

La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950

Resumen: La parálisis general progresiva (PGP), enfermedad mental que se manifestaba en un estado terminal o terciario de la sífilis, originó gran interés en los círculos psiquiátricos antioqueños debido a sus características nosológicas y por su naturaleza sífilítica. A su vez, se diferenciaba de las demás afecciones de la mente, al ser diagnosticada y tratada con medicamentos. Este artículo aborda la definición de la PGP, su diagnóstico y los tratamientos brindados en el Manicomio Departamental de Antioquia a los pacientes con esta enfermedad, desde 1930, año en que la población del manicomio presentó un notable crecimiento, hasta 1950, momento en que se introduce la penicilina como medicamento esencial.

Palabras clave: enfermedad mental, sífilis, diagnóstico, medicación, penicilina.

The general and progressive paralysis in the Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950

Abstract: General paralysis, mental disease that is manifested in a terminal or tertiary state of syphilis, originated a great interest in the Antioqueño's psychiatrist team, due to its nosological characteristics as well as to its syphilitic nature. However, it differentiated itself from the other mental illnesses, when being diagnosed and treated with medicine. This article deals with the definition of general paralysis, a diagnose and treatment given at the Manicomio Departamental de Antioquia to the patients with this disease from 1930, year in which the population of the mental hospital demonstrated a notorious increment, to 1950, moment in which penicillin was introduced as an essential medicine.

Keywords: mental disease, syphilis, diagnose, medication, penicillin.

A paralisia geral progressiva no Manicômio Departamental de Antioquia, 1930-1950

Resumo: Paralisia geral progressiva (PGP), doença mental que se manifesta em uma condição terminal ou sífilis terciária, conduziu ao grande interesse nos círculos psiquiátricos antioqueños devido às suas características nosológica como natureza sífilítica. Ao mesmo tempo, ele difere de outros transtornos da mente, sendo diagnosticada e tratada com medicamentos. Este artigo discute a definição do PGP, diagnóstico e tratamentos fornecidos nos pacientes Manicomio Departamental de Antioquia com esta doença, desde 1930, ano em que a população do asilo apresentou um crescimento notável, até 1950, momento em que penicilina como medicação essencial é introduzido.

Palavras-chave: doença mental, sífilis, diagnóstico, medicação, penicilina.

Cómo citar este artículo: Alejandro Giraldo Granada, "La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 5 (2015): 104-127.

Fecha de recepción: 9 de agosto de 2014

Fecha de aprobación: 15 de octubre de 2014



Alejandro Giraldo Granada: Historiador de la Universidad de Antioquia y estudiante de la Maestría en Historia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Grupo de Investigación en Historia Social (GIHS) de la Universidad de Antioquia.

• Correo electrónico: alejandrogiraldogranada@gmail.com

La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950

Alejandro Giraldo Granada

[...]Cuando un desgraciado sífilítico, atacado del cerebro, termina por la parálisis general, el reblandecimiento o el gatismo, se oye decir esto: “Para haber llegado a este extremo, ¡cuántas orgías habrá hecho! ¡Cuántos excesos no habrá cometido y cuántas malas aventuras amorosas!”¹

1. Definición de la PGP

La parálisis general progresiva (PGP),² enfermedad que se daba en el estado terminal o terciario³ de la sífilis, se estableció desde el siglo XIX como una enfermedad mental con una nosología diferente de las demás afecciones mentales. Esta clasificación se debió, en primera instancia, al francés Antoine-Laurent Bayle (1799-1858), quien en el año de 1822 publicó una tesis en la cual especificaba que la PGP se originaba debido a una meningoencefalitis difusa (inflamación crónica de las meninges, la cual se denominó como “aracnitis”).⁴ Su definición permitió, entre otras cosas, un reconocimiento del carácter orgánico de las enfermedades de la mente, por lo que la PGP fue la que ubicó estas afecciones en el marco del modelo anatomopatológico.

1. Alfred Fournier, “La Sífilis. Consejos del profesor Fournier”, *La sífilis y demás enfermedades venéreas, sus orígenes y medios para combatirla*. Vol. 12 (Buenos Aires: Editorial Claridad, 1928) 20.
2. El término “parálisis general” fue empleado primero por Delaye en 1824 y adoptado después por Requim, que le añadió el calificativo de “progresiva” en 1846. Jacques Postel, *Nueva Historia de la Psiquiatría*, dir. Jacques Postel y Claude Quételet (México: Fondo de Cultura Económica, 2000) 198; Esta enfermedad también era denominada como parálisis general o parálisis general de los alienados. No obstante, para facilitar la lectura de ahora en adelante me referiré a ella como PGP.
3. Philippe Ricord (1800-1889), además de diferenciar la sífilis de la gonorrea, clasificó la evolución de la sífilis en tres estados. El último estado, punto de partida de esta investigación, es el momento en que el treponema invade el cerebro del paciente causando enfermedades mentales, tales como la tabes, lúes y la PGP. Fournier 14-15; Fournier, describió seis formas de sífilis cerebral, “las cuales son de una naturaleza esencialmente cambiable”: cefálico, congestivo, convulsivo o epiléptico, afásico, mental y paralítico. En la forma mental hay una emoción o depresión. La variedad depresiva consiste de astenia intelectual o en una incoherencia de los sentidos. La variedad en la cual hay una excitación es locura sífilítica”. Véase Claude Quételet, *History of Syphilis* (Cambridge: Polity Press, 1992) 299.
4. Postel 198.

A Bayle también se le debe la clasificación de unicidad de la enfermedad, que al contrario de la opinión dualista de Jean Étienne Esquirol (1772-1840), quien afirmaba que la parálisis general se manifestaba como una complicación neurológica intercurrente de la locura, estableció que la demencia paralítica era una y la misma afección. Apoyándose en el hecho de que las lesiones de la inteligencia y de los movimientos se desarrollaban en un orden determinado y paralelamente, llegó a la conclusión de que no se trataba de dos enfermedades sino de una sola.⁵ Sin embargo, para Jules-Gabriel Baillarger (1809-1890) la PGP era de carácter dualista, tal y como lo había asegurado Esquirol. Baillarger aseveraba que esa dualidad de la afección existía, por una parte, en una demencia paralítica, y por la otra, en un delirio que se añadía, como enfermedad nueva, a la parálisis demencial. Ese delirio se debía, según él, a trastornos congestivos cerebrales, lo que denominó “locura congestiva”.⁶

Para Bayle la mayoría de las alienaciones mentales eran el síntoma de una inflamación interna crónica primitiva de las membranas del cerebro, y es allí donde, según explica Jacques Postel, se sitúa el punto de arranque histórico de la anexión del campo de la locura a la neurología, indicando que el punto central de su doctrina consistía en atribuir la mayoría de las enfermedades mentales a la inflamación crónica de las meninges. El cambio en la ideología neuropsiquiátrica fue total. Se habían acabado los problemas de los diagnósticos clínicos y psicológicos difíciles. “Lo único que contaba era el dictamen de la necropsia, interesando al psiquiatra, ya no el enfermo sino la fase terminal de su enfermedad y la entrega de su cuerpo al bisturí del anatomista”.⁷

Sin embargo, para Rafael Huertas resultó exagerado el argumento que con frecuencia ha querido ver en la PGP el “modelo clínico” con el que la mentalidad anatomoclínica irrumpió de lleno en la psiquiatría, dando así comienzo a una sistemática búsqueda de la lesión como causa de locura. Según este argumento, la sala de autopsias se convertiría, a partir de entonces, en el gran aliado del alienista, contribuyendo a la aceptación de la causa morfológica. Si bien en ella se han basado numerosos autores para ilustrar la relación entre clínica y anatomía, a pesar de la cautela de los primeros alienistas al hablar de la causalidad de la locura, se ha demostrado que las necropsias fueron prácticas habituales en autores como Pinel y Esquirol.⁸

Ahora bien, dada la relación de la PGP con el modelo orgánico de las enfermedades mentales, esta no había sido constituida como una causa del estado terminal de la sífilis. En un principio, el mismo Bayle, aunque indicó los excesos venéreos entre los antecedentes de la quinta parte de sus casos clínicos, no le atribuyó demasiada importancia. Fue para la década de los cincuenta del siglo XIX que esta

5. Según Jacques Postel, hubo desde finales del siglo XVIII investigaciones de psiquiatras como las de Thomas Willis y Haslam, donde se mencionaban las afecciones paralíticas de algunos enajenados, sin embargo, es a Bayle a quien corresponde el mérito de haber clasificado verdaderamente en 1822 esta nueva entidad mórbida neuropsiquiátrica. Postel 198.

6. Postel 204-205.

7. Postel 202.

8. Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica* (Madrid: Novalia, 2005) 100-101.

enfermedad se relacionó de manera sistemática con la sífilis. Los primeros que implantaron una relación del “mal venéreo” con la PGP fueron Esmarch y Jessen, quienes en 1857 afirmaron que esta infección era siempre el punto de partida de la PGP. Dos años más tarde, apareció la tesis de Hildenbrandt, para quien la sífilis actuaba primero viciando la sangre (clorosis sifilítica), posteriormente afectando el cráneo y las meninges, y finalmente atacando directamente el cerebro.

Ernest Charles Laségue (1816-1883) nombró a la parálisis general por causas sifilíticas como “pseudo parálisis general”, la cual era diferente a la parálisis general establecida por Bayle. Posteriormente, desde el año de 1879, Jean Alfred Fournier (1832-1914) demostró mediante observaciones anatomoclínicas cómo la “pseudo parálisis general” era una complicación frecuente de la sífilis tardía.⁹ Este médico afirmaba que en numerosos casos de PGP, la sífilis era la causa determinante, así como que la sífilis cerebral también podría presentarse con una sintomatología que recordaba a las de la PGP y que en esos casos, algunos de difícil diagnóstico, se denominaría como “pseudo parálisis general sifilítica”.¹⁰ Sin embargo, no fue sino hasta 1913 que Hideyo Noguchi (1876-1928) y J.W. Moore, descubrieron el treponema en el encéfalo de parálisis generales fallecidos, determinando que la PGP se debía exclusivamente a causas sifilíticas.

Atendiendo a esto surge el interrogante: ¿en qué momento se relacionó la PGP con la sífilis en Colombia? En un artículo publicado en 1911, sobre una conferencia dictada en el Salón Samper de la ciudad de Bogotá, el médico Martín Camacho discutía el origen de la enfermedad de Bayle. Allí argumentaba que, aunque se conocían casos de parálisis general causada por el alcoholismo, la verdadera causa de la PGP era la sífilis.¹¹ Así, pues, la sífilis ya no se consideraría como un problema social y moral que atacaba la salud y las “buenas” costumbres de la población de la ciudad, sino que también era la enfermedad que causaba la temida PGP.¹² Este artículo, por tanto, pretende demostrar cómo fue la concepción y el manejo que le dio la ciencia psiquiátrica del periodo a la PGP, en el momento en que se tenía total certeza de que esta patología mental era de naturaleza sifilítica. Entender cómo procedía la terapéutica psiquiátrica en los sifilíticos permite esclarecer problemáticas de tratamientos y medicación, así como también de los modelos psiquiátricos adoptados por los médicos. Se trata, en sí, de rastrear un fragmento de la historia de la ciencia psiquiátrica en el Medellín de la primera mitad del siglo XX.

La historiografía local ha dedicado enormes esfuerzos en la investigación de la historia de la sífilis desde enfoques en problemáticas sociales, morales y médi-

9. Postel 206.

10. Ulysses Vianna, “Sífilis do sistema nervoso”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 17.2 (2010): 684.

11. Martín Camacho, “Parálisis general progresiva. Conferencia dictada en el Salón Samper”, *Repertorio de Medicina y Cirugía* 2. 5 (1911): 211-239.

12. Michel Foucault describe a la PGP como el “buen intermediario” o “la buena enfermedad”, debido a que se trataba de una enfermedad epistemológicamente buena y, por lo tanto, era buena desde el punto de vista moral, en cuanto implicaba síndromes psicológicos (delirio según Bayle y demencia según Baillarger), además de síndromes motores. Uno y otro remitían, en términos de anatomopatología, a una lesión encefálica. También era buena debido a que no se sabía que la enfermedad era de origen sifilítico, por lo que se disfrutaba de todos los beneficios epistemológicos y no se padecía de ninguno de los inconvenientes morales. Ver Michel Foucault, *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)* (Madrid: Akal, 2003) 304-305.

cas, relacionadas específicamente con la prostitución, lo cual pone en evidencia el alto grado de preocupación que dichos problemas generaron en la época.¹³ Y es que la sífilis en la primera mitad del siglo XX era considerada como una de las doce plagas sociales (equiparable al alcoholismo, el cáncer y la tuberculosis),¹⁴ debido a que, como explicaba el médico bogotano y fundador del Instituto de Higiene de Cundinamarca, Jorge Cavalier (1895-1978), esta era una enfermedad grave y terrible, considerada un peligro social, tanto por los perjuicios que causaba al que la adquiría, como por el peligro que entrañaba para la familia y la sociedad, sobre todo en su carácter hereditario. Así, era ella la causa más frecuente de los abortos, nacimientos prematuros, muertes del feto y del niño en los primeros años de vida. Cuando no mataba al niño, éste podía ser raquítico, degenerado o deforme. Además, todos los atrasos mentales y la mayor parte de los “anormales” en general eran, según este médico, por lo común, heredosifilíticos.¹⁵

Las enfermedades venéreas, principalmente la sífilis, eran en muchos casos consideradas como castigo divino, el cual merecía el hombre impuro que le era infiel a su esposa y a su familia. Sin embargo, el problema realmente recaía en los diferentes miembros de la familia, al ser transmitida “de padres a hijos, de esposo a esposa y de nodrizas a pupilos”, evidenciando que la problemática de estas enfermedades no era totalmente excluyente. No solo eran un mal de las prostitutas y de los “infieles” que asistían a ellas, sino que numerosas personas tenían diferentes posibilidades de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual.¹⁶

Por tanto, para el médico Gustavo Uribe, quien se desempeñaba como jefe del Dispensario Médico y del Laboratorio Departamental de Antioquia,¹⁷ los medios profilácticos para contener los estragos de la sífilis constaban de tres órdenes. El

13. Por ejemplo, para el caso bogotano se encuentran los trabajos realizados por Diana Obregón, “Médicos, Prostitución y enfermedades venéreas: de la reglamentación al abolicionismo, 1886-1951”, y por Miguel Ángel Urrego, “La prostitución en Bogotá: Una realidad eclipsada por la moral”, publicados en el libro *Placer, dinero y pecado, historia de la prostitución en Colombia*, eds. Aída Martínez y Pablo Rodríguez (Bogotá: Aguilar, 2002) 355-391 y 197-216; véase además Marlene Sánchez Moncada, “La prostitución en Bogotá 1880-1920”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 22 (1998): 146-187. Para las ciudades de Cartagena y Barranquilla se encuentran los estudios de Juan Manuel Ortiz y Jorge Armando Orozco Padilla, “Dudosa Ortografía. Cuerpos antihigiénicos y espacios insalubres: Prostitución e higiene pública en Cartagena, 1880-1920”, *Historia social y cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX*, comps. Javier Guerrero Barón y otros (Medellín: UPTC/La Carreta, 2010) 137-154; Rafaela Vos Obeso, “La prostitución en Barranquilla”, en eds. Martínez y Rodríguez 247-280. Para la ciudad de Medellín están los estudios de Catalina Reyes Cárdenas, “La condición femenina y la prostitución en Medellín durante la primera mitad del siglo XX”, en eds. Martínez y Rodríguez 217-246; y *Al traspasar los muros de la casa: aspectos de la vida femenina en Medellín. 1900-1930* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 1994). Véase también, Carlos Andrés Orozco Guarín, “Inicios, esplendor y ocaso de la prostitución en Lovaina, Medellín 1925-1955” (Tesis de Pregrado en Historia, Universidad de Antioquia, 2006).

14. Jorge Cavalier, “La sífilis”, *Las doce plagas mayores* (Bogotá: Imprenta Oficial, Biblioteca aldeana de Colombia, 1935).

15. Cavalier 51.

16. Obregón, “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas...” 356-358. Ver también Diana Obregón. “Médicos, Prostitución y enfermedades venéreas en Colombia” *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* 9 (2002): 163.

17. El Dispensario Médico era el encargado de brindar atención médica a los enfermos por sífilis de la ciudad. También tenía como labor controlar y carnetizar a las prostitutas, consideradas las principales propagadoras de la sífilis. Para ampliar la información sobre el Dispensario y el laboratorio, véase Alejandro Giraldo Granada, “Entre putas y enfermedades, una mirada a las patologías relacionadas con el oficio sexual público. 1914-1936” (Tesis pregrado en Historia, Universidad de Antioquia, 2013).

primero era de orden moral y religioso: educación de la juventud, respeto a la mujer y matrimonio precoz, llamando la atención a los sacerdotes y a los maestros para que predicaran “la verdad”. El segundo medio era una profilaxis administrativa y policiaca; reglamentación de la prostitución, supresión del comercio de las jóvenes de catorce a veinte años, mejora de los salarios de la mujer, responsabilidad de la contaminación venérea, certificado médico para contraer matrimonio e investigación de la paternidad. El tercero era la profilaxis médica. Según este médico, era el método más importante, principal salvaguarda de la sífilis, ya que al curar a los enfermos se acababa con las fuentes de contagio. En este grupo entraban la creación de consultorios o dispensarios gratuitos y de un hospital, recomendando realizar propaganda activa por medio de carteles murales con figuras que ilustraran sobre los desastres causados por la enfermedad y con máximas claras y elocuentes sobre el peligro de contraer la infección venérea.¹⁸

En la década de 1920, el director alienista del Manicomio Departamental de Antioquia, Lázaro Uribe Cálad, explicaba cuáles eran los diversos factores etiológicos que generaban las principales causas de internamiento al Manicomio Departamental de Antioquia:

Cuadro 1. Factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas, 1920-1922¹⁹

Factores	Casos	Hombres	Mujeres
Herencia	Psicopática	64	34
	Psicopática y alcohólica	7	7
	Herencia alcohólica	20	19
Alcohol	Herencia y alcoholismo personal	19	0
	Alcoholismo personal	55	5
Sífilis		20	3
Miseria		14	23
Degeneración Psíquica		72	27

Fuente: Lázaro Uribe Cálad, “Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas”, *Revista Clínica* 3.25-28 (1923): 199.

Según el Cuadro 1, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1920 y el 30 de septiembre de 1922, el factor sífilis era una de las causas por la cual se ingresaba con mayor regularidad al Manicomio, teniendo como cifra 20 hombres y 3 mujeres. Ante eso, el doctor Uribe Cálad manifestaba que el periodo durante el cual el treponema hacía su diseminación por el organismo era el más propicio para la aparición de perturbaciones mentales de origen sifilítico, lo

18. Gustavo Uribe Escobar, “La sífilis en Antioquia”, *Revista Médica* 36.429-432 (1918): 189-190.

19. Es necesario advertir que, aunque este cuadro aborda los años de 1920 a 1922, es un buen antecedente para comprender las características etiológicas de la locura y la mentalidad psiquiátrica en Antioquia. Además, es importante resaltar que la información para la realización de dicho cuadro fue producida por Lázaro Uribe Cálad, quien dirigió el Manicomio durante el periodo de 1920-1946.

que había designado como sífilo-psicosis. Su sintomatología era cefalea, insomnio, perturbaciones gastrointestinales, estupor, obtusión mental, delirio alucinatorio, ansiedad melancólica, confusión mental y forma delirante. La más común era la parálisis general progresiva. Con los avances de la enfermedad, aseguraba el alienista, se encontraban las localizaciones del germen en los centros cerebrales mismos y entonces se observaban formas peculiares en los trastornos psíquicos del individuo, como la forma depresiva acompañada de ansiedad, de delirio hipocondríaco con ideas de persecución, alucinaciones, etc. O se encontraba también la forma expansiva con ideas de posesión de riquezas, sapiencia y exaltación afectiva. La epilepsia de origen sifilítico tampoco era rara. Uribe Cálad aseguraba que podía manifestarse con psicopatías variadas entre las cuales se desencadenaban impulsiones agresivas contra las demás personas y podían llegar, incluso, a tendencias homicidas.²⁰

Ahora bien, en el año de 1928 se publicó una tesis llamada *Parálisis General Progresiva. Contribución para su estudio*, cuya autoría es de Ernesto Uribe Cadavid, quien fue médico interno del Manicomio Departamental de Antioquia en los años 1925 y 1926. Esta investigación es, quizá, el estudio más completo que se hizo sobre la PGP en la primera mitad del siglo XX en la ciudad de Medellín. Esta tesis, de la cual el presidente fue el propio director alienista del manicomio, el doctor Lázaro Uribe Cálad, describe la definición histórica de la enfermedad, su patogenia, cómo se diagnosticaba y el tratamiento empleado en el Manicomio Departamental de Antioquia para los enfermos que la padecían.

Uribe Cadavid definió a la PGP como una enfermedad toxi-infecciosa, debido a la localización del treponema pálido en la corteza cerebral, caracterizada anatómicamente por una meningoencefalitis difusa, “progresiva y mortal”, con lesiones accesorias de todo el sistema nervioso. Clínicamente, la caracterizó por un debilitamiento global y progresivo de las funciones psíquicas, por perturbaciones motoras, desordenes del lenguaje, síntomas oculares a base de oftalmoplegia interna etc., así como por modificaciones químicas, citológicas y biológicas del líquido cefalorraquídeo.²¹

Este autor también discutía la teoría de que los habitantes de los países más “civilizados” eran lo más propensos a padecer la PGP. El microbiólogo rumano Constantin Levaditi (1874-1953), quien introdujo el bismuto en la terapéutica antisifilítica, indicaba que eran raras las sífilis nerviosas en los países tropicales o subtropicales, basándose en, según Uribe Cadavid, la existencia de dos tipos de treponemas, uno de ellos neurotrofo y otro dermatrofo. Este último sería el que dio origen a la sífilis con manifestaciones cutáneas floridas de los países tropicales. Por tanto, para Levaditi, los habitantes de los países europeos eran más propensos a padecer la PGP (treponema neurotrofo) debido a que experimentaban una vida intelectual más activa, y que por el contrario, la sífilis de los países tropicales no “evolucionaba”, de cierta forma, hasta llegar a la PGP.

20. Lázaro Uribe Cálad, “Principales factores etiológicos de la locura en los departamentos de Antioquia y Caldas”, *Revista Clínica* 3.25-28 (1923): 199.

21. Ernesto Uribe Cadavid, *Parálisis General Progresiva. Contribución para su estudio* (Medellín: Tipografía Externado, 1928) 14.

Esta teoría era aceptada por el médico Carlos Téllez, quien indicaba para el año de 1926, en su tesis médica sobre la parálisis general y su tratamiento con la malaria en la ciudad de Bogotá, que en los países civilizados la lucha por la vida hacía trabajar el cerebro con más intensidad, y por lo tanto estos arrojaban el porcentaje más alto de paralíticos. Todo lo que producía un estado “congestivo” de los centros nerviosos, como el alcoholismo, el exceso de trabajo, los pesares prolongados y el recargo cerebral, eran, según Téllez, factores que favorecían la aparición de la meningoencefalitis crónica.²²

No obstante, para Uribe Cadavid, aunque era aceptable que para los europeos de vida intelectual activa, expuestos al debilitamiento general de todo género, se daba una mayor propensión a adquirir la sífilis nerviosa, en una región tropical estos casos también se daban de forma constante y de forma bastante particular. Este médico advertía que en la ciudad de Medellín los casos de PGP iban en aumento, pero se notaban, especialmente en los campesinos y agricultores, muy poco expuestos al agotamiento mental, que en definitiva, según este autor, era lo que la civilización traía consigo.²³ Es decir, Uribe Cadavid afirmaba que la PGP se encontraba en todas las clases sociales, particularmente en gentes cuyas ocupaciones no exigían un intenso trabajo cerebral.

La PGP tenía una característica relevante ante las demás afecciones mentales, y era en su diagnóstico. Aunque, en ocasiones, se diagnosticara por sus síntomas, la manera más eficaz era con una prueba serológica. La reacción Wasserman, creada en los primeros años del siglo XX por el bacteriólogo alemán August Paul Von Wassermann (1866-1925), fue la prueba más recomendada por los médicos antioqueños y la más utilizada en el Laboratorio Departamental de Antioquia, lugar donde se diagnosticaba si un paciente del Manicomio padecía o no de neurosífilis.

La prueba serológica se realizaba a todos los pacientes que ingresaban a la institución psiquiátrica con el fin de elaborar un diagnóstico de una neurosífilis y de llevar un control de la enfermedad venérea en la ciudad. También se puede indicar que, en algunos casos, a falta de un diagnóstico certero de una patología mental, la prueba serológica indicaría si su origen era sifilítico o no. Hubo otras formas de diagnóstico de la PGP. Una de ellas era extrayendo, por medio de una aguja de punción raquídea, el líquido cefalorraquídeo del paciente. Otra era la Reacción Kahn, la cual era bastante similar a la Wassermann.²⁴

Aunque en los artículos de las revistas médicas del periodo se proponen diversos tratamientos para combatir la PGP, en las historias clínicas no se percibe cambio alguno al medicamento esencial para la sífilis, el cual para ese momento era el mercurio, el salvarsán 606 y neosalvarsán 914. Una de las terapéuticas que se puso en consideración fue la malarioterapia, la cual consistía en la inoculación directa de sangre malárica e inyectarla en los músculos, debajo de la piel o por vía

22. Carlos Téllez, *La parálisis general y su tratamiento por la malaria* (Bogotá: Talleres de Ediciones, 1926) 12.

23. Uribe Cadavid 32.

24. Arturo Posada Mesa, “Penicilina y neurosífilis”, *Boletín Clínico. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia* 9,8 (1947): 248-249.

intravenosa al paralítico. Así pues, lo que se buscaban era crear un alto grado de fiebre “benigna” en el paciente para así eliminar el treponema del cerebro. Después de ello, se aplicaba el tratamiento específico, ya sea por mercurio, bismuto o por sales arsenicales bajo cualquier forma. En comparación con el caso bogotano, en donde se recomendaba usar este método por sus buenos resultados,²⁵ Uribe Cadavid advertía sobre los pobres resultados para el caso antioqueño.

Uribe Cadavid indicaba que gran parte de los pacientes parasifílicos del Manicomio correspondían a individuos pertenecientes a regiones en exceso palúdicas. Sin embargo, advertía que esos pacientes que ingresaron con PGP y paludismo no habían obtenido de esta última algún tipo de beneficio: “Nuestros resultados terapéuticos en la enfermedad de Bayle por medio de la malarioterapia, lo confesamos honradamente, han sido siempre nulos, nunca en ningún caso hemos visto contenerse la evolución de esta enfermedad, ni retroceder ninguno de sus síntomas mentales, físicos o humorales”.²⁶

En resumen, se puede indicar que la sífilis fue quizá la enfermedad más investigada durante el siglo XIX y comienzos del XX, así como la que más sugestión ejerció sobre los psiquiatras de orientación neurológica. Como afirman Franz Alexander y Sheldon Selesnick, por fin una psicosis demostrable clínicamente pudo ser comprendida en término de patología orgánica y ser tratada con un fármaco.²⁷

2. La PGP en el Manicomio Departamental de Antioquia

La institución dedicada al tratamiento de las enfermedades mentales en la ciudad de Medellín fue el Manicomio Departamental de Antioquia, fundado en 1875 bajo el nombre de Casa de Alienados. Para la década de 1920, ingresó como director el médico Lázaro Uribe Cálad y a partir de ese momento el registro de los ingresos cambió de manera sustancial, debido a que se comenzó a elaborar bajo el parámetro de “cédulas personales”, con el fin de llevar un historial más ordenado de los enfermos que asistían al establecimiento. Con este método, según Uribe Cálad, se hizo una importante rectificación en el registro que se llevaba de los enajenados y con él se inició un procedimiento de estadística más científico y por lo tanto más completo y más fácil de consultar en un momento dado.²⁸ El Cuadro 2 indica, por años, el número de asilados, de ingresos y de salidas de la institución psiquiátrica en los años que comprenden desde 1930 hasta 1947.

25. Téllez 48; A su vez, en el caso del Manicomio General La Castañeda en ciudad de México, la malarioterapia también fue reconocida como terapéutica para el tratamiento de las neurosífilis. Ver Patricia Guadalupe Alfaro, “El tratamiento médico a los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud* (México: Secretaría de Salud, 2003) 74.

26. Uribe Cadavid 140.

27. Franz Alexander y Selesnick Sheldon, *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días* (Barcelona: Editorial Espaxs, 1970) 201.

28. Lázaro Uribe Cálad, “Informe del Director del Manicomio Departamental de Antioquia”, *Informe del Secretario de Gobierno al señor Gobernador del Departamento Dr. Julio E. Botero* (Medellín: Imprenta Oficial, 1921) 40.

Cuadro 2. Ingresos y salidas por años en el Manicomio Departamental de Antioquia

Años	Número de asilados			Ingresos por año			Total salidas por año		
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1930	488	231	257	173	143	316	152	173	285
1931	538			194	139	333	166	117	283
1932	613			211	179	390	170	145	315
1933	654			234	164	398	206	151	357
1934	686			233	194	427	223	172	395
1935	697			226	192	418	224	183	407
1936									
1937									
1938	911	426	485			572			487
1939	886	408	478						
1940	960	466	494	316	279	595	258	263	521
1941	999	471	528	360	293	653	356	266	622
1942				382	301	683	352	301	653
1943	989			398	372	770	438	364	802
1944	1028	510	580	405	364	769	381	349	730
1945	1147	539	608	478	387	865	442	321	763
1946	1236			532	436	968	475	387	862
1947	1180			484	468	952	514	494	1008

Nota: No se obtuvo la información completa de los años 1936 y 1937.

Fuente: Elaboración propia con base en los informes del director del Manicomio que se encuentran en las memorias del secretario de gobierno entre los años 1930-1947. Estos informes se hallan en el Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Medellín, Fondo Impresos Oficiales.

Aunque en el Cuadro 2 no se cuenta con la información completa de los años de 1936 y 1937, y se tienen datos parciales para los años de 1938, 1939 y 1942, nos podemos hacer una idea del movimiento de internos en la institución psiquiátrica. Es notable el ascenso de número de asilados por años, así como también la cantidad de altas que presentaba. Éstas se daban ya sea por mejoría, por curación o por retiro del enfermo por parte de algún familiar.

Cuadro 3. Ingresos y número de muertes de pacientes con PGP en el Manicomio

Años	PGP		
	Hombres	Mujeres	Muertes
1930	5	0	5
1931	9	0	6
1932	9	0	0
1933	7	0	1
1934	10	1	4
1935	5	1	10
1936			
1937			
1938	10	0	2
1939			
1940	13	1	0
1941	14	1	0
1942	14	2	3
1943	11	0	0
1944	14	1	0
1945	14	1	0
1946	14	0	1
1947	16	0	6

Nota: No se obtuvo la información completa de los años de 1936, 1937 y 1939

Fuente: Elaboración propia con base en los informes del director del Manicomio que se encuentran en las memorias del secretario de gobierno, entre los años 1930-1947. Estos informes se hallan en el Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Medellín, Fondo Impresos Oficiales.

Para el caso particular de los pacientes con PGP, las cifras también se incrementaron a la par de los ingresos totales al Manicomio. Como se observa en el Cuadro 3, hay una relativa estabilidad con tendencias a subir en el índice de ingresos por años en los pacientes con PGP. Aunque al parecer no son muy numerosos, hay que indicar que el Manicomio no estaba diseñado para una gran cantidad de pacientes. En comparación con la manía intermitente, que fue la patología que generó mayores ingresos a lo largo del periodo estudiado, la cual en el año de 1930, presentó un ingreso de 33 hombres y 28 mujeres, en 1940, 61 hombres y 71 mujeres y finalmente, en 1947, 59 hombres y 81 mujeres, los ingresos por PGP no son muy numerosos. Sin embargo, hay que indicar que la PGP fue la enfermedad por causas sífilíticas que causó mayores ingresos, superando a la sífilopsicosis y a la sífilis nerviosa, y se mantuvo con diagnósticos todo el periodo indicado.

A su vez, considerando los pocos ingresos por PGP en comparación con otras enfermedades y contrastando con los variados y cuantiosos estudios sobre esta patología que se encuentran en las revistas médicas, se puede establecer que a gran

parte de estos médicos les interesaba, no solo la morbilidad de esta patología, sino también sus características orgánicas. Ya se había mencionado con anterioridad que la PGP supuso la organicidad a las enfermedades mentales. Un motivo de importancia que impulsó a que estos médicos le dedicaran tanto esfuerzo a su estudio fue esta particularidad que la diferenciaba de las otras afecciones mentales. También se debe tener en consideración su naturaleza sífilítica, motivo por el cual puso en tensión diversos temas, no solo médicos y clínicos, sino también de problemáticas sociales y morales, tal y como puede verse en las revistas médicas.

El aspecto de la degeneración racial también fue de gran importancia. Médicos como Alfonso Castro, Luis López de Mesa²⁹ e inclusive el mismo director del Manicomio Departamental de Antioquia, Lázaro Uribe Cálad, conferían gran importancia a los aspectos de la herencia como causas de degeneración (ver Cuadro 1). Es importante resaltar que uno de los problemas de la sífilis era su carácter congénito, lo que se denominó como heredosisífilis. Por tanto, los médicos veían a esta enfermedad como un grave problema degeneracional, ya que el niño podría nacer, si su madre o padre habían padecido de sífilis, no solo con malformaciones óseas y problemas oculares, entre otros, sino también con cuadros de deficiencia mental.

Por tanto, la PGP se convirtió en un problema a tratar en el Manicomio, así como en una enfermedad que se debía evitar, por lo que no es extraño encontrar en los artículos de las revistas médicas y en las tesis de médicos del periodo, una gran preocupación de que la sífilis evolucionara hasta llegar a la temida PGP. Es así como a partir del año de 1934 se publican en los informes del Manicomio los resultados de los exámenes serológicos de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis en todos los pacientes que ingresaban. Eso se observa, asimismo, en las historias clínicas, ya que como requisito de ingreso se les realizaba la prueba serológica a todos los pacientes para detectar el treponema y así diagnosticar, de acuerdo a ello, una enfermedad mental causada por la sífilis. Por otro lado, los bajos ingresos de pacientes con PGP también se pueden deber a que sus síntomas se confundían fácilmente con otras enfermedades.

Otro aspecto a destacar es el señalamiento de peligrosidad y “faltas a la moralidad” de estos pacientes. El periodo “médico legal”, “preclínico” o “preparalítico” era el estado en el que un demente por PGP podría cometer algún tipo de delito antes de recaer en la parálisis o en la total enajenación mental. Uribe Cadavid afirmaba que en la legislación penal o civil del periodo, solo los estados demenciales eran considerados como verdaderas enajenaciones mentales. Así pues, argumentaba que por los caracteres mismos de la demencia, podría concluirse, sobre los delitos que eran ordinariamente cometidos por los paralíticos generales, lo siguiente:

29. Jaír H. Álvarez Torres, “Luis López de Mesa y el debate en torno a la degeneración de la raza: cuerpo y educación en los albores del siglo XX”, *Universidad de San Buenaventura* 23.1 (2005): 1-16; Alfonso Castro, “Degeneración colombiana”, *Revista Clínica* 2.15-16 (1920): 105-108; Alfonso Castro, *Juventud enferma* (Medellín: Tipografía Industrial, 1915).

Siendo progresiva y global desde un principio se hace notar la ataxia intrapsíquica de las operaciones mentales. Aunque pareciera que las células o grupos celulares, durante este periodo, pudieran elaborar ideas, lo verdadero era que estos grupos celulares trabajaban en completa desarmónica psíquica, sin lazo ninguno entre sí que pudiera complementarlos o modificarlos. Estas ideas se exteriorizaban por actos que llevaban también ese sello tóxico, ejecutados sin control, por la pérdida de la autocritica o facultad del individuo para juzgarse a sí mismo y a sus actos.³⁰

Por tanto, aunque la persona pareciera sana mentalmente podría desarrollar actos en contra de la ley. Los delitos más comunes entre estos enfermos eran el robo, los abusos de confianza, las estafas y falsificaciones, la vagancia, los ultrajes públicos al pudor, los atentados a las costumbres, los homicidios voluntarios, las violencias, las rebeliones, los suicidios y los incendios.³¹ Por tanto, no es de extrañar que en los expedientes clínicos se indicara que gran parte de estos enfermos los remitiera al Manicomio la policía:

Agosto 25/31- En esta fecha vuelve con el siguiente certificado médico: estado de enajenación mental caracterizada por un estado de euforia y bienestar y riqueza, especialmente en fincas y tesoros, que alterna con una pobreza, más de lo que realmente tiene...ha estado dos veces ya en este establecimiento...atenta contra la propiedad, incendiando, destruyendo, toda plantación que no sea de café y arrasando hasta casas.³²

El siguiente caso es de un paciente que ingresó con un diagnóstico de PGP (forma demencial). La historia clínica, según se muestra en el expediente, era de "poca importancia" porque desde el día de entrada su estado demencial era muy avanzado. Muere a causa de un ictus epiléptico: "Examen objetivo: temblor en los párpados y en la lengua (signo de la trombona) ligero temblor fibrilar en las extremidades de las manos, la pupila reacciona muy lentamente... en el parte de la policía dice 'haberse desnudado en la calle' por tanto creo debe asilarse en el Manicomio Departamental pues atenta contra la moral pública."³³

Una característica de la PGP eran sus altos índices de mortandad. No obstante, y según el Cuadro 3, las muertes por esta enfermedad no fueron muy numerosas. Ello se debe a que solo se registraron las muertes por PGP. Sin embargo, estos pacientes también podían fallecer por diversas causas, ya sea por caquexia, marasmo paralítico o por ictus paralítico. El director del Dispensario de Salubridad y del Laboratorio Departamental, Gustavo Uribe Escobar, explicaba la dificultad de realizar la estadísticas de enfermos sífilíticos debido a que "los mismos médicos no llevaban un registro exacto de sus enfermos, la Dirección de Higiene no incluía en sus casos estadísticos la sífilis, en los hospitales eran atendidos bajo otro diagnóstico

30. Uribe Cadavid 143.

31. Uribe Cadavid 144.

32. Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia (LFUN), Medellín, Fondo Hospital Mental de Antioquia (HOMO), Historias Clínicas, Caja 3, HC 00507, f. 2 v.

33. LFUN, HOMO, Historias Clínicas, Caja 12, f. 2v.

los sífilíticos y en los cuadros de mortalidad figuraban las defunciones por sífilis en un porcentaje ‘ridículo’”. Todas estas razones, decía Uribe, se daban porque las muertes causadas por la sífilis eran atribuidas a otras enfermedades, tales como morti-natalidad, gastroenteritis, enfermedades nerviosas y cardiovasculares, nefritis, entre otras. Éstas figuraban siempre en los cuadros estadísticos como la única causa de muerte, sin tener en cuenta que una proporción muy elevada de todas estas defunciones se debían de atribuir a la sífilis. Él suponía que se podía calcular la relación de muertes de sífilis a las anteriores enfermedades, apoyados con los documentos serológicos de los pacientes fallecidos.³⁴

En ese sentido, el médico especulaba que la sífilis era la causa de muerte de todos los atáxicos y paralíticos generales, así como también de las tres cuartas partes de las muertes por angina de pecho y enfermedad de Basedow. También creía que era causa de la mitad de los casos de muerte por afección arterial y aneurismas, e igualmente de un tercio de las enfermedades orgánicas del corazón, de afecciones diversas del sistema nervioso, de un quinto por las muertes por cirrosis de hígado, y de un décimo de las muertes por nefritis, epilepsia y encefalitis.³⁵ Basándose en los anteriores datos, el autor aseveraba que la sífilis mataba anualmente en Antioquia a más de mil personas.

3. Diferentes tipos de PGP. Formas clínicas

Para Uribe Cadavid, la mayoría de los médicos no especializados en el estudio de las enfermedades mentales no conocían la PGP sino bajo su forma expansiva o megalomaniaca, que era como se describía en la sección de neurología de los tratados de patología interna estudiados en la Facultad. Las demás formas, que fácilmente se confundían con las más variadas afecciones psíquicas, no eran sino muy imperfectas y superficialmente conocidas. Uribe Cadavid recalca la importancia de un diagnóstico acertado de la PGP, especialmente en su periodo prodrómico, tanto por lo que se refiere el tratamiento del enfermo, como por las consecuencias familiares y sociales que esta enfermedad traía consigo.

a) Forma expansiva o maniaca: esta era la forma de PGP más conocida por los médicos, ya que se encontraba descrita con su delirio propio en los manuales de patología interna. Se presentaba en el periodo inicial de la afección, muchas veces precedida de fenómenos neurasténicos o de astenia simple. Su principal síntoma era:

La expansividad, en un estado de íntima euforia, de exaltación de todas las facultades anímicas del individuo, con hipertimia e ideas delirantes de grandeza y de suficiencia personal. El enfermo se cree poseedor de grandes riquezas, de gran sabiduría y poderío, lo tiene todo, lo sabe todo y lo puede todo. Sus riquezas se cuentan por cifras fantásticas, su delirio reviste todos los matices desde la simple idea delirante hasta las más inverosímiles concepciones de su fantasía enferma. En las formas

34. Gustavo Uribe Escobar, “Profilaxis de la sífilis”, *Revista Clínica* 3.25-28 (1923): 2.

35. Uribe Escobar, “Profilaxis de la sífilis” 2-3.

más agudas de esta enfermedad la expansibilidad puede llegar a la más alta exaltación maniaca, con todas las reacciones características de estos estados, que requería un internamiento de urgencia.³⁶

Además, resaltaba Uribe Cadavid, cuando la PGP revestía de estas formas, podía con facilidad confundirse con los diversos estados psíquicos en los cuales se encontraban fenómenos claros de manía aguda. La Imagen 1 corresponde a un paciente de edad avanzada, con PGP de carácter eufórico, ejemplo para este tipo de forma.

Imagen 1. Paralítico tipo eufórico



Fuente: Uribe Cadavid 88.

Del mismo modo, podemos tomar el caso de un paciente que ingresa al Manicomio en 1930 por PGP. Su certificado médico describe que el paciente padece de:

Enajenación mental, caracterizada por megalomanía, excitación del sentido genésico, con perversión de él, etc. comenzó hace unos tres meses a consecuencia de un fracaso pecuniario y como causa directa la especificidad. Es peligroso porque lesiona la moral pública, por lo cual, debe colocarse en el manicomio para que sea atendido como su estado lo requiere. Historia clínica del paciente: ideas delirantes megalomaniacas: aspiración a contraer matrimonio con veinte mujeres para tener veinte hijos anuales; autofilia con alto concepto de su belleza y de sus dotes artísticos; se cree dueño de grandes riquezas, etc. Pródigo, ofrece obsequios para los asilados,

36. Uribe Cadavid 77-78.

ideas absurdas y contradictorias: dice que hace tres pantalones por semana y ochocientos por día. Fue permanentemente un excitado al que hubo necesidad de contener entre otras cosas por sus exteriorizaciones del amor propio.³⁷

Asimismo, el siguiente caso es de un paciente que ingresó al Manicomio en el año de 1939 con PGP, su historia clínica describe que el paciente padece de:

Perturbaciones mentales consistentes en delirio de grandeza el cual se manifiesta en varias esferas. Se siente muy querido por las mujeres. Últimamente es un hombre muy rico. Piensa escribirle a Hitler. Se cree indispensable para la buena marcha del ferrocarril en donde trabajó. Tiene perturbaciones en la escritura que empezaron a manifestarse hace más o menos quince días.³⁸

b) Forma melancólica: Uribe Cadavid explicaba que esta forma era bastante rara en la PGP. Se caracterizaba, como la melancolía simple, por sus ideas depresivas, que podrían recorrer la escala de síntomas desde las formas simplemente neurasténicas hasta los más puros síndromes de negación y de hipocondría. Eran formas de difícil diagnóstico y de fácil confusión con las más variadas formas de la melancolía. Sus síntomas verdaderos, paralíticos, estaban escondidos como una máscara de depresión que llenaba todo el cuadro clínico.

Lo más sobresaliente en su sintomatología era la inconstancia de los fenómenos de movilidad y la superficialidad de las ideas delirantes melancólicas. El paralítico atribuía un día a sus tristezas una causa diferente a la del día anterior. Las alucinaciones visuales y auditivas, así como las ideas de persecución eran bastante corrientes en su observación. El delirio que caracterizaba estos estados depresivos podía revestir diversas formas. Estaba, por ejemplo, el delirio hipocondriaco, cuyas ideas se hacían sobre el mismo enfermo sin expandirse, y se refieren especialmente a la alteración y destrucción de los órganos. Estos enfermos decían que no tenían boca o estómago, no tenían ojos ni vientre, etc. También se caracterizaba por el rechazo a todos los alimentos.³⁹

Al igual que la anterior imagen, que retrata a un paralítico maniaco depresivo, se puede tomar un caso que el mismo Uribe Cadavid pone en su texto. Se trata de un estudiante de tez blanca y que tuvo como antecedentes personales sífilis y paludismo. Ingresó con PGP y su historia clínica describe que:

Durante su estadía en Asilo no se observa en él ninguna manifestación de locura, por lo cual vuelve al medio familiar. Pocos días después vuelve en una crisis de súperexcitación psicomotriz con agresividad, se le acusa de lesionar la moral pública. Después de un corto periodo de exaltación el enfermo se deprime, su carácter cambia, se embotan sus facultades mentales, pierde la relación con el medio exterior...⁴⁰

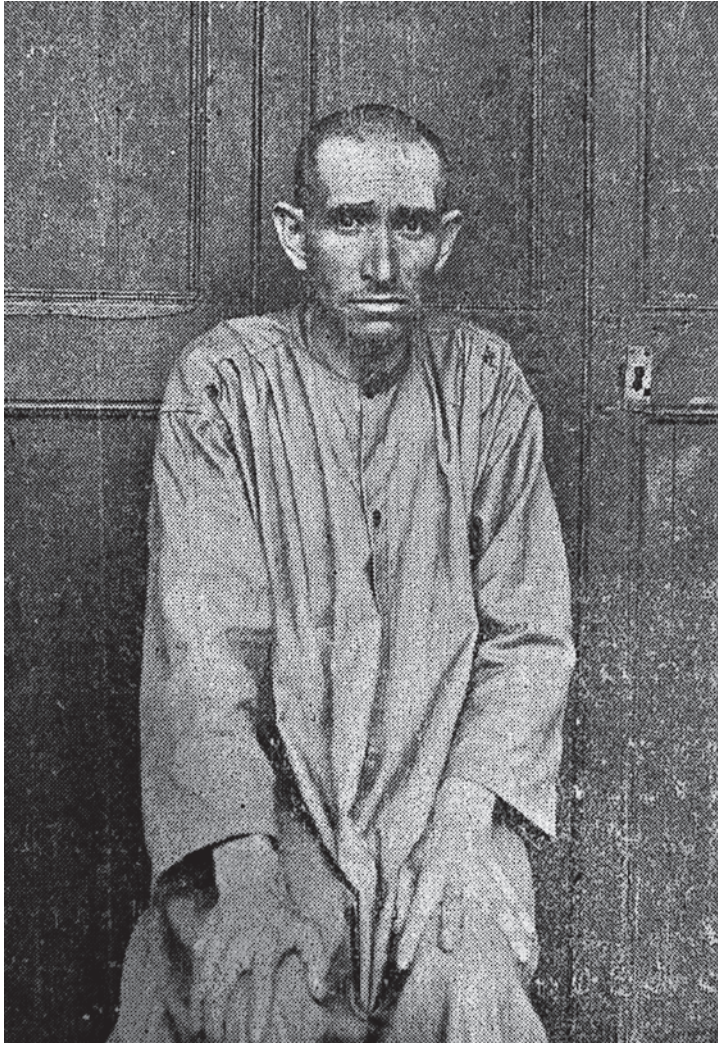
37. LFUN, HOMO, Historias Clínicas, Caja 12, f. 2v.

38. LFUN, HOMO, Historias Clínicas, Caja 30, f. 2v. .

39. Uribe Cadavid 98-99.

40. Uribe Cadavid 110.

Imagen 2. PGP, forma maniaco depresiva



Fuente: Uribe Cadavid 106.

c) Forma demencial simple: según Uribe Cadavid, esta era la forma clásica de la PGP y se caracteriza por el debilitamiento mental simple, la pérdida de la autocrítica, la amnesia y los signos somáticos. Faltaban en ella las manifestaciones expansivas y delirantes. Si alguna vez se observaban delirios, estos eran efímeros y sin consistencia apreciable. Los signos somáticos eran a veces de tal naturaleza y tan manifiestos, que imponían el diagnóstico. Era muy común encontrarla en enfermos de hospital.⁴¹

41. Uribe Cadavid 118.

Imagen 3. Paralítico, forma demencia simple



Fuente: Uribe Cadavid 115.

Para ejemplificar lo anteriormente descrito, tomemos un caso de un paciente que ingresa en 1930 al Manicomio con PGP:

Certificado médico: [...] Está atacado por una afección mental caracterizada por ideas de grandeza, planes absurdos de viajes, edificaciones, empresas agrícolas, negocios, etc. [...]. Historia clínica del enfermo: ideas delirantes de grandeza entre las cuales pueden anotarse las siguientes: que poseía en la costa tres haciendas a donde iba en el día y traía cien mil reses para beneficiarlas al día siguiente en Medellín. Por lo demás su historia carece de importancia porque era una forma francamente demencial cuando fue traído al asilo.⁴²

d) Forma tabética: en esta forma se encontraban reunidos, más o menos, los síntomas de la PGP y los signos de la serie tabética. Además, se presentaban otros

42. LFUN, HOMO, Historias Clínicas., Caja 12, f. 2v.

signos somáticos paralíticos como la disartria, las perturbaciones caligráficas, etc., así como los síntomas de la esfera psíquica: debilitamiento global de las facultades, amnesia, etc.⁴³

e) Forma senil o ateromatosa: la forma de parálisis general senil no se diferenciaba de las otras formas sino por la época de aparición de las manifestaciones morbosas, que aparecían casi siempre de los sesenta años en adelante. Podía revestir la forma demencial simple, asemejarse por su delirio y presentarse con manifestaciones de manía. Las formas melancólicas o confusionales eran raras y la emotividad se exageraba siempre en esta enfermedad con llantos y quejas frecuentes.⁴⁴

4. Los delirios de los pacientes con PGP

Según la descripción brindada por Germán Berrios y Filiberto Fuentenebro de Diego sobre el delirio,⁴⁵ y aludiendo a que los delirios tendrían que ser examinados como actos verbales completos y que son heterogéneos de acuerdo a la enfermedad, es importante resaltar las características de los delirios en los pacientes con PGP. Con base en las historias clínicas antes planteadas y las características de cada forma de PGP, se puede indicar que una particularidad de esta enfermedad eran los delirios de grandeza, de posesiones de riqueza y propiedades, de belleza y títulos.

Según Berrios y Fuentenebro de Diego, la función cardinal de las descripciones sintomáticas en psiquiatría es capturar la suficiente información para establecer el diagnóstico y localizar sus bases neurobiológicas. En ese sentido, podríamos preguntarnos acerca de qué información nos dan los delirios, tanto en su forma como respecto al contenido. Ésta podría, versar, teóricamente, sobre los sistemas cerebrales donde se forman, el sujeto que los emite, el contexto cultural o todo ello.⁴⁶

Ahora bien, de los expedientes clínicos, en donde se encuentran descritos esos “delirios de grandeza” de los locos, se puede sustraer información significativa, no solo de la enfermedad, sino también de la institución terapéutica y del contorno social medellinense. Estos expedientes permiten dilucidar la manera en que el contexto social y cultural incidió en la construcción de los parámetros usados por los psiquiatras para comprender los límites entre locura y cordura. En ellos podemos escuchar la voz del loco, de sus familias y de los médicos. Además, podemos percibir los criterios culturales que en aquellos días regulaban las ideas de lo normal y lo anormal, lo loco y lo cuerdo, con base en las diferencias de clase y género.⁴⁷ Por tanto, no es extraño que en una ciudad con una alta carga moral inculcada por la Iglesia y la elite política, se encerrara en el Manicomio a los transgresores

43. Uribe Cadavid 125.

44. Uribe Cadavid 127.

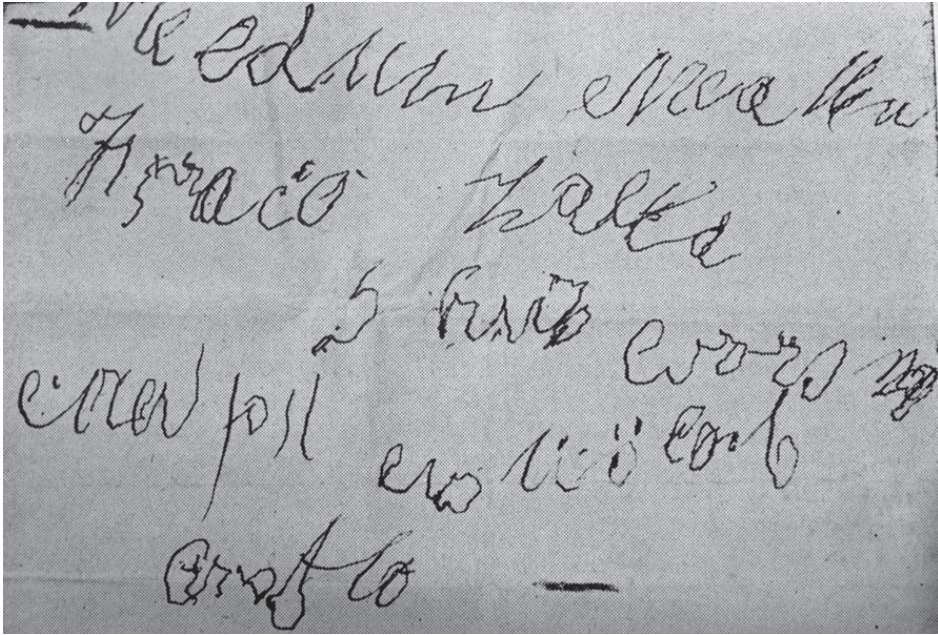
45. Para una teoría completa de los delirios ver Germán Berrios y Filiberto Fuentenebro de Diego, *Delirio, Historia, Clínica y Metateoría* (Madrid: Trotta, 1996).

46. Berrios y Fuentenebro de Diego 182.

47. Andrés Ríos Molina, “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, *Revista de Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 37 (2009): 75-76.

de las normas establecidas. Ya las historias clínicas antes citadas mencionaban que hubo internamientos a causa de “conductas escandalosas” en vías públicas. Esto no solo sucedía con pacientes sifilíticos, sino también con pacientes con diagnósticos de alcoholismo, entre otros.

Imagen 4. PGP, forma somática. Perturbaciones notorias y caligráficas



Fuente: Uribe Cadavid 124.

Inclusive, esto se puede observar en la tesis de Uribe Cadavid, en la que constantemente ponía como ejemplo a sus casos clínicos, así como las notas y escritos realizados por sus pacientes. No obstante, no se encuentra ningún análisis del delirio, salvo para describir y justificar su locura, tal y como se observa en la Imagen 4 que muestra la forma de escritura de un paralítico. Cabe resaltar que uno de los síntomas de la PGP era las perturbaciones motoras que se hacían evidentes, principalmente, en temblores de los miembros del cuerpo.

Según Rafael Huertas, estas historias, como caso ejemplar, nos permiten, a partir de un relato morboso individual, ilustrar diversas doctrinas psiquiátricas. Asimismo, aunque una determinada patografía contiene información sobre un enfermo concreto, único e irreplicable, dicha información, repetida y sistematizada, puede servir para caracterizar y tipificar marcos conceptuales o modelos de actuación médica o psiquiátrica. Al abordar las historias clínicas de un establecimiento asistencial, las historias de las ideas y la historia social de la psiquiatría se entrecruzan obligatoriamente.⁴⁸ Así pues, se puede entender, según los expedientes antes

48. Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 1.2 (2001): 22.

analizados, la mentalidad psiquiátrica del periodo en la ciudad, donde se tenía al manicomio no solo como un sitio terapéutico, sino también de contención a los transgresores. Esta mentalidad se asociaba más a las teorías de la degeneración racial que a unas terapéuticas psiquiátricas creadas con la intención de brindar alivio al paciente.

5. Penicilina: el fin del problema

Anteriormente se mencionaron los tratamientos brindados a los pacientes con PGP. Éstos eran, hasta mediados del siglo XX, a base de mercurios, arsenicales y bismuto. No obstante, a partir de ese momento, la penicilina se convierte, de manera gradual, en el medicamento esencial para el tratamiento de todas las enfermedades relacionadas con la sífilis, incluyendo la PGP.

La penicilina, descubierta por Alexander Fleming y dada a conocer en 1929, no se utilizó para el tratamiento de la sífilis sino hasta la década de 1940. Para el caso de Medellín, en el año de 1947 se publica una tesis en el *Boletín clínico* titulado *Penicilina y Neurosífilis*, cuya autoría es del médico Arturo Posada Mesa, en la cual se recomienda el uso de este medicamento para todo tipo de afecciones causadas por la sífilis, especialmente en las neurosífilis. Allí, explicaba cuántas dosis se les debía de administrar a estos enfermos, alegando que la mayoría de sus estudios habían sido satisfactorios con este medicamento e indicando que para las neurosífilis se requerían altas dosis por vía muscular y moderadas por raquídea. No obstante, aunque indicaba que en más de un 56 por ciento de sus casos había visto mejorías, en aquellos que no se beneficiaban del tratamiento no sufrían consecuencias nefastas.⁴⁹

Para el año de 1951, el médico Rafael Castaño Abadía explicaba cómo la penicilina se había convertido en el medicamento básico para el tratamiento de la sífilis en todas sus fases, dejando únicamente a los arsenobenzoles y al bismuto como auxiliares, eliminando del uso clínico a los mercuriales y yoduros. El tratamiento esencial hasta ese momento se realizaba con los triconjugados, es decir, la unión de penicilina, el arsénico y el bismuto. Sin embargo, el tratamiento realizado únicamente con penicilina empezaba a desarrollarse con más ímpetu en entidades como el Instituto Profiláctico Departamental y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales creado en el año de 1946.⁵⁰

Se puede afirmar, entonces, que con la introducción de la penicilina, la PGP sería una enfermedad que se eliminaría de manera sistemática de los asilos. Aunque la sífilis no haya desaparecido, la penicilina sí brindó una cura irrefutable, tanto que al diagnosticarse actualmente una sífilis, esta ya no llega a evolucionar a una neurosífilis. Este medicamento, por tanto, cambió la concepción de la patología. La sífilis ya no sería considerada como un mal social que atacaba las buenas costumbres

49. Posada Mesa, 245-280.

50. Rafael Castaño Abadía, "Sífilis: estudio clínico y estudio estadístico de 2.651 casos" (Tesis Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1951) 50.

sociales y morales de la sociedad medellinense, ni tampoco sería una enfermedad que terminase en complejos cuadros de locura.

Conclusiones

A partir de la clasificación propuesta por Bayle en los albores del siglo XIX, la PGP fue una de las enfermedades más estudiadas y objeto de discusiones por parte de los psiquiatras europeos, debido a que le dio un carácter organicista a las enfermedades mentales. En el caso medellinense, aunque los ingresos de pacientes con esta enfermedad al Manicomio Departamental de Antioquia no fueron numerosos, sí hubo un importante esfuerzo por parte de los médicos encargados de las ciencias de la mente por comprender esta patología. Su relación intrínseca con la sífilis le dio un signo de patología social, ya que el paralizante no solo sufría de trastornos mentales, sino que padecía de sífilis cargando, asimismo, con todo el estigma que esta enfermedad generaba en quien la contraía.

Diversos tratamientos se emplearon para la terapéutica de esta enfermedad, primando el neosalvarsán 914. A diferencia de otros lugares como Bogotá, en Medellín la malarioterapia no fue incluida en la terapéutica, debido a los pocos resultados generados en estos pacientes. Los delirios de grandeza fueron una característica en los diferentes tipos de PGP, por lo que se convirtieron en una prueba visible para comprender, clasificar y diagnosticar esta enfermedad en el Manicomio. No obstante, estos delirios no fueron analizados por los médicos para la comprensión de la enfermedad. Estos solo justificaron la locura del enfermo. Por otro lado, como se mencionó en el texto, se encontraron variadas formas de PGP, lo que indica la complejidad de la enfermedad y la intención médica por su clasificación y comprensión.

La introducción de la penicilina como medicamento esencial y curativo de la PGP supuso su eliminación gradual del Manicomio y de las clasificaciones de las patologías mentales. Este medicamento actúa de tal forma que elimina el treponema sífilítico del paciente en sus estados iniciales, por lo que no permite que evolucione en una neurosífilis, cambiando el panorama médico y social de esta enfermedad y de quien la padecía. Ésta ya no sería considerada, como lo fue en la primera mitad del siglo XX, como una de las principales patologías sociales y que, a su vez, condenaba a su portador a terminar en el Manicomio.

Finalmente, la importancia de estudiar la PGP radica en que, al escribir su historia, se está escribiendo la historia del desarrollo y transformación de la clínica psiquiátrica, a nivel local e internacional. A su vez, se observa que las enfermedades mentales no son entes absolutos e inamovibles, sino que, como se evidencia con la incursión de la penicilina, factores externos a la persona y a la misma enfermedad mental pueden ocasionar la mutación o desaparición de una patología mental.

Fuentes primarias

Manuscritos

Archivo Histórico de Antioquia, Medellín (AHA)
Laboratorio de Fuentes Históricas Universidad Nacional de Colombia, Medellín (LFUN). Archivo Hospital Mental de Antioquia, Medellín (HOMO)

Periódicos y revistas

Boletín Clínico. Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Medellín) 1947
Repertorio de Medicina y Cirugía (Medellín) 1911
Revista Clínica (Medellín) 1920-1923
Revista Médica (Medellín) 1923

Impresos

Cavalier, Jorge. *Las doce plagas mayores*. Bogotá: Imprenta Oficial, Biblioteca aldeana de Colombia, 1935.
Castaño Abadía, Rafael. “Sífilis: estudio clínico y estudio estadístico de 2.651 casos”. Tesis Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1951.
Castro, Alfonso. *Juventud enferma*. Medellín: Tipografía Industrial, 1915.
Fournier, Jean Alfred. “La Sífilis. Consejos del profesor Fournier”. *La sífilis y demás enfermedades venéreas, sus orígenes y medios para combatirla*. Volumen 12. Buenos Aires: Editorial Claridad, 1928.
Téllez, Carlos. *La parálisis general y su tratamiento por la malaria*. Bogotá: Talleres de Ediciones, 1926.
Uribe Cadavid, Ernesto. *Parálisis General Progresiva. Contribución para su estudio*. Medellín: Tipografía Externado, 1928.

Bibliografía

Alexander, Franz y Sheldon, Selesnick. *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Barcelona: Editorial Espaxs, 1970.
Álvarez Torres, Jaír H. “Luis López de Mesa y el debate en torno a la degeneración de la raza: cuerpo y educación en los albores del siglo XX”. *Universidad de San Buenaventura* 23.1 (2005): 271-285.
Berrios, Germán y Fuentenebro de Diego, Filiberto. *Delirio, Historia, Clínica y Meta-teoría*. Madrid: Trotta, 1996.
Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*. Madrid: Akal, 2003.

- Giraldo Granada, Alejandro. “Entre putas y enfermedades, una mirada a las patologías relacionadas con el oficio sexual público. 1914-1936”. Tesis de pregrado en Historia, Universidad de Antioquia, 2013.
- Huertas, Rafael. *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Novalia, 2005.
- _____. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 1.2 (2001): 7-37.
- Obregón, Diana. “Médicos, Prostitución y enfermedades venéreas: de la reglamentación al abolicionismo, 1886-1951”. *Placer, dinero y pecado, historia de la prostitución en Colombia*. Eds. Aída Martínez y Pablo Rodríguez. Bogotá: Aguilar, 2002.
- _____. “Médicos, Prostitución y enfermedades venéreas en Colombia”. *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* 9 (2002): 355-391.
- Orozco Guarín, Carlos Andrés. “Inicios, esplendor y ocaso de la prostitución en Lovaina, Medellín 1925-1955”. Tesis pregrado, Universidad de Antioquia, 2006.
- Ortiz, José Manuel y Orozco Padilla, Jorge Armando. “Dudosa Ortografía. Cuerpos antihigiénicos y espacios insalubres: Prostitución e higiene pública en Cartagena, 1880-1920”. *Historia social y cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX*. Comps. Javier Guerrero Barón y otros. Medellín: UPTC/La Carreta, 2010.
- Postel, Jacques. “La Parálisis General”. *Nueva Historia de la Psiquiatría*. Eds. Jacques Postel y Quétel, Claude. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Quétel, Claude. *History of Syphilis*. Cambridge: Polity Press, 1992.
- Reyes Cárdenas, Catalina. “La condición femenina y la prostitución en Medellín durante la primera mitad del siglo XX”. *Placer, dinero y pecado, historia de la prostitución en Colombia*. Eds. Aída Martínez y Pablo Rodríguez. Bogotá: Aguilar, 2002.
- _____. *Al traspasar los muros de la casa: aspectos de la vida femenina en Medellín. 1900-1930* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 1994)
- Ríos Molina, Andrés. “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”. *Revista de Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 37 (2009): 71-96.
- Sánchez Moncada, Marlene. “La prostitución en Bogotá 1880-1920”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 25 (1998): 146-187.
- Urrego, Miguel Ángel. “La prostitución en Bogotá: Una realidad eclipsada por la moral”. *Placer, dinero y pecado, historia de la prostitución en Colombia*. Eds. Aída Martínez y Pablo Rodríguez. Bogotá: Aguilar, 2002.
- Vianna, Ulysses. “Sífilis do sistema nervoso”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 17.2. (2010): 683-691.
- Vos Obeso, Rafaela. “La prostitución en Barranquilla”. *Placer, dinero y pecado, historia de la prostitución en Colombia*. Eds. Aída Martínez y Pablo Rodríguez. Bogotá: Aguilar, 2002.