos se aplica antes y durante la fiebre.<sup>83</sup>

<sup>79</sup> Samuel Ramírez Moreno, “La asistencia psiquiátrica en México”, en *Memoorias del Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en París*, México, 1950, p. 57.

<sup>80</sup> Este procedimiento terapéutico fue ingeniado por el austriaco Wagner von Jauregg (1857-1940), lo que le representó el Premio Nobel de Medicina 1927.

<sup>81</sup> Villasante, “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, p. 180.

<sup>82</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVII, n. 3, 1937, p. 229.

<sup>83</sup> *Ibidem*, p. 237.



Figura 6. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 16, 1936

Los resultados de ser favorables, afirmaba este médico, se observaban casi siempre antes de la tercera semana; si ello ocurría se verificaban por medio del líquido cefalorraquídeo. Asimismo, explicaba que en sus observaciones clínicas los medicamentos específicos, es decir los arsenicales, no curaban la PGP, e inclusive su empleo podría resultar mucho más peligroso al favorecer las localizaciones nerviosas del treponema. Por todo esto se enorgullecía de no usarlos como terapéutica definida y de haber sido de los primeros médicos en México en combatir su uso en los parálisis.<sup>84</sup> Sin embargo, nada indica que éstos se dejaran de usar en La Castañeda, ya que uno de los medicamentos más solicitados por los directores de los pabellones fue el Neosalvarsán.

Por ejemplo, durante 1932, Manuel Guevara Oropeza, quien ocupaba el cargo de director del manicomio, envió una misiva a todos los directores de los pabellones solicitando que le enviaran

<sup>84</sup> *Ibidem*, p. 234-235.

las listas de los medicamentos que necesitaban para el tratamiento de los asilados.<sup>85</sup> Así pues, los directores de los pabellones de Agitadas, Agitados y Epilépticos pidieron varias dosis de bismuto, mercuriales y arsenicales, estos últimos bajo la forma de Neosalvarsán. Mientras, en el Pabellón de Neurosifilíticos se solicitaron Bismuthoidol, Triparsemida (arsénico) y Dmelcos (vacuna anti-chancrosa), entre otros.<sup>86</sup>

La terapéutica indicada por Ramírez Moreno para el tratamiento de la PGP fue principalmente la paludoterapia, la cual, a juicio de él, se debía intentar siempre con todo enfermo de PGP. La electropirexia, que se debía realizar como sustitutivo de la malaria, constituía en elevar la temperatura del paciente por medio de ondas eléctricas; el Dmelcos y los bismutados servían como apoyo a los anteriores tratamientos.<sup>87</sup>

Patricia Guadalupe Alfaro indica que el tratamiento a los paralíticos por medio de malarioterapia en el manicomio tuvo como aliado, en la década de 1940, al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). En 1944, el Manicomio General y el ISET firmaron los primeros convenios formales para el traslado de pacientes; sin embargo ello tuvo sus inconvenientes, ya que muchos de esos enfermos se fugaban del instituto. A su vez, esta autora explica que gran parte de los enfermos enviados del manicomio al ISET eran no pensionistas, indicio de que asistían a las terapias por imposición, mientras que aquellos que tenían derechos, porque pagaban su alojamiento, se negaban a asistir.<sup>88</sup>

Además de las anteriores terapéuticas se usaron —o intentaron emplear en La Castañeda— otros medicamentos. La tesis para optar al título de médico presentada por Manuel Camelo, en donde agradecía a Samuel Ramírez Moreno por haberle permitido “practicar sus observaciones” en el Manicomio La Castañeda, describió la utilización del azufre sublimado o flor de azufre para el tratamiento de la PGP. La ventaja que tenía este compuesto,

<sup>85</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 6, exp. 2, f. 13.

<sup>86</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 6, exp. 2, f. 19-22.

<sup>87</sup> Ramírez Moreno, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva”, *op. cit.*, p. 236-237.

<sup>88</sup> Patricia Alfaro, *op. cit.*, p. 75.

según Camelo, era que generaba un incremento de la temperatura del paralítico; además era de fácil adquisición por las características geológicas en que se encuentra la ciudad de México y por el bajo costo que supondría usarlo, pues se utilizaba en una suspensión en aceite de oliva en la proporción de 5%. Este médico aseguraba que era preferible preparar la suspensión en pequeñas cantidades, de acuerdo con el número de pacientes tratados, ya que con el tiempo el aceite adquiriría color moreno y la homogeneización era más difícil. El modo de aplicación era por vía intramuscular profunda, preferiblemente en la región glútea. Después de la aplicación, era frecuente observar la exacerbación de los síntomas mentales de estos enfermos, en forma de insomnio, ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicomotriz, etcétera, pero cuando se restablecía la regularidad térmica desaparecían todos los síntomas antes mencionados, notándose solamente en ocasiones una ligera palidez de la cara y un poco de agotamiento.<sup>89</sup>

Asimismo, hubo pugnas entre los médicos por el tratamiento de los neurosifilíticos. Por ejemplo, en 1935, Alfonso Millán, quien fungía como director del Manicomio La Castañeda, redactó una carta con el objetivo de protestar por un artículo publicado en un periódico local, cuya autoría correspondió al médico Donato Pérez García. El señor Pérez indicaba en dicho artículo que la insulina era el medicamento esencial para el tratamiento de esta enfermedad.<sup>90</sup> Lo siguiente hizo parte del texto redactado por Millán:

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

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

Desde hace seis años, es decir, mucho antes de que el señor doctor Pérez García “descubriera” el uso de la insulina, en el manicomio general se utiliza como elemento auxiliar en el tratamiento de los

<sup>89</sup> Manuel Camelo, *El azufre en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 12-18.

<sup>90</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 1-2.

padecimientos neurosifilíticos. Los médicos correspondientes de dicho establecimiento, que tampoco “inventaron” el procedimiento, lo han experimentado en todas las formas, por todas las vías y a las dosis más grandes, disponiendo de observaciones científicas de todo género.<sup>91</sup>

Millán continuaba con la misiva explicando que con los trabajos realizados por médicos locales y extranjeros, los cuales se llevaron a cabo con todo el “rigor científico”, no se podía autorizar la idea de que la insulina pudiera constituir un “sistema especial de tratamiento ni menos una doctrina o procedimiento que pudiera reivindicarse como personal”. Sobre todo, aseguraba que nunca podría demostrarse que este medicamento por sí solo o asociado a otros tratamientos permitiera una curación de los padecimientos neurosifilíticos. La carta finalizaba invitando al señor Pérez a exponer sus resultados en las asociaciones científicas locales, con el fin de no aumentar el “ya copioso bagaje del empirismo, de los que proclaman curar la sífilis sin inyecciones, la tuberculosis, etc., en un medio tan azotado como el nuestro por la credulidad y la ignorancia”.<sup>92</sup>

Al parecer este altercado cobró más importancia con el paso del tiempo, ya que el señor Pérez García realizó en 1939 una prueba experimental del uso de la insulina en dos enfermos del manicomio. Se escogieron los médicos Leopoldo Salazar Viniegra, quien en ese momento ostentaba el cargo de director de La Castañeda, Mario Fuentes Delgado y Luis Pizarro, para calificar dicho proyecto.<sup>93</sup> No obstante, por motivos de fuerza mayor, Alfonso Millán sustituyó a Salazar Viniegra.<sup>94</sup> Este experimento causó gran impacto, ya que el mismo jefe de la Campaña Nacional Antivenérea, el señor Alfonso Alarcón, escribió al manicomio, solicitando la información posible sobre los procedimientos del señor Pérez García.<sup>95</sup>

La respuesta de Alfonso Millán fue contundente. Aparte de rechazar el tratamiento por insulina, atacó el procedimiento

<sup>91</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 2.

<sup>92</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 2-3.

<sup>93</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 1.

<sup>94</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 10.

<sup>95</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 17.

de Pérez García alegando que la elección de los dos enfermos fue al azar, procediendo sin ningún plan científico de trabajo, sin una selección clínica de los enfermos. En resumen, indicaba Millán, “el doctor Pérez García manifestó, tanto en su forma de trabajar como en la rapidez con que desea que se dictamine, una completa ignorancia de nuestra especialidad y una precipitación que producen una lamentable impresión de poca seriedad y de ligereza”.<sup>96</sup> Ejemplo de lo anteriormente explicado fue que uno de los pacientes fue diagnosticado en el momento de su ingreso con “parálisis general juvenil”, pero desde ese momento se trató de un caso dudoso; sin embargo, el médico Pérez García no vaciló en tratarlo como si fuera un paralítico. Al final el diagnóstico fue de postencefalitis, sin ningún rastro de neurosífilis. Ambos enfermos murieron.

El texto terminaba como el de cuatro años antes, invitando al señor Pérez García a exponer en un lugar adecuado sus observaciones médicas, “ya que dicho doctor rehúye sistemáticamente presentarse ante nosotros, sea en la Academia Nacional de Medicina, sea en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de México, y se limita a dar a la publicidad en los grandes diarios, noticias sobre su ‘descubrimiento’”.<sup>97</sup>

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

Sin embargo, el mayor acontecimiento de este periodo en relación con el campo psiquiátrico de la neurosífilis fue la llegada

<sup>96</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 19.

<sup>97</sup> *Idem.*

de la penicilina como agente terapéutico.<sup>98</sup> En 1944 se realizó en Saint Louis, Missouri, la Convención sobre Penicilina en la cual hizo presencia el reconocido psiquiatra mexicano Manuel Guevara Oropeza. Este médico advertía que después de sus observaciones en los hospitales de Chicago y Nueva York, y luego de escuchar el informe del delegado de la Universidad de Nueva York en dicha convención, se considerara a la penicilina en el tratamiento de la sífilis en La Castañeda, particularmente en los casos rebeldes a otras curas, así como cuando el paciente no tolerara el tratamiento específico y, finalmente, previa selección de pacientes a los que se les hubiera comprobado sífilis activa del sistema nervioso.<sup>99</sup> El 19 de diciembre de ese mismo año se aprobó por parte de la Junta del Consejo Psiquiátrico, dirigida por el doctor Edmundo Buentello, el tratamiento por medio de la penicilina a los pacientes neurolúcticos bajo las siguientes condiciones:

1. Comprobar en recientes análisis que la neurolúes es activa en el líquido cefaloraquídeo, por lo que deberá enviarse el original firmado por el laboratorista responsable.

<sup>98</sup> Alexander Fleming (1881-1955) descubrió en 1928 el uso antibiótico de la penicilina. No obstante, no fue sino hasta la década de 1940 que se usó como tratamiento para la sífilis. Para una historia general de la penicilina, véanse Robert Bud, *Penicillin. Triumph and tragedy*, New York, Oxford University Press, 2007; Rosenda Aguilar Aguilar, “Los albores de la penicilina en México”, *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, México, n. 62, 2015, p. 242-270. Un texto que explica cómo se llevó a cabo la introducción de la penicilina en La Castañeda es el de María Blanca Ramos de Viesca, “La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXII, n. 6, 1999, p. 37-41. Sobre la historia de la penicilina en España y Chile, véanse J. González y A. Orero, “La penicilina llega a España: 10 de marzo de 1944, una fecha histórica”, *Revista Española de Quimioterapia*, Madrid, v. XX, n. 4, 2007, p. 446-450; Ana Romero de Pablos, “Regulation and the circulation of knowledge: penicillin patents in Spain”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 31, n. 2, 2011, p. 363-383; Walter Ledermann, “La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, v. XXIII, n. 2, 2006, p. 172-176; Cecilia Ibarra y Mirtha Parada, “Producción de penicilina en Chile entre 1944 y 1954”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, Santiago, v. XXXII, n. 1, 2015, p. 88-96.

<sup>99</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 1.

2. Comprobar que el paciente ha sido infructuosamente tratado por malaria o electropirexia, o que las condiciones orgánicas del enfermo no lo han permitido. Este requisito queda sujeto a investigación por parte del consejo psiquiátrico.

3. Que se envíe la historia clínica completa del enfermo, escrita en máquina y firmada por el médico tratante.

4. El consejo, al resolver cada solicitud de las que sean enviadas para trámite, contestará por riguroso turno.

5. Que se somete el tratamiento por penicilina en neuroluéticos al control que la Secretaría de Salubridad y Asistencia fija en cada caso.<sup>100</sup>

Además se definió, por instrucciones de la Dirección General de Asistencia y del Departamento Médico, que las aplicaciones de penicilina para neurosifilíticos e indigentes fueran gratuitas y para los asilados pensionistas de cualquier categoría debían ser sufragadas por su familia.<sup>101</sup> Posteriormente, en marzo de 1945, se creó la Comisión para el Estudio e Investigaciones del Uso de la Penicilina en el Manicomio General. Dicha comisión experimental fue conformada por los doctores Leopoldo Salazar Viniegra, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropeza y Edmundo Buentello.<sup>102</sup>

Así pues, durante el mes de septiembre de ese año se enviaron a la comisión los expedientes clínicos con el fin de solicitar la penicilina para el tratamiento de algunos enfermos neurosifilíticos en La Castañeda. Generalmente se solicitaban 4 millones de unidades por tratamiento. Sin embargo, frente a la creciente demanda del antibiótico y por tener pacientes que requerían tratamiento con urgencia, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fungía como director de La Castañeda, además de formar parte de la comisión, solicitaba que se instaurara un cuadro básico de penicilina en La Castañeda, siendo la cantidad mínima de doscientos 50 millones de unidades.<sup>103</sup> Por tanto se anularon las solicitudes individuales de medicamentos, de modo que Salazar Viniegra instó a los diferentes directores de los pabellones para

<sup>100</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 24.

<sup>101</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 19.

<sup>102</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 16.

<sup>103</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 8.

que solicitaran la cantidad necesaria del antibiótico para su uso en cada pabellón.<sup>104</sup>

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

c) 1947-1968: *la llegada de una terapéutica efectiva*. De acuerdo con la gráfica 1, a partir de 1947 las cifras de ingresos de pacientes con PGP presentaron un notable descenso hasta la clausura de la institución psiquiátrica en 1968. Durante esos 21 años se registró el 17.77% de los ingresos de pacientes paralíticos en los 58 años de actividades de La Castañeda.<sup>105</sup> Ahora bien, este periodo inició con dos noticias significativas para el tratamiento de los paralíticos generales. La primera fue la llegada de la penicilina como medicamento esencial, supliendo gran parte de las terapéuticas arriba mencionadas, y la segunda fue la clausura, en 1950, del Pabellón de Neurosifilíticos.

El Pabellón de Neurosifilíticos, como se explicó anteriormente, fue fundado bajo las gestiones del doctor Samuel Ramírez Moreno

<sup>104</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 13.

<sup>105</sup> BD-PAPIIT.

en 1922, subrayando la importancia que adquirió paulatinamente esta enfermedad en la ciencia psiquiátrica mexicana. Sin embargo se clausuró a finales de 1950, quedando circunscrita la especialidad de neurosífilis al Pabellón de Observación; el espacio físico que ocupaba en el manicomio, el cual sería considerado de planta alta, quedaría a cargo de los médicos del pabellón clausurado. Los enfermos que se encontraban en el Pabellón de Neurosífilis, por la antigüedad de su padecimiento o por haber terminado el tratamiento médico y haber sido negativas sus reacciones y sólo presentarían cuadros psicóticos de diversas formas, fueron trasladados a diversos pabellones de La Castañeda.<sup>106</sup>

Ocho años más tarde, la distribución de algunos pacientes neurosífilíticos en La Castañeda observaba la siguiente forma. Eutimio Calzado Buentello, médico encargado del Pabellón de Epilépticos, indicaba que en dicho lugar se encontraban 11 pacientes.<sup>107</sup> En el Pabellón de Pensionistas de 2a. clase había 7.<sup>108</sup> En el Pabellón de Cirugía estaban 8.<sup>109</sup> La doctora Andaluz Carmona afirmaba que en el pabellón de Psiquiatría Infantil se encontraban 6 enfermos neurosífilíticos. Mario Fuentes, jefe del Pabellón de Observación, aseguraba que allí se hallaban 3 enfermas. Javier Garcíadiego, jefe del Pabellón Bernardino Álvarez, aseveraba que allí había 27 pacientes; en el Pabellón de Tranquilas 1a., 17 mujeres neurosífilíticas; en el Pabellón de Trabajadores B, 14, y en el de Oligofrénicas, 1.<sup>110</sup> En conclusión, el director de La Castañeda, José Luis Patiño Rojas, certificaba que, de los 3 007 enfermos que había en el manicomio en 1958, 164 eran considerados como neurolúeticos,<sup>111</sup> es decir, el 5.45%.

Casi 10 años después las cifras bajaron considerablemente de 5.45% a 2.3%.<sup>112</sup> Según Héctor Cabildo Arellano, subdirector de

<sup>106</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 12, exp. 2, f. 2.

<sup>107</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 50.

<sup>108</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 52.

<sup>109</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 55.

<sup>110</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 56-62.

<sup>111</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 64.

<sup>112</sup> Héctor M. Cabildo Arellano, "Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México", *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. IX, n. 4, 1967, p. 505.

Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, esta reducción fue posible debido a la utilización del antibiótico en el tratamiento de la sífilis: “esto indudablemente puede representar un reflejo de lo que ocurre en la comunidad, pues la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en este periodo”.<sup>113</sup> Recordemos que a partir de 1945 se inició el tratamiento por medio de la penicilina en los neurosifilíticos de La Castañeda, supliendo las anteriores medidas terapéuticas.

En 1945, Guillermo Calderón Narváez indicó que la acción de la penicilina sobre la sífilis era desconocida, aunque no por eso menos eficaz. Según este médico, algunos galenos aseguraban que dicha acción consistía en modificar el medio que rodeaba los gérmenes en forma tal que a la vez que evitaba la multiplicación de los mismos favorecía que los existentes fueran destruidos por las defensas naturales del organismo. Otros pensaban que su acción se llevaría a cabo en el mero interior del treponema, modificando sus procesos metabólicos e impidiendo su crecimiento y multiplicación. Por último, algunos aseguraban que la penicilina tenía una verdadera acción bactericida. Así pues, aseguraba Calderón Narváez, el tratamiento con este antibiótico debía administrarse en cantidades suficientes para curar al paciente lo más rápidamente posible, ya que de otra manera existía la posibilidad de producir una cepa penicilio-resistente.<sup>114</sup>

Calderón Narváez aseguraba que en enfermos con PGP se observaba mejoría clínica después del tratamiento con penicilina hasta en un 80% de los casos. Las dosis totales que recomendaba eran de 4 a 5 millones de unidades, ya fueran repartidas en dos tratamientos de 2.4 millones cada uno, separados por 120 días de descanso, o bien en un solo tratamiento masivo.<sup>115</sup> El modo de aplicación de la penicilina en los pacientes con PGP era por vía intramuscular sola, intravenosa sola, intravenosa asociada con sustancias como el dehidrocolato de sodio, que aumentaban

<sup>113</sup> *Idem.*

<sup>114</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Penicilina en neurosífilis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, 1945, p. 49.

<sup>115</sup> *Ibidem*, p. 62-64.

la permeabilidad de los tejidos y capilares, intravenosa o intramuscular asociadas a la fiebre artificial, intratecal sola (el medicamento se inyectaba en la parte baja de la espalda mediante la técnica de punción lumbar, dirigiéndolo directamente al líquido cefalorraquídeo), intratecal e intramuscular y, finalmente, intratecal e intravenosa asociadas a la fiebre artificial. Según este médico, en todos los métodos anteriores se reportaron mejoras más o menos acentuadas tanto en la clínica como en el laboratorio.<sup>116</sup>

Aunque en un principio todo era gran expectativa, a finales de la década de 1940 la escasez del antibiótico generó gran angustia entre las autoridades del manicomio. Así, Mario Fuentes, jefe del Pabellón de Neurosífilis para mujeres de La Castañeda, le escribía en 1948 al director del establecimiento que el tratamiento con penicilina se encontraba suspendido desde hacía un mes debido a la falta del medicamento. Asimismo, aseguraba que posiblemente tendrían que volver a la terapéutica por paludismo, la cual habían dejado de lado debido a la introducción del antibiótico.<sup>117</sup> Por su parte, el 30 de noviembre de 1948, Jesús Siordia, subdirector del manicomio, les solicitaba a los jefes de los pabellones que limitaran en lo posible el uso de la penicilina debido a que la cantidad con la que contaban era muy reducida para cubrir las necesidades del mes de diciembre de ese año; por ello sugería limitar este medicamento en los casos de pacientes con neurosífilis a los cuales ya se había tratado con penicilina, dejando así las dosis disponibles para los enfermos más graves.<sup>118</sup> Inclusive, en 1949, el director de La Castañeda, Francisco Núñez Chávez, dirigió una misiva al doctor Guadalupe Vásquez, director del Pabellón de Infecciosos, indicándole que, debido a la escasez de penicilina, sólo la aplicara en casos estrictamente necesarios, anotando el nombre del enfermo y el diagnóstico del padecimiento que se iba a tratar. Igualmente, a los empleados del manicomio que asistían a consultas médicas en la institución

<sup>116</sup> *Ibidem*, p. 58-59.

<sup>117</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 37.

<sup>118</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 35.

psiquiátrica y que requerían penicilina, se les debía negar con el fin de ahorrar el preciado medicamento.<sup>119</sup>

Sin embargo, con el tiempo, la situación mejoró. En 1959, los Laboratorios Scheramex, S. A. de C. V.<sup>120</sup> donaron al manicomio 1 000 frascos ampola de una nueva fórmula de penicilina con el objetivo de experimentar dicho producto.<sup>121</sup> De cualquier manera, la penicilina supuso el final de los padecimientos sífilíticos, principalmente en sus dos primeros estados, lo que conllevó a una extinción gradual de la PGP en La Castañeda, tal y como puede verse en la gráfica 1.

Quince años después de la llegada de la penicilina, el médico Oswaldo Arias aseguraba que con el uso del antibiótico “se abrieron horizontes insospechados. En sólo diez años la penicilina abatió en todos los países la morbilidad de la sífilis, esa pandemia permanente desde hacía cuatrocientos años, a tal grado que hoy, transcurridos quince años, ya es difícil encontrar casos tempranos para enseñanza clínica”.<sup>122</sup>

El optimismo generado por la eliminación de la PGP se manifestó prontamente en La Castañeda. Los médicos indicaban a sus pacientes que esta enfermedad ya no suponía una cronicidad y mortandad asegurada como en los años anteriores, pues existían medios eficaces para combatirla. Así lo ejemplifica el caso de Sara, enferma mental que ingresó a La Castañeda el 21 de julio de 1964, que se presentó en compañía de su hermana con un oficio expedido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el Departamento de Neurocirugía, en que solicitaba su internamiento debido a una “lúes antigua mal tratada”.<sup>123</sup>

Sara nació en Veracruz y fue a la escuela hasta quinto año de primaria, pero después de cumplir siete años su familia se mudó

<sup>119</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 34.

<sup>120</sup> Para una historia de la industria farmacéutica en México, véase Mauricio de María y Campos, “La industria farmacéutica en México”, *Comercio Exterior*, México, v. XXVII, n. 8, 1977, p. 888-912.

<sup>121</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 1.

<sup>122</sup> Oswaldo Arias, “Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXIX, n. 4, 1959, p. 234.

<sup>123</sup> AHSS, FMG, SEC, caja, exp. 57089, f. 2.

a Tampico. Su padre era un hacendado de Veracruz, jugador, quien murió cuando era una niña. Después de haber tenido una decepción amorosa al llegar a la ciudad de México, Sara se inició en la prostitución, actividad en la que adquirió la infección sifilítica.

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

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

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

No obstante, con el ánimo de tranquilizarla, el médico le dijo que numerosos enfermos que padecían sífilis eran curados, a lo que Sara respondió: “ustedes habrán curado la sífilis, pero hay sifilíticos pasados como yo. Ya no hay remedio, solamente uno, la muerte”. En todo momento se sintió indigna por el crimen que señaló haber cometido. Cuando se pedían los resultados del laboratorio decía:

“estoy muy enferma sino va a ver usted el resultado”. Constantemente insistía en que estaba “sifilítica”, “pasada”.<sup>124</sup>

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

### *Consideraciones finales*

En el momento de su clasificación como una entidad nosológica diferente a las demás enfermedades de la mente, la PGP se convirtió en una de las patologías más sobresalientes en la ciencia psiquiátrica de los siglos XIX y XX. Con la certeza de que la PGP era la consecuencia de una inflamación de las meninges cerebrales se abrió la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran un origen orgánico. Con el paso del tiempo, y la expansión del conocimiento, la PGP se hizo más evidente en la literatura médica.

<sup>124</sup> AHSS, FMG, SEC, caja, exp. 57089, f. 29.

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

La PGP fue una enfermedad que tuvo presencia en La Castañeda durante sus 58 años de labores, presentando un notable incremento en las décadas de 1920 y 1930, periodo en que se realizaron mayores investigaciones médico-psiquiátricas locales, las cuales se referían a temas de prevención, diagnóstico y medicación. Al ser una enfermedad originada por la sífilis, era de esperarse que las meretrices tuvieran un ingreso considerable en La Castañeda, pues debido a su oficio eran más vulnerables a adquirir la infección sifilítica. Sin embargo no fue así; las cifras indican que el ingreso por parte de los hombres superaba por mucho al de las mujeres, aunque cabe destacar que las sifilíticas —particularmente las prostitutas— eran atendidas en el Hospital de Morelos. Asimismo, y según la base de datos, se presentaron abogados, médicos, agentes de sanidad, payasos, toreros e incluso



un senador, y ello asociado a los ingresos de pensionistas y distinguidos, lo que sugiere que la sífilis, en este caso en estado terminal, también se manifestaba en personas con niveles socioeconómicos altos. A su vez, durante la primera década hubo un ingreso considerable de extranjeros con PGP, siendo la mayoría españoles; por tanto, la PGP era una enfermedad que no distinguía estratos sociales, nacionalidades ni sexos.

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