

**Sífilis en México durante la primera mitad del XX.  
Una biografía científica: de la enfermedad de la sangre a la enfermedad de  
transmisión sexual**

**Tesis  
que presenta  
Deyanira Cuanal Cano  
para obtener el grado de maestra  
en Ciencias Sociales y Humanidades  
(Contiene folleto de ilustraciones)**

**Directora  
Dra. Nuria Valverde Pérez**

**Comité  
Dr. Alejandro Estrella González  
Dra. Violeta Beatriz Aréchiga Córdova**

**Sinodales  
Dra. Laura Cházaro García  
Dra. Ana María Carrillo Farga  
Mtra. Carmen Imelda Valdés Vega**

**Ciudad de México, noviembre 2019**



## INDICE

Agradecimientos.....	3
Introducción .....	7
Capítulo 1. La sífilis: nacimiento de un objeto científico .....	31
1.1 Diseñando la sífilis: redes de conocimiento y laboratorios .....	31
1.2 A la búsqueda de la prueba de Wassermann .....	40
1.3 La prueba de Kahn .....	65
1.4 Entre pruebas fallidas y soluciones indeseadas.....	71
1.5 El Centro de adiestramiento “Dr. Eliseo Ramírez” .....	84
Capítulo 2. De la confesión al tratamiento científico .....	91
2.1 ¿La cura radical? .....	91
2.2 Confesando la sífilis .....	99
2.3 La campaña moral.....	117
2.4 Los tratamientos antisifilíticos en los servicios públicos .....	136
2.5 Los tratamientos antisifilíticos en el panorama farmacéutico mexicano.....	142
2.6 Los arsenicales en el laboratorio del Hospital Morelos.....	148
Capítulo 3. De los males de la sangre a los laboratorios infalibles: la sífilis en la prensa 1900-1950 .....	161
3.1 La sífilis y el cuidado de sí .....	170
3.2 El fantasma de la sangre impura.....	188
3.3 Entre la salud y el género.....	195
3.4 Los arsenicales: el tratamiento radical .....	213
3.5 Los sujetos inmunes: los preservativos masculinos .....	228
Capítulo 4. Las epidemiología: diseñando al enfermo por transmisión sexual .....	235
4.1 1864: una superficie de emergencia.....	240
4.2 La sífilis y la mortalidad infantil .....	248
4.3 La sífilis en la epidemiología: de enfermedad transmisible a enfermedad de transmisión sexual .....	258
Conclusiones .....	269
Tabla de ilustraciones .....	275
Bibliografía .....	279
Fuentes audiovisuales.....	279

Fuentes primarias .....	279
Fuentes secundarias .....	290

## Agradecimientos

Así como los cuerpos son inestables, las investigaciones también lo son y están sujetas a los vaivenes de la vida. Hubo un momento en que dudé poder terminar esta investigación. Reculé, releí, replanteé y, después de mucho, logré finalizar. El haber ingresado a la maestría en Ciencias Sociales y Humanidades en la UAM-Cuajimalpa fue una experiencia inesperada, que me dejó con muchas inquietudes y con pocas certezas, como no te cuentan que es una maestría, pero como agradeces que haya sido. Por ello agradezco a esta institución el haberme permitido ser parte de sus alumnos y espero alguna vez poder retribuirle todo el apoyo brindado. Todas las investigaciones, por pequeñas o grandes que sean, necesitan financiamiento y la mía sólo fue posible gracias a la beca que me otorgó el CONACYT.

Dice Anne Bogart que pocas veces tenemos la oportunidad de que las personas nos compartan su manera especial de ver y analizar el mundo, sus tradiciones, sus caminos y sus reflexiones, por ello me siento afortunada de haber tenido la guía de Nuria Valverde para realizar esta investigación y, por lo mismo, le agradezco su comprensión, su compromiso ético y el haberme permitido entender de una manera diferente los estudios de la ciencia y de la medicina. ¡Infinitas gracias!

Agradezco a Alejandro Estrella el haber sido parte de mi comité tutorial y su retroalimentación a mi trabajo. A Violeta Aréchiga le agradezco también haber sido parte de mi comité y todos sus comentarios. A Carmen Valdés le agradezco el haber aceptado ser parte de mi sínodo, sus comentarios y su cortés disposición para llevar a buen término este proyecto. De manera especial, le agradezco a Laura Cházaro su detalladísima lectura a esta tesis, sus recomendaciones de textos, sus comentarios puntuales, sus sugerencias y su amabilidad. De la misma manera a Ana María, cuyas correcciones fueron importantísimas para mejorar este texto y cuyas recomendaciones de textos me permitieron aclarar muchas ideas y mejorar mi exposición. Le agradezco también su gran gentileza y apertura al diálogo.

Agradezco al personal de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada su atención tan profesionalizada, también a Gamaliel Pineda, bibliotecario de la Academia Nacional de Medicina, su entusiasmo constante ante quienes llegamos en búsqueda de material.

Agradezco a Miguel su compañía nada inestable y la confianza que siempre ha tenido en mí y en mis intereses intelectuales. Sin su cariño y su comprensión este camino hubiera sido agreste. Agradezco a mis amigos, Iliana y Amílcar, por siempre estar cerca y por acompañarme de diferentes maneras en este camino; así como a Gaby por permanecer siempre tan cerca de mí a pesar de los kilómetros que nos separan. Este trabajo se lo dedico a mis padres que, como dice la canción, siempre están en mi mente.



*Muchas cosas hallarás de rasguño y bosquejadas,  
que dejé de matizar por causas que lo impidieron.  
Otras están algo más retocadas, que huí de seguir  
y dar alcance, temeroso y encogido de cometer  
alguna no pensada ofensa. Y otras que al  
descubierto me arrojé sin miedo, como dignas  
que sin rebozo se tratasen.*

*El Guzmán de Alfarache*

Mateo Alemán



## Introducción

La biografía de la sífilis como un objeto científico es larga y en esta investigación se abarca desde el momento en que se incrementó el interés por ella en la década de los setenta del siglo XIX hasta el final de la década de los cuarenta del siglo XX en la ciudad de México. Momento en que fue posible la estandarización de gran parte de las prácticas médico-científicas que clasificaron a la sífilis como una enfermedad de transmisión sexual. Esta investigación tiene una premisa básica: mostrar que la sífilis en México —tal y como la conocemos, es decir, como infección de transmisión sexual— fue un objeto científico construido a lo largo de la primera mitad del siglo XX al interior de los laboratorios científicos. Esto implica mostrar que, antes de la estandarización de las prácticas de laboratorio con métodos microbiológicos, la sífilis no era percibida ni clínica ni socialmente como una enfermedad susceptible de ser adquirida sólo por contacto sexual y que fue dentro de los laboratorios —unidos a la clínica con las prácticas estadísticas— en donde se le delimitó de esta manera, aunque siguió portando significados contruidos en el siglo XIX. Debido a esto, las angustias sociales que generaba antes de su estandarización<sup>1</sup> como infección de transmisión sexual fueron otras. Es decir, dentro de la medicina clínica decimonónica la sífilis fue un padecimiento no vinculado sólo con lo sexual, sino con otros fenómenos de la herencia y de la sangre, y con límites muy difusos.

A lo largo de su historia, las relaciones sociales y médicas con la sífilis han enfatizado o han desestimado su forma de contagio sexual dependiendo de emergencias sociales, pero su carácter venéreo ha estado presente casi siempre. Esto no significa, para mí, que el contagio sexual sea una característica ontológica de la misma, sino que es una condición que puede ser menos enfatizada en nuestra relación con la sífilis —o con otras enfermedades— y ser reclasificada sólo como enfermedad infecciosa, sin la categoría de lo sexual con la que la OMS (OMS, 2016) la delimita en la actualidad. Propongo que esta clasificación de la sífilis como infección de transmisión sexual es la que posibilita que nuestra relación con este padecimiento y con quienes lo padecen sea discriminatoria y estigmatizante. Para poder mostrar que esta reclasificación es posible, es necesario observar cómo ha sido la relación de la sífilis con lo

---

<sup>1</sup> Susan L. Star (1991) considera que la estandarización es un proceso creativo y económico que produce cultura material a partir de etiquetas, clasificaciones, medidas y modelos homogeneizados. Estos permiten que en todos lados el fenómeno se comprenda de la misma manera, lo cual fue posible sólo a los avances de la industrialización ocurridos en el siglo XX.

venéreo. Claude Quézel (1992) señala que la aparición de lo que se ha llamado la sífilis —a finales del siglo XV en Europa— fue vinculada a prácticas sexuales, por la aparición de las primeras manifestaciones en los órganos sexuales. Al parecer, en esta época los síntomas eran muy claros y avanzaban de manera rápida, pues desde la aparición de la primera pústula hasta el daño dermatológico total al cuerpo podían transcurrir sólo dos meses. (p. 17) Por esta y otras razones, el padecimiento fue vinculado a los males venéreos. Quézel afirma que gran parte de las primeras descripciones del padecimiento enfatizaban el coito como primera causa. (p. 21) En ese momento el padecimiento fue nombrado de diferentes maneras *morbus gallicus*, *la vérole*, *pudedangra*, la gran viruela y de otras maneras. (p. 25-26) Al parecer la virulencia de este mal causó tal terror que hasta los médicos estaban desconcertados. Pero pronto, la virulencia de este padecimiento se hizo menor y los pacientes mostraban recuperación después de seguir tratamientos complejos.<sup>2</sup>

En 1530 apareció el famoso texto *Syphilis sive morbus gallicus* de Jerome Fracastor, el cual, según Quézel, tuvo numerosas ediciones en el siglo XVI. En este poema se cuenta la historia del pastor Syphilus, quien ofende al dios Sol reemplazando su altar por el del Rey Aleithoüs. Para castigarlo, el dios Sol le envió una enfermedad venérea, que los habitantes nombraron sífilis en honor del personaje que lo padeció. (pp. 52-53) Quézel considera que el nombre no fue realmente usado hasta finales del siglo XVIII y que hasta este siglo las personas y los médicos prefirieron llamarlo “viruela” o “*la vérole*” o “*pox*”. Este autor señala que fue el médico Gaspar Torella el primero que vinculó el padecimiento con la prostitución, exigiendo en 1500 a las autoridades españolas que examinaran a las mujeres públicas que caminaban en las calles y de ser encontradas enfermas fueran enviadas a un lugar designado para recibir un tratamiento.

---

<sup>2</sup> Quézel (1992) señala que Gaspar Torella escribió el primer trabajo sobre la “enfermedad desconocida” y el primer caso completo registrado en 1496. “Nicolas Valentius, who had sexual relations in August with a woman who was infected with pudendagra (one of the many names he gives the disease). Valentius was infected, and an ugly ulcer appeared on his penis, accompanied by a certain hardening of the tissues (quadam duritie) which spread ‘like the spokes of a wheel, towards the groin’. In six days the ulcer had partly healed over but the patient experienced dreadful pains, especially at night, in the head, neck, shoulders, arms and legs. After ten days the same areas became covered in scabby pustules. The pains and eruptions persisted until 8 October. In four months Valentius, who has undergone a rather complicated course of treatment, recovered completely. He had nodes on all of his limbs; these had appeared recently, but disappeared with the use of purges, blood-lettings, sudations (swetings), resinous frictions, pills of celandine and aloe.” (P. 20)

En el siglo XVII, bajo el manto de la Reforma protestante, se comenzó a difundir que había dos causas de las enfermedades, las internas y las externas. Se atacó la vida licenciosa y se consideró que la lascivia, el libertinaje, el alcoholismo y la blasfemia dañaban no sólo el alma sino el cuerpo. Hubo una intensa moralización en torno a la enfermedad y se empezó a ver con sospecha a los enfermos y a pensar que se les debería abandonar a su miserable destino. (Quétel, 1992, pp. 73- 76) Por primera vez, se consideró que los males venéreos —entre los que estaba la “viruela” o el “pox”— eran realmente males del alma, pues si se llevaba una vida casta el posible contagio por vía sexual era eliminado. También en este período se registraron nuevos síntomas del padecimiento, se consideró que en su primera etapa o etapa reciente había desfallecimiento, dolores vagos, pies y manos calientes, chancros, bubones venéreos y gonorrea. Y que en la etapa confirmada aparecían pústulas duras en el cuerpo, particularmente en la cabeza, úlceras callosas alrededor de las “partes privadas” y dolor y deformaciones en los huesos. (Quétel, 1992, p. 77)

En el siglo XVIII el *James' Medical Dictionary*, de acuerdo con la teoría humoral, consideraba que la “viruela” era un “veneno activo” y penetrante que consistía en un fluido sulfuroso o un flogisto éter y fermentativo “which by its communication infects the other fluids of the human body”. (Quétel, 1992, p. 78) En 1777 John Hunter describió que la enfermedad tenía dos estadios. El primero era similar a los descritos en el siglo XVI, en el segundo había alteraciones en los tendones, en los huesos y aponeurosis. (p. 80) En estos momentos se desconocía si la sífilis era una enfermedad única o varias enfermedades, Hunter fue quien propuso la teoría unicista; esta postulaba que las enfermedades venéreas eran causadas por un “virus venéreo”, por lo que todos estos padecimientos tenían un mismo origen. Así, la gonorrea era sólo una manifección de la sífilis, así como el chancro. “Gonorrhoea and the chancre are the effects of the same poison”. (Quétel, 1992, p. 82)

Quétel afirma que en el siglo XVIII en Francia ocurrió otro momento que vinculó a la sífilis con la prostitución previo al movimiento reglamentarista que impondría la vigilancia sanitaria a las prostitutas. Él afirma que las prostitutas a finales del siglo XVIII tuvieron el rol de informantes de casos contagiosos, pues aún no se les consideraba cruciales en su rol de propagadoras de las enfermedades venéreas. (1992, p. 99) En 1764 en Francia se comenzó a hacer el primer registro de víctimas de enfermedades venéreas y en 1776 se designó que en la parroquia de Saint-Etienne du Mont los sufrientes de “viruela” —de ambos sexos— fueran atendidos hasta ser curados. (Quétel, 1992, p. 103) En 1821, el *Dictionnaire des sciences*

*médicales* definió a la sífilis como una enfermedad contagiosa que podía ser adquirida de muchas formas y que se manifestaba en formas tan variadas y numerosas que desafiaba las definiciones filosóficas. (Quétel, 1992, p. 109)

Entendemos así que se creía que uno de los medios de contagio de la enfermedad era el contacto sexual, pero que este podía ser suprimido y ser considerado un padecimiento del alma. O que no sólo el contagio por vía sexual era el único, sino que había otros mecanismos de contagio. También se creía que el mal venéreo era múltiple y dentro de él estaba la sífilis, por lo que la delimitación de la sífilis como un padecimiento con un agente etiológico único y con una sintomatología bien diferenciada no existía. Fernanda Núñez (2004) señala que en el siglo XIX en México y otros países europeos surgió una nueva “sensibilidad higiénico moral”, así como nuevos intereses hacia la “mujer pública”. Para esta autora, la obra de Parent Duchâtelet muestra el acento puesto a ese vínculo entre padecimientos venéreos y prostitución, el cual yo considero fue importante para incrementar el interés hacia la sífilis en los laboratorios. Duchâtelet, según Núñez, afirmaba “[...] el sexo, causa de perturbación, debe ser canalizado, como las aguas sucias en los conductos de desagüe [...]” También para Rosalina Estrada (1998), el libro *De la prostitution dans la ville de Paris* de este autor —publicado en 1836— cambió la relación entre enfermedades venéreas y prostitución pues sugirió la imposición de nuevas medidas ante estas enfermedades como “aislamiento, policía sanitaria y presidio para las enfermas infectadas de los males venéreos”. (Estrada, 1998)

De acuerdo con las indagaciones de Núñez (2004), este cambio de sensibilidad también puede rastrearse en México, en las investigaciones que esta autora ha hecho encontró que en 1842 la Memoria del Consejo Superior de Salubridad no mencionaba el control de la prostitución como una de sus obligaciones “ni siquiera por su estrecha relación con la propagación de la sífilis”, pero que “treinta años después no hay texto de salubridad pública que no insista en esa pandemia y causa obvia: la prostitución”. En otro documento de 1851, un funcionario expresaba su preocupación sobre “«el grado al que había llegado la desmoralización pública y los continuos escándalos que ocasionan las ramerías por la libertad en la que viven sin ser perseguidas»”. (Núñez, 2004) Como estas autoras, yo también considero que en la segunda mitad del siglo XX en México surgió una superficie de emergencia que comenzó a cuestionar de una manera diferente a los padecimientos venéreos y estas discusiones estuvieron estrechamente ligadas con los debates en torno al control de la prostitución.

Esta superficie de emergencia permitió incrementar las indagaciones de las enfermedades venéreas inicialmente desde el ámbito legal, desde el ámbito higiénico, posteriormente, desde la medicina clínica y, finalmente, desde el laboratorio. En donde cada enfermedad sería asociada de manera específica con un agente patógeno y en donde las sintomatologías serían delimitadas con claridad en las cuarta y quinta décadas del siglo XX. Por eso es que considero que la sífilis —con los límites que la conocemos ahora y con su sintomatología tan específica— fue construida en el interior de los laboratorios, lo que supuso distinguirla del conjunto de enfermedades venéreas con las que siempre estuvo asociada, pero también clasificarla dentro de un conjunto de infecciones relacionadas con las prácticas sexuales.

Para que la sífilis quedara diferenciada de otras enfermedades fueron necesarias nuevas técnicas de investigación dentro de los laboratorios, nuevas reformas, teorías y prácticas médicas. Para que quedara definida como infección de transmisión sexual dentro de las clasificaciones médicas del siglo XX, se tuvo que forjar un camino que nuevamente enfatizara su dimensión sexual y resguardara gran parte de los significados surgidos en el discurso prostibulario en el siglo XIX, esto sólo ocurrió gracias a la vinculación entre epidemiología, medicina clínica y pruebas de detección.

Comprender a una enfermedad como una construcción científica —esto es, como un objeto científico construido en el interior de los laboratorios— nos lleva a discutir con otras tradiciones de la historia de la medicina que consideran que las enfermedades tiene una ontología inamovible y perenne. Estas tradiciones son consideradas más ceñidas a una visión naturalista u ontologicista de las enfermedades.<sup>3</sup> Según Bruno Latour (2000), las tradiciones naturalistas y ontologicistas proponen que las enfermedades tiene una ontología permanente, la cual nos era desconocida y sólo necesitábamos descubrir. Es decir, conciben a la enfermedad como un fenómeno natural que sólo es variable en su manera de ser percibido, pero cuya características principales siempre han estado ahí. No consideran que algunos de los límites de los fenómenos llamados naturales son construcciones científicas diseñadas en el interior de los laboratorios o

---

<sup>3</sup> Ian Hacking (2002) considera que la oposición entre naturalistas u ontologicistas y la ontología histórica no es gratuita ni vacúa. Por el contrario, cada forma ofrece un modelo de investigación que ejerce una forma de relacionarse con el conocimiento y con el poder diferente. Asumir que hay verdades naturales innegables y perennes es negar cierta parte de nuestra creativa social y científica para construir verdad, objetividad, objetos, fenómenos. “Historical ontology is about the ways in which the possibilities for choice, and for being, arise in history. It is not to be practiced in terms of grand abstractions, but in terms of the explicit formation in which we can constitute ourselves, formations whose trajectories can be plotted [...]” (p. 23)

productos de condiciones sociales e históricas. No consideran que ciertos fenómenos adquieren sus límites, sus aspectos y formas de relacionarse debido a la intervención científica y a la creatividad social, la cual les construye sus entidades. A diferencia de las tradiciones naturalistas u ontologicistas, Latour y otros historiadores de la ciencia y de la medicina consideran que algunas enfermedades u otros hechos científicos considerados naturales se han diseñado en los laboratorios y no tienen una ontología natural propia, por lo cual para estudiarlos en la historia es necesario reconstruir su biografía científica.

Esto implica cuestionar si la dimensión del contagio sexual de la sífilis es algo propio de la enfermedad o es un hecho y condición histórica que puede ser construida social y científicamente de diferente manera. De hecho, los acercamientos a la sífilis de Estrada (1998) y Núñez (2004), que he mencionado, nos muestran que el interés por la prostitución y por controlar las formas de contagio sexual de las enfermedades venéreas no era algo que estuviera en México en la primera mitad del siglo XX y que los discursos prostibularios, de la segunda mitad de este siglo, enfatizaron el carácter sexual de los males venéreos sobre las otras percepciones de las manifestaciones asociadas a ellos como males de la sangre o patologías hereditarias, movilizand o una serie de investigaciones primero médico clínicas, que en el siglo XX se convirtieron en indagaciones microbiológicas y reconfiguraron las clasificaciones epidemiológicas a mitad de este último siglo.

En México, algunas autoras han estudiado profundamente esta superficie de emergencia de la sífilis —en la segunda mitad del siglo XIX— como objeto de disertación social en las discusiones de la prostitución, de lo higiene y de lo jurídico y cómo esto reconfiguró toda una serie de relaciones en torno a los males venéreos, en general, y a la sífilis, en particular. Núñez (2004) considera que la preocupación por la prostitución y su regulación tiene un vínculo con Francia y con un movimiento médico higienista. Y que el cambio que tuvo la regulación re la prostitución tuvo implicaciones sociales importantes (Núñez, 2002a), como lo fue una nueva manera de concebir a las mujeres dedicadas a la prostitución, una nueva manera de considerar a las mujeres trabajadoras, una nueva forma de concebir los tratamientos antivenéreos. Carrillo (2010) también investigó sobre las implicaciones del establecimiento de un sistema regulacionista de la prostitución y las propuestas abolicionistas que existieron en otros países para controlar la propagación de las enfermedades venéreas. De la misma manera cómo la campaña antivenérea de 1908 siguió acuerdos del I Congreso contra la sífilis de 1889, el cual

promovía la castidad y la continencia. También considera que este cambio en la forma de percibir las enfermedades indica una reacción social de los grupos de élite ante los pobres, no sólo en presente en la sífilis, sino también en otras enfermedades como el tifo, la peste o la tuberculosis. (Carrillo 2005; Carrillo, 2009; Carrillo, 2001)

Otras autoras han estudiado también la relación de la sífilis con la prostitución en los siglos XIX y XX, como Cristina Rivera Garza (2001), quien estudió cómo fue la criminalización del cuerpo de las prostitutas y cómo mediante la obstetricia y la ginecología se construyó conocimiento a través de sus cuerpos. También Núñez (2002b) investigó cómo este control fue ejercido sólo hacia las prostitutas y hacia las mujeres en el siglo XIX y que esta represión es una muestra de cómo el control de las prácticas sexuales en México surgió acompañado de un temor hacia las mujeres y con ciertas medidas sexo genéricas. También Estrada (2007b) analizó cómo la vigilancia de las enfermedades venéreas implicó en la práctica conductas contradictorias por parte de los médicos, por un lado, se protegió el secreto médico cuando el sufriente era un hombre o paciente de familia respetable, mientras que se promovió la revisión obligatoria cuando la mujer era considerada pública. Bliss (2003) analizó la percepción social de diferentes grupos — como prostitutas, clientes de prostitutas y médicos— de las campañas antivenéreas y del Reglamento del ejercicio de la prostitución y Código Sanitario de 1926, los cuales criminalizaron a los enfermos. También cómo se creó una nueva percepción del riesgo y cómo esto era el reflejo de una nueva complejidad de las relaciones sociales en la ciudad de México y de las formas de la sociabilidad. María Rosa Gudiño por su parte estudio las campañas sanitarias y la campaña antivenérea emprendida por el Departamento de Salubridad Pública, es decir, cómo fue la difusión de la prevención de estas enfermedades desde el ala gubernamental mediante conferencias y proyección de películas. (Gudiño, 2009) Por su parte, Carmen Zavala (2015) analizó cómo fue la lucha antivenérea de 1926 a 1940 y cómo esta estuvo inserta dentro de varios cambios legales del matrimonio, del contagio venéreo y del regulacionismo de la prostitución. (Zavala, 2015).

Si bien todos estos trabajos estudian la relación entre prostitución y sífilis, considero que los trabajos de Núñez, Estrada y Carrillo enfatizan un punto importante, ese momento de coyuntura en donde la enfermedad pasa de no haber sido tan relevante a serlo por completo y cómo eso cambió las formas de relacionarse de las personas con la sexualidad, con lo privado, con lo público, así como las formas de concebir la práctica de la medicina clínica de los médicos y

el lugar de los pacientes dentro de los hospitales, consultorios privados y laboratorios. Por otro lado, el trabajo de Núñez (2004) también aborda que hay una dimensión de las enfermedades venéreas que esta inserto con otras preocupaciones como las taras hereditarias, la degeneración de la raza y la esterilidad. El trabajo de Fabricio González (2007) también fue pionero en analizar a la sífilis como una patología hereditaria decimonónica, este autor analiza cómo alrededor de la sangre surgieron toda una serie de angustias sociales, pues se consideraba que la sífilis, clasificada dentro de las patologías hereditarias, provocaba la degeneración de la raza, así como los matrimonios consanguíneos o los matrimonios entre personas con enfermedades hereditarias. El trabajo de Estrada (2011) también señala las discusiones en torno a la sangre y a la naturaleza de las prostitutas, cuyos cuerpos fueron sometidos a disecciones en búsqueda de las características naturales que explicarían su naturaleza irreprimible y violenta. Carrillo (2010), por su parte, señala que las enfermedades en general tenían tres maneras de ser atendidas y que hay que estudiar el caso de la vigilancia de las enfermedades venéreas en el ejército en México, en cuya área también es pionera, pues implica una manera diferente de hacer extensiva la vigilancia médica a otros grupos sociales.

En esta investigación, no pretendo redundar en lo que las autoras ya han trabajado con bastante agudeza. El interés de esta investigación es entender cómo y bajo qué mecanismos la sífilis pasó de ser concebida como una enfermedad venérea, una patología hereditaria o una enfermedad de la sangre a finales del siglo XIX, a una enfermedad infecciosa, crónica y general a inicios del siglo XX y de ahí a una enfermedad de transmisión sexual en el siglo XX. Y bajo qué mecanismos las nociones criminalizantes surgidas en los discursos higiénicas y jurídicos en el siglo XIX pasaron al discurso científico de mediados del siglo XX, permitiendo que aún en la actualidad sea considerada motivo de vergüenza, tabú y discriminación. Pretendo mostrar también todas las dificultades científicas que hubo para estabilizar las técnicas de detección de la sífilis y los tratamientos farmacológicos, cómo hubo una búsqueda incesante en estos espacios por estabilizar y estandarizar a los instrumentos y técnicas científicas que permitieran delimitar a este padecimiento.

Cuando comencé esta investigación, yo consideraba como algunas de las autoras referidas, que la dimensión sexual era una dimensión inherente a la sífilis, pues así ha sido analizada y estudiada en la historia de la medicina en México y otros países. Pero los archivos médicos y las representaciones culturales que encontré y algunos de los acercamientos que las

autoras mencionadas propusieron sobre las otras dimensiones de lo venéreo y de la sífilis, me hicieron cambiar el enfoque y considerar que efectivamente la sífilis a finales del siglo XIX no era una enfermedad, ni dentro de la medicina clínica ni dentro de las percepciones sociales, vinculada estrictamente con el contacto sexual, pues era una enfermedad difusa, y que esa percepción y construcción de la enfermedad bien delimitada como de transmisión sexual se comenzó a fraguar a lo largo del siglo XX y se solidificó de esta manera al interior de los laboratorios científicos, para ser difundida de forma similar en la medicina clínica y en otras producciones socioculturales.<sup>4</sup> Esos datos me hicieron darle mayor relevancia a los laboratorios y a sus prácticas, considerarlos como los lugares en donde las enfermedades adquieren sus características, sus límites y su ontología histórica. Por ello decidí —a modo de Lorraine Daston, como expondré en líneas posteriores—, acercarme a la sífilis como un objeto científico y reconstruir su biografía al interior de los laboratorios. Por otro lado, la evidencia de las representaciones culturales de la sífilis, encontradas en la publicidad de productos para la salud, me hizo reafirmar esta hipótesis de que la sífilis era percibida como un padecimiento múltiple, asociado a la herencia, a la sangre, a la higiene, a la disciplina moral y a otros fenómenos no relacionados estrictamente con lo sexual en sus representaciones.

Esta investigación pretende vincularse con las propuestas de la ontología histórica la cual sostiene que algunos de los fenómenos que hemos entendido como fenómenos naturales y sociales puede ser también creaciones científicas, las cuales percibimos como naturales por la capacidad que han tenido de anclarse en la sociedad y de generar conocimiento científico y producciones culturales que las difunden de esa forma. De acuerdo con la historiadora de la ciencia Lorraine Daston (2014), los objetos científicos son “invenciones, forjadas en contextos históricos específicos y moldeadas por circunstancias locales”. (p. 11) Investigar un objeto científico implica desmenuzar fenómenos y percepciones que hemos naturalizado. Cuando se reflexiona sobre las enfermedades se suele pensar que estas tienen una única ontología natural, la cual es capaz de atravesar fronteras espaciales y temporales. Sin embargo, la perspectiva de la ontología histórica propone que los fenómenos se construyen en virtud de las relaciones que establecemos con ellos y estas relaciones están mediadas por conocimientos, instrumentos,

---

<sup>4</sup> La tesis doctoral de Fabricio González (2007), que conocí gracias a los comentarios a este texto de Laura Cházaro, es de los pocos trabajos que analiza a la sífilis como una enfermedad de la herencia y de la sangre. Muestra cómo la sífilis era un padecimiento difuso y asociado a las múltiples patologías de la herencia, más que una enfermedad de transmisión sexual.

técnicas, procedimientos, creencias y representaciones. Las enfermedades, desde esta propuesta, no tienen una existencia propia y es a través de nuestros conocimientos y herramientas científicas que nosotros les otorgamos esas cualidades. Adquieren por medio de nuestra intervención sus márgenes, nosotros somos quienes decidimos qué queremos saber de ellas y cómo las queremos delimitar, cómo las podemos delimitar y qué conocimientos construir con y a partir de ellas.

Algunas de las reflexiones hechas por Michel Foucault (1995), en *La Arqueología del saber*, permitieron abrir a los historiadores de la ontología histórica una nueva forma de acercarse a los fenómenos científicos y sociales. En esta obra, el filósofo considera que hay momentos en que emergen diferentes formas de vincularnos con los fenómenos naturales y sociales, momentos en los que surgen preocupaciones sociales nuevas en torno a algunos fenómenos, por ejemplo, la locura, el crimen, el suicidio, la justicia u otro. Estos momentos fomentan que toda una serie de discusiones e intereses se congreguen alrededor de estos fenómenos y adquieran relevancia social. A este momento histórico lo llamó “superficies de emergencia”. Que es el nombre que he utilizado en líneas atrás para nombrar al momento en que surgen las discusiones en torno a la prostitución para controlar las enfermedades venéreas.

Los objetos que son motivo de indagaciones científicas o epistemológicas pasan por “instancias de delimitación”, las cuales les otorgan sus márgenes. Las “instancias de delimitación” pueden ser diversos dispositivos y tecnologías de poder, según este autor, los cuales “aisla, designa, nombra e instaura” en campos particulares del saber a estos nuevos objetos. Es decir, un fenómeno pasa de estar en el ambiente social como una preocupación a ser motivo de disquisiciones de un campo del saber particular. Por ejemplo, en sus estudios de la locura, Foucault (2017) analizó cómo la locura pasó de un discurso religioso a uno médico y de ahí a uno psiquiátrico que la definió, delimitó y construyó en los términos contemporáneos como enfermedad mental.

De esta manera, los objetos se construyen epistemológicamente de una manera diferente, en disciplinas diferentes, con nuevas designaciones que funcionan como “rejillas específicas” que permiten a estos objetos ser insertados en sistemas de saberes diferentes, ser reagrupados, reclasificados, entroncados y puestos en oposición. (Foucault, 1995, pp. 67-68) Si bien, en estas reflexiones, Foucault no hizo una distinción entre diferentes espacios disciplinarios de construcción de objetos, sí propuso que el saber disciplinario y los dispositivos permiten construir fenómenos sociales de forma diferente y que es precisamente el saber disciplinario el

que delimita a estos objetos o fenómenos, insistiendo una vez más en que por sí mismos estos fenómenos no tienen sus propios límites. Por ejemplo, el interés por el control sexual en el control de las enfermedades venéreas, otrora, o de transmisión sexual ahora no existe por sí mismo como una característica de la enfermedad, sino que tiene que ser activado por campos disciplinarios, antes la higiene, ahora la microbiología y la epidemiología.

Si bien Foucault (1995) no señaló que los fenómenos sociales y los fenómenos científicos se construyen disciplinariamente en diferentes espacios y con diferentes *epistemes*, otros autores sí han distinguido que los objetos científicos sólo se construyen con conocimiento, instrumentos, métodos y técnicas científicas; esto significa que se construyen en los laboratorios. Latour (1992), Hacking (2001), Daston (2000) y otros historiadores de la ciencia y de la medicina, cercanos a la ontología histórica, conciben a los hechos y objetos científicos como productos de los laboratorios. Entre estos objetos científicos se encuentran las enfermedades. Theodore Porter (1995) también sostiene que gran parte de los fenómenos sociales que estudiamos son contruidos, pero no todos ellos al interior de laboratorios. Solamente los objetos científicos adquieren sus límites, su materialidad, su ontología al interior de los laboratorios. El señalamiento de estos historiadores no es superponer los objetos científicos sobre los fenómenos sociales, sino plantear un acercamiento que nos permita comprender de forma diferente que ciertos fenómenos y objetos considerados naturales son resultado de procesos de la creatividad científica humana y que son susceptibles de adquirir límites diferentes cuando son motivo de investigaciones científicas.

Los dispositivos que permitieron posicionar a la sífilis como una enfermedad infecciosa fueron técnicas científicas (pruebas serológicas), métodos científicos (tratamientos farmacológicos) y, como infección de transmisión sexual, herramientas científicas nuevas (herramientas epidemiológicas). Estos provocaron modificaciones importantes -en las formas de investigar, conocer, construir y percibir a la sífilis- surgidas de la microbiología, de la química-farmacológica y de la epidemiología. Al emplear nuevos instrumentos y herramientas científicas, se puede desplegar de una manera diferente un fenómeno social y cambiarle su estatus a objeto científico. De ahí que las primeras preocupaciones en torno a la sífilis vinculadas a un interés en torno a la prostitución, dejaron de ser relevantes al interior de los laboratorios, para darle más importancia al diseño de las pruebas, a la reproducción de los test y a su perfectibilidad, a los

métodos de visibilización del agente etiológico, al funcionamiento de los fármacos sobre el agente etiológico y a la búsqueda de la cura en el siglo XX.

Esto dio paso a una construcción científica de la enfermedad, que dejó algunas preocupaciones morales como el control de la prostitución a otras disciplinas como la jurisprudencia, pero que reconstruyó otras preocupaciones a través de las prácticas y conocimientos científicos, como la búsqueda de un cuerpo libre de enfermedades de transmisión sexual que pudiera probar su pureza mediante un test de la sangre y que lograra su purificación mediante su medicalización. Y que moraliza de una manera diferente sobre las infecciones de transmisión sexual, usando un discurso epidemiológico que surgió en las primeras décadas del siglo XX y se consolidó en la década de 1940, el cual se nutrió del discurso prostibulario.

Latour (1992) considera que los instrumentos científicos tienen dentro de sí una capacidad creativa y su sola existencia puede modificar el conocimiento que tenemos de los fenómenos sociales y las formas de relacionarnos con ellos. Hacking (2001) considera que no sólo generan conocimientos nuevos sino etiquetas, así como nuevas clasificaciones de la realidad y de los sujetos. Los instrumentos pueden ser “cualquier estructura, sea cual sea su tamaño, naturaleza o coste, que proporcione una exposición visual de cualquier tipo en un texto científico” (Latour, 1992, p. 67) y pueden ir desde “un componente físico, como un telescopio, pero también puede estar compuesto de software”. (Latour, 1992, p. 69) La teoría de redes nos ha enseñado que no basta con la incorporación de un nuevo instrumento, método o técnica científica para modificar las percepciones de un fenómeno, sino que son necesarias redes de conocimiento y la construcción y consolidación de una cultura material que lo difundan de una misma manera, es decir, que lo estandaricen. Esto significa que los objetos científicos como la sífilis no adquiere su solidez y robustez de forma natural, sino que la materialidad que soporta a estos objetos tiene que ser construida mediante acuerdos, estandarización y homogeneización de prácticas científicas, las cuales, a la vez, pueden estar atravesadas por cuestiones económicas y políticas.

Para el caso de la sífilis en México en la primera mitad del siglo XX, la red que construyó su ontología como objeto científico se dispersó gracias al establecimiento de laboratorios y es sólo por la permanencia de los laboratorios y la reproducción de los mismos métodos científicos y epidemiológicos que la construyeron que la sífilis permanece como infección de transmisión sexual y adquiere una apariencia de fenómeno natural. Es decir, que sin estos laboratorios o con metodologías de investigación científica diferentes sería susceptible de ser construida de una

manera diferente, por ejemplo, no vinculada enfáticamente con lo sexual, sino con otros fenómenos sociales.

Se puede considerar la “superficie de emergencia” de la sífilis ocurrió en las últimas décadas del siglo XIX. Desde 1865, con la implementación del Reglamento de Prostitución, es posible observar un aumento en las indagaciones médicas sanitarias y literarias en torno a las enfermedades venéreas o el mal venéreo. (Núñez, 2004; Carrillo, 2010; Estrada, 2007b) La sífilis en estas décadas finales del siglo XIX, como ya he mencionado, no era exclusivamente un padecimiento venéreo. Tenía un vínculo con lo sexual muy fuerte pero este se disparaba en diferentes direcciones. Por un lado, con el control de la prostitución y de las prácticas sexuales y, por otro, con los temas de la herencia. Se consideraba que una persona podía tener un padecimiento sífilítico, pero no por adquisición de un agente patógeno, sino por llevar una vida sexual inmoral, en el sentido de desordenada y sin contención. Es decir, había una interpretación moral de la enfermedad, lo que permitía la presencia del mal venéreo eran los excesos a los que el cuerpo era sometido, los cuales, en esta interpretación, agotaban al cuerpo y lo volvían susceptible a enfermedades. Desde la medicina clínica, la sífilis era una enfermedad crónica y general que afectaba a todo el cuerpo y lo debilitaba.

Charles Rosenberg (1992) asegura que desde la introducción de la noción de la cura total por el uso de fármacos masivamente en la segunda mitad del siglo XX, se perdieron varias de las dimensiones en torno a las enfermedades que hubo en otros siglos. Es difícil imaginar cómo las enfermedades, no sólo la sífilis sino otras también, no tenían límites precisos, modificaban su estatus dependiendo de en qué estadio se encontraran, quiénes la padecieran, cómo se manifestaran y en dónde ocurrieran. (Carrillo, 2009) En el caso de la sífilis, que era una enfermedad considerada también hereditaria —además de infecciosa y venérea — podía cambiar de estatus y convertirse en debilidad moral. Esta forma de relacionar las enfermedades con características de la personalidad y con la historia familiar fue moneda corriente en otras épocas.

Aunque la sífilis desde el siglo XV fue motivo de disertaciones médicas, fue la utilización de instrumentos científicos contemporáneos, la estandarización de los métodos de investigación y de las prácticas médicas, lo que transformó su estatus a infección transmisión sexual. Se estableció un camino para indagar científicamente a la sífilis desde las esferas médico-científicas y se desacreditaron algunas percepciones de la enfermedad que otrora gozaron de gran aprobación, así como se nutrieron y resignificaron percepciones de antaño. Este nuevo estatus

sólo se consolidó debido a procesos de estabilización del funcionamiento de los instrumentos científicos y a la estandarización de las prácticas y saberes científicos, vinculados con la epidemiología. La estabilización<sup>5</sup> y la estandarización permiten que nos relacionemos con un fenómeno sólo a través de una de sus caras, de la construcción más aceptada, del consenso ganador en la definición, en este caso, de la enfermedad. (Latour, 2000).

Pauline Mazumdar (2003) señala que la estandarización de la medicina, de los métodos actuariales, de los análisis químicos, de los análisis de alimentos y de prueba de materiales que conocemos en la actualidad representó la internacionalización de la sociedad (p. 438), la cual ocurrió hasta la década de los cuarenta del siglo XX en México. Al producirse en todo el mundo los mismos fármacos, los mismos instrumentos médicos, los mismos libros de medicina y otros medios de difusión y construcción del conocimiento, se genera la impresión de que el fenómeno a estudiar solo ocurre de una manera y tiene una ontología natural.

La estandarización en el mundo científico se genera a partir de la dispersión de conocimientos e instrumentos científicos que permiten analizar a una enfermedad, a un átomo, al cambio climático de la misma manera en cualquier parte del mundo. Latour (1992) considera que el planteamiento de la historia de la ciencia y de la medicina que él propone, junto a los historiadores ya señalados, ve a los fenómenos considerados naturales de una manera diferente, los ve contruidos y atravesados por instrumentos y por lugares específicos:

Con esta definición de instrumento podemos hacer muchas preguntas y comparaciones: cuánto cuestan, cuántos años tienen, cuántas lecturas intermedias componen un instrumento, cuánto tiempo se necesita para hacer una lectura, cuántas personas se emplean para activarlos, cuántos autores están utilizando las inscripciones que ellos proporcionan en sus artículos, cuán controvertidas son sus lecturas [...]. (p. 69)

Las reflexiones de Latour en torno a la ciencia como una red es importante en tanto que evidencia que estos hechos, fenómenos y objetos científicos sólo se sostienen mediante la red que les da soporte, la cual puede ser frágil o robusta y puede no ser la más idónea ni la más ética; esta red que construye así a un fenómeno social o a un hecho científico es sólo una forma de sostenerlo científicamente, pero no la única manera de construirlo ni de darle soporte. Es decir, que los objetos científicos construyen las redes que los sostienen y su soporte se basa no sólo en

---

<sup>5</sup> La estabilización de un instrumento, método o técnica científica es un concepto que se utiliza para explicar cómo los consensos en torno a la replicabilidad de las prácticas científicas omiten los errores, las discrepancias y las incertidumbres que prevalecen en ellas. Cuando un instrumento o método se estabiliza se omiten los disensos o las fallas y se opta por reproducirlo e interpretar los resultados sólo de una manera, de la manera más perfectible y menos problemática.

su materialidad, sino también en las teorías que los explican, en los productos que se crean a partir de ellos, en los conocimientos que generan, en lo material que los atraviesa y a lo que ellos atraviesan.

Muchos instrumentos científicos y pruebas de laboratorio no fueron considerados fiables cuando fueron incorporados a la práctica médica e incluso algunos fueron considerados productos de la charlatanería o sumamente peligrosos. La desconfianza estaba basada en múltiples factores y uno de ellos era, y sigue siendo, el grado de incertidumbre que los mismos instrumentos, procedimientos y técnicas de laboratorio tienen, tenían y tendrán. Este temor ha resurgido a partir de los accidentes y tragedias médico científicas, como el uso de la Talidomida (Healy, 2002, p. 35), cuya historia nos recuerda que la estabilidad de los instrumentos científicos, su homogeneización y su estandarización puede ser muy frágil. Roy Porter (1999) señala que la práctica médica dio a finales del siglo XIX un protagonismo mayor al laboratorio y, por lo tanto, un papel más activo a los laboratoristas, químicos e ingenieros. Por ejemplo, los estudios de Claude Bernard en torno a la glucosa a mediados del siglo XIX incitaban a los médicos a dejar de fetichizar a la enfermedad e indagarla dando importancia a los roles de la fisiología, la patología y la farmacología, es decir, incorporando mayores prácticas de laboratorio a la práctica de la medicina clínica. (p. 339) Los laboratorios dejaron de ser espacios de investigaciones aisladas para convertirse en espacios de exámenes diagnósticos que no sólo auxiliarían a la medicina clínica sino que la dirigirían. (p. 346) En México desde el siglo XIX se había incrementado la importancia de las investigaciones dentro del laboratorio en enfermedades como el tifo, el sarampión o la viruela (Cházaro, 2018; Carrilo, 2012; Carrillo, 2001a) y se habían comenzado a aplicar pruebas para el diagnóstico de enfermos que presentaban una sintomatología difícil de definir:

Dada esta precisión que adquirimos con las enseñanzas que el microscopio nos proporciona, tanto en el diagnóstico como en el pronóstico y tratamiento de los enfermos que se nos confían, y la multitud de casos en los cuales los demás signos objetivos y subjetivos con que se nos manifiestan las enfermedades son tan insuficientes ó tardíos en su aparición, que mucho que hoy el médico práctico[sic] y el profesor de clínica busquen constantemente a esos infinitamente pequeños que son la causa esencia de la mayoría de nuestros padecimientos. (Gayón, 1892, p.165)

Esta incursión en la medicina microscópica también se presentó en la historia y la construcción de la sífilis; de manera que estudiar la historia de la sífilis en México como objeto científico significa ir a esos laboratorios en donde comenzaron a discutirse los métodos científicos para indagarla. En esta tesis seguí el planteamiento hecho por Daston (2000) sobre la

historicidad de los objetos científicos. Esta historiadora sugirió una clasificación de formas en que los objetos científicos, emergen, se delimitan, se dispersan o estandarizan y se arraigan en la sociedad naturalizándose. Propuso, de una manera similar a Foucault, que los objetos científicos, en primer momento, son motivo de disquisiciones científicas, generan discusiones diversas y contrapuestas de las formas de considerar un fenómeno. Para ella, hay muchas razones por las que un fenómeno adquiere “preeminencia” (*salience*), es decir, se convierte en motivo de interés. Pueden existir desde presiones sociales hasta económicas. Esto hace que los científicos comiencen a cuestionar algunos fenómenos bajo metodologías e instrumentos científicos algo que no había sido cuestionado antes con estos. (p.7) Esta preeminencia permite que los objetos sean motivo de interés, pero lo más importante es que adquieren solidez y orden, de manera que puedan ser sometidos a sustanciosas investigaciones y explicaciones teóricas. (p. 7) Como he señalado ya, yo considero que esta “preeminencia” sobre la sífilis se dio en la década de los setenta del siglo XIX en las discusiones sobre el control de las enfermedades venéreas y la prostitución.

En segundo lugar, podrían o no haber existido en el panorama social, pero adquieren una visibilidad mayor a partir de métodos científicos que los indagan, nutren y reproducen, es decir, la forma en que serán observados adquiere una relevancia a través de su visibilización por métodos científicos. A esto Daston le llama “superficie de emergencia” (*emergence*), es decir, una forma más nove en la manera de concebir un fenómeno. Con eso, se refiere a que los objetos científicos responden de una manera diferente a un problema. (p. 8) La emergencia de los tests serológicos en general potenció, por ejemplo, la idea de que era necesario tener una prueba que evidenciara a la sífilis, la cual no sólo logró evidenciarla sino construirle una ontología nueva.

En tercer lugar, generan producción de conocimiento científico, pues al generar discusiones, aumentan el interés y provocan que el número de investigaciones en torno a ellos se incremente. (p. 5) Un objeto científico, para Daston, tiene regularmente capacidad productiva (*productivity*), esto significa que genera conocimiento. Los objetos científicos son activos en tanto que producen información, resultados, conexiones, manipulaciones, explicaciones y aplicaciones; esta productividad les da persistencia, estabilidad y mayor posibilidad de vincularse a otras expectativas científicas y adquirir nuevas cualidades, así como capacidad de permanecer en el tiempo. (p. 8) Por ejemplo, la sífilis como un nuevo objeto científico, como enfermedad de transmisión sexual, susceptible de ser diagnosticada con un test y de ser curada con arsenicales, se

promovió en la publicidad de productos para la salud que difundieron su existencia de esta manera y promovieron el uso de arsenicales para su cura. Es decir, su capacidad productiva se ancló a otros productos y representaciones culturales vinculadas con la salud, la enfermedad, la cura y el género. Aunque las autoridades médicas sanitarias de la Posrevolución en México, atacaron la publicidad de productos para la salud por, según ellos, promover el autoconsumo, el autotratamiento y no fomentar una relación con las enfermedades de forma científica, la publicidad de productos para la salud fue realmente la primera difusora de los nuevos tratamientos y la nueva concepción científica de la sífilis como una enfermedad de transmisión sexual. Por otro lado, la creación de múltiples tests serológicos y múltiples diseños terapéuticos implicó una productividad dentro de los laboratorios y el anclaje del test de Wasserman, y posteriormente el de Kahn, con otras pruebas diagnósticas, que también estaban a la búsqueda de su perfeccionamiento, como los test del tifo, de la lepra, de la tuberculosis, entre otros.

En cuarto lugar, los objetos científicos tienen una capacidad de arraigo (*embeddeness*) dentro de otras investigaciones científicas, adquiriendo robustez. Estos objetos científicos se arraigan tanto en el conocimiento científico, como en las creencias y expectativas sociales, así como en prácticas organizadas de técnicas e instrumentos científicos. Esta última característica que se le otorga al objeto científico le da una capacidad de permanecer por más tiempo, ya que su existencia se incrusta con la existencia de otros objetos científicos y su realidad se refuerza. (Daston, 2000, pp. 12-13)

Así comprendemos cómo desde la teoría humoral, hasta la teoría fisiológica, pasando por otras interpretaciones sanitarias y políticas previas al siglo XIX, construyeron a la sífilis como objeto médico clínico, como objeto jurídico, como objeto moral, pero no como un objeto del laboratorio. Algunos de los cambios que implicó concebir a la sífilis como un objeto científico en las primeras décadas del siglo XX fueron: 1) se propuso por primera vez que la sífilis podía ser diagnosticada con un margen de certeza mayor a través del uso de la prueba de Wassermann y otras pruebas serológicas (incluso podía ser diagnosticada en sujetos que no se sentían ni consideraban enfermos); 2) la enfermedad podía ser curada, es decir, que se abandonó paulatinamente la noción de la terapia paliativa y se pasó a una noción de la cura total (noción prácticamente inexistente a inicios del siglo XX), con ello se abonó a las teorías de la purificación del cuerpo; 3) la población en general era susceptible de tener sífilis, por lo tanto, por lo menos quienes desearan casarse deberían someterse a las pruebas diagnósticas, ser

exhibidos y ser sometidos a tratamientos incluso en contra de su propia voluntad, ya no sólo aquellos en quienes fuera evidente su enfermedad, o las mujeres que pertenecían al gremio prostibulario, o quienes tuvieran una historia familiar con algún miembro sífilítico; 4) la introducción de las pruebas diagnósticas abonaron a la noción de que las personas tenían el deber de conservar su salud sexual —la cual fue una noción surgida en el higienismo, que después se dispersó a toda la medicina clínica— tanto por cuestiones individuales, como familiares, económicas, laborales y nacionales; 5) los médicos pudieron finalmente registrar con un margen de certeza nuevo la prevalencia de esta enfermedad y el daño social que provocaba. Esto le dio al registro epidemiológico una base científica, pues se generó la impresión de que la información obtenida con la ayuda de la prueba diagnóstica era innegable. Estos cambios no hubieran sido posibles sin nuevas nociones de científicidad, sin la incorporación de nuevos métodos e instrumentos científicos y sin una estandarización gradual de las prácticas y saberes médicos que construyeron a la sífilis científicamente.

A diferencia de quienes pensaban que logrando estabilizar y estandarizar a la sífilis y a sus pruebas de detección y a sus tratamientos la enfermedad desaparecería, esto no ocurrió. Las pruebas nunca se convirtieron en cien por ciento confiables ni para los médicos, ni para los laboratoristas ni, mucho menos, para los enfermos. La prueba diagnóstica fue utilizada como un instrumento de segregación y clasificación de sujetos (sujetos sanos sexualmente y sujetos enfermos sexualmente), por lo que las personas generaron mecanismos para evitar someterse a ella. Aunque la estabilización y la estandarización de los métodos e instrumentos del diagnóstico de la sífilis sí adquirieron solidez o robustez y construyeron una sola forma de percibir este padecimiento, la sífilis hoy está lejos de desaparecer. (OMS, 2016)

Algunas historiadoras y filósofas de la ciencia (Haraway, 2004; Harding, 1986) han señalado que la ciencia ha colaborado en gran medida con la construcción del mundo en el que vivimos. En este sentido, considero que este cambio en la forma de acercarse a los padecimientos forjó un mundo en donde la salud sexual es extremadamente relevante en tanto que es necesaria para llevar a cabo políticas poblacionistas y se ajusta con una nueva forma del Estado de configurar sujetos bajo una lógica reproductiva y de mercado, como Franciszo Vázquez señala (2009). A la par de la construcción de un objeto científico se estaban construyendo nuevas nociones de salud, género, economía, bienestar e individuos. Si bien hemos heredado formas de concebir la salud y la enfermedad propias de una economía moral capitalista -es decir, una

noción del cuerpo como una máquina con una energía que debe ser dosificada y a la cual se debe modelar y programar para que sea productiva y reproductiva-, otros significados de la enfermedad correspondientes con un holismo patológico<sup>6</sup> no desaparecieron, debido a que las técnicas científicas son incapaces de construir siempre certidumbre, confianza y vínculos con las personas.

Latour (1992) considera que gran parte de los hechos científicos que conocemos nos llegaron ya como “cajas negras”. Este autor considera que las “cajas negras” omiten problemáticas y discusiones previas a los acuerdos, soluciones previas a la estandarización. Gran parte de los hechos y objetos científicos con los que convivimos no muestran su historia, permanecen sellados y sólo una fractura de ellos nos lleva a cuestionarlos.

Uno ve construido el hecho, el instrumento no se tiene en cuenta, y el trabajo concienzudo necesario para sintonizar los instrumentos desaparece, generalmente, de la ciencia popular. Por el contrario, cuando se sigue a la ciencia en acción, los instrumentos se convierten en los elementos decisivos inmediatamente después de los textos científicos [...]. (p. 69)

Este fenómeno de la caja sellada es importante, ya que soporta en gran medida lo que significa la difusión de la ciencia. Dorothy Nelkin (1990) sostiene la difusión de la ciencia tiene una dificultad para comunicar su funcionamiento desde adentro, pues este es muy complejo. Por ello, es que la difusión de la ciencia —para esta autora— se explica a través de metáforas que suelen resumir los procesos científicos, de manera que nunca nos enteramos de las dificultades que encierran y mucho menos alcanzamos a comprender su funcionamiento. Sandra Harding (1986) considera que gran parte de las formas con que apreciamos la realidad fueron construidas dentro de laboratorios y en ellas van incluidas nociones de género, de salud, de enfermedad, de naturaleza y de realidad. Esas nociones fueron hechas desde espacios localizados y privilegiados y el mantenimiento de esos espacios es lo que permite que las cosas sigan siendo entendidas dentro de esos márgenes. Fuera de esos márgenes, las enfermedades, la salud, el género u otros podrían modificarse y obtener otros límites.

Susan L. Star (1991) considera que en la actualidad vivimos procesos de exclusión. La sociedad industrializada tiene en su matriz generadora de conocimiento la construcción de la normalización y homogeneización social y, por ello, la de la exclusión. Conocer cómo un objeto

---

<sup>6</sup> Se considera que el holismo patológico es una forma de entender a la enfermedad desde diferentes disciplinas y prácticas sociales. No se limita a una forma científica o académica, sino que se nutre de diferentes tradiciones sociales, culturales, académicas y científicas. (Porter, 1995)

científico se construye nos permite comprender cómo nuestra ciencia puede ser también una ciencia hecha para discriminar, para oprimir, para evitar la existencia de la diversidad. Conocer cómo se logró este proceso estandarizador y homogeneizador no sólo nos permite comprender un fenómeno de una manera diferente, sino que nos da herramientas para cuestionar la realidad tan desigual e inequitativa que existe y cómo sus cimientos se ubican al interior de la ciencia. Para el caso de la sífilis, nos sirve para comprender cómo y por qué la construcción de la sífilis como infección de transmisión sexual construyó a la vez sujetos estigmatizados, discriminados y excluidos socialmente, como lo había hecho ya el higienismo y el discurso prostibulario.

Para Elaine Scarry (1985), muchas veces cuando se pide justicia al considerarse que se cometió un acto médico injusto, se suele pensar que el médico o el científico incurrió en una falta que la ciencia no le permitiría, pero no se considera que la ciencia y las prácticas médico-científicas, desde su conformación epistémica, son las que permiten, difunden y soportan esa forma de generar exclusiones y sujetos fuera de los límites, así como ejercer cierto tipo de violencias sobre los cuerpos. Hacking (1991) ha señalado que, en Occidente, las prácticas científicas resultantes de la modernidad, desde el siglo XVII, ya mostraban deseos de controlar cada vez más lo que él llama “el azar” o las probabilidades. Un viraje hacia un mayor control de los métodos de observación, de la obtención de resultados, de la noción de neutralidad y de ciencia se gestó desde ese momento. (Haraway, 2004) Lo que es observable en el caso de la sífilis es que el nivel de incertidumbre que generaba y tenía la enfermedad fue causante de grandes ansiedades sociales y desde finales del siglo XIX, pero principalmente en la primera mitad del siglo XX, se buscó perfeccionar instrumentos, métodos y procedimientos de laboratorio, prácticas médicas y tratamientos, para controlar con mayor eficacia y con límites más precisos a este padecimiento, así como a los sujetos que lo padecían.

Quétel (1992) considera que en Francia fue Alfred Fournier quien hizo de la sífilis una respetable rama de la medicina y quien estuvo a cargo de que las autoridades públicas se involucrasen en un programa de profilaxis nacional. En 1879 este médico había creado la Cátedra de dermatología y sifilología en el Hospital de Saint-Louis el cual, en palabras de Quétel, se había convertido la Meca en esa materia y en donde se llevó a cabo el 1er Congreso Internacional de dermatología y sifilología (1889). Fue Alfred Fournier quien mediante la tradición de la medicina clínica se había vuelto una autoridad en la sífilis y quien definió sus características sintomatológicas y dividió sus fases en primaria, secundaria y terciaria. (Quétel, 1990, p. 136)

También hizo un retrato del sifilítico “heredo”<sup>7</sup>, al cual describió como “aborto simiesco, envejecido prematuramente, flaco, grisáceo, de piel terrosa, testículos rudimentarios, barba rala, miembros atrofiados. (Núñez, 2004). A partir de los estudios de la sífilis en las escuelas de medicina francesa se comenzó a dar una mayor importancia a su estudio centrándose cada vez más en los aspectos de la transmisión sexual.

El reconocimiento de la llamada *spirocheta pallida* por Fritz Schaudinn y Hoffman en 1905 (cuya búsqueda fue pedida por las autoridades médicas de Berlín); la creación de múltiples pruebas de detección como la de August Wassermann, Levaditi u otras en 1906 o la de Kahn en años posteriores en Estados Unidos; la reincorporación del arsénico en los tratamientos médicos en 1905; el diseño del arsenical 606 salvarsán por Paul Ehrlich y su grupo de laboratoristas en 1909; la creación de la fórmula arsenical 914 llamada neosalvarsán años después; el uso del bismuto por Levaditi y Sazerac en 1921 para el tratamiento de la sífilis (Quétel, 1990, pp. 140-143) fueron consecuencias del interés científico en el mundo en torno a las enfermedades venéreas. La difusión de estos conocimientos provocó que hubiera una modificación en la forma de construir a esta enfermedad.

Aunque la difusión de la existencia de las pruebas serológicas y de los tratamientos arsenicales se dio de manera rápida en la prensa pública, los médicos, bien a bien, no conocían con lo que estaban lidiando. Tampoco la información otorgada al público a través de la prensa daba información precisa sobre los procedimientos de las pruebas o los tratamientos. Se puede decir, en términos de Latour, que tanto la prueba de Wassermann como los tratamientos arsenicales fueron difundidos sin ser todavía “cajas negras” completamente selladas, pero como si ya lo fueran. Hubo una temprana difusión, a través de productos de origen vegetal mayoritariamente, de la existencia de la reacción de Wassermann y de los tratamientos arsenicales, lo cual dio la impresión de que los científicos y los médicos ya conocían a la perfección el funcionamiento de ambos. La falta de experticia y certeza en los procedimientos para llevar a cabo las pruebas serológicas o los tratamientos por parte de los médicos no fue muy conocida por el público. La publicidad médica que en los diarios invitaba a la población a realizarse la prueba y descubrir si padecía sífilis vacilaba entre quienes apelaban a antiguas formas de detección de la sífilis y entre quienes promovían métodos “científicos”. Esta

---

<sup>7</sup> Según Núñez (2004), Hutchinson años antes, en 1860, también había descrito las “distrofias de la sífilis hereditaria” o “heredosífilis”, las cuales eran “dientes raros, iritis, tibia en forma de sable”.

ignorancia causó la impresión de que la reacción de Wassermann, u otra, podía sin margen de error evidenciar la enfermedad de alguien y en caso de no lograrlo era debido a la incompetencia médica, no a la inestabilidad de la prueba.

En el capítulo 1) mostraré cómo llegaron a México los primeros conocimientos en torno a las pruebas de laboratorio y cómo fueron necesarias más de dos décadas para lograr estabilizar y estandarizar las pruebas de detección de la sífilis, lo cual se logró con la creación de un centro de adiestramiento científico en la década de los cuarenta e implicó modificaciones en las relaciones entre práctica médica y las prácticas de los laboratorios, así como un incremento en el establecimiento de estos últimos y una política médica que diera mayor importancia a las prácticas de los laboratorios. En el capítulo 2) mostraré cómo también fue modificado el diseño de los tratamientos antisifilíticos, lo cual implicó una modificación en la forma de entender la asistencia médica, vinculada nuevamente con las pruebas de detección de la enfermedad. Además de una concepción de la salud y de la búsqueda de la cura como un bien que no se debería buscar sólo individualmente sino colectivamente y debería ser apoyada por el Estado. Se pasó de la atención hospitalaria casi privada e íntima a pública y popular, así como de una terapéutica médica dentro de los hospitales a tratamientos ambulatorios, de una medicalización paliativa a una curativa. En el capítulo 3) mostraré cómo la publicidad de productos para la salud promovió concepciones de la sífilis contrapuestas y de diferentes tradiciones (de la medicina clínica tradicional, de la microbiología, de la terapéutica de productos vegetales, de la terapéutica con productos sintetizados en laboratorios), pero todas ellas se insertaron dentro de una lógica capitalista nueva que construyó la noción del cuerpo sano como un cuerpo económico, que debería ser cuidado y conservado porque de él era posible obtener riqueza. Además, toda la nueva lógica con la que se explicó la sífilis favoreció la construcción de un tipo de individuos diferentes, cuyas subjetividades estaban traspasadas por la búsqueda de la salud, de lo sano, de lo puro y de lo normal. Por ello, esta tesis contiene un folleto de ilustraciones que le permiten al lector revisar la publicidad a detalle. Finalmente, en el capítulo 4), mostraré cómo la incorporación de las pruebas de detección modificó las formas de registrar a la sífilis dentro de la epidemiología y la solidificó bajo una técnica nueva como infección de transmisión sexual; esta visibilización permite ver las relaciones de la sífilis con las campañas de salubridad pública y muestra cómo los registros de sífilis -o de cualquier enfermedad- están ligados tanto a los aciertos como a las carencias de las prácticas de laboratorio, así como a políticas públicas que

pueden mostrar u ocultar fenómenos sociales, ya sea por falta de métodos o por intereses específicos. También se muestra en este capítulo cómo a partir de las estadísticas primero se construyó un sentido de prevención, de regulación de riesgos y de disminución de daños, al considerar que se debería atender la mortalidad causada aparentemente por la sífilis. Las estadísticas del siglo XX se relacionaron con una nueva forma de concepción del Estado mismo, de sus funciones y de las formas de regular a sus sujetos.

Así, esta tesis intenta demostrar que el conocimiento se construye en red, que los llamados fenómenos sólo nos son accesibles mediante la construcción de conocimiento que disciplinariamente decidamos crear y que las posibilidades creativas que tenemos de hacer y practicar la ciencia son diversas y estimulantes (a pesar de que la producción industrial y los procesos de homogeneización y estandarización atroces nos muestren el lado más pesimista de nuestras creaciones técnicas y científicas).

Para la elaboración de esta investigación recurrí a artículos médicos y científicos publicados en diferentes revistas médicas de la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, a tratados de la biblioteca del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, a documentación del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, a diarios del fondo hemerográfico de la Biblioteca Miguel Lerdo de Tejada y a revistas de la Hemeroteca Nacional de México.



# Capítulo 1. La sífilis: nacimiento de un objeto científico

## 1.1 Diseñando la sífilis: redes de conocimiento y laboratorios

Sobre la sífilis podemos decir que a finales del siglo XIX no se había dado a conocer “el descubrimiento” del agente etiológico de la sífilis. En México los médicos contaban con análisis de laboratorio para el diagnóstico de otras enfermedades al interior del Instituto Patológico Nacional en México-, pero las pruebas que había para la detección de la sífilis sólo estaban centradas en la observación de las evoluciones sintomatológicas en los recintos hospitalarios, siguiendo los planteamientos de Alfred Fournier.<sup>8</sup>

Las reflexiones de los médicos giraban en torno a las observaciones clínicas y estas variaban mucho. Algunos médicos se limitaban a determinar clínicamente si existía el recontagio después de que un paciente había recibido un primer tratamiento para la sífilis; si la sífilis era una enfermedad que se pudiera inocular; si la sífilis podía presentarse en diferentes tipos de chancros<sup>9</sup>; si la ausencia de sintomatología indicaba la cura; si la sífilis era una enfermedad hereditaria temprana o tardía, entre otras variantes. En los ambientes médicos de finales del siglo XIX, la sífilis era un padecimiento considerado diverso tanto en sus manifestaciones como en sus estadios, mientras que en las nociones populares no existía como una enfermedad única sino como múltiples enfermedades.

La observación de la sífilis dentro de los laboratorios en un primer momento se limitó a la observación de las espiroquetas. En diciembre de 1890, José Gayón<sup>10</sup> —quien fue uno de los primeros bacteriólogos en México y cuyas publicaciones nos muestran su constante interés en torno a este padecimiento hasta la segunda década del siglo XX— dio a conocer que mediante el

---

<sup>8</sup> Alfred Fournier, considerado un especialista en sífilis y altamente leído por los médicos en México desde finales del siglo XIX hasta la década del cuarenta del siglo XX, consideraba que la sífilis tenía tres estadios y que cada uno de ellos afectaba a los órganos en diferentes niveles. Influido por las teorías fisiológicas, consideraba que si se lograba quitar el chancro inicial era posible prevenir todo el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, consideraba que en los periodos secundarios y terciarios ocurría un daño a una mayor cantidad de órganos. (Fournier, 1906) Y en 1876 afirmó que la tabes tenía un origen sífilítico y en 1879 que la parálisis general también. (Estrada, 2004)

<sup>9</sup>En 1852 Léon Bassereau sugirió que el chancro blando podría ser una enfermedad diferente a la sífilis, atacando a la teoría unicista. También en esta época Philippe Ricord negó que hubiera contagio en el segundo estadio de la sífilis. (Quétel, 1992, p. 112)

<sup>10</sup> José Gayón obtuvo su título de medicina en 1883 en la Escuela Nacional de Medicina. (Carrillo, 2001b, p. 94) Fue bacteriólogo del Instituto Patológico Nacional hasta 1913. En 1915 pasó a ser jefe de la Sección Vacunal del Instituto Bacteriológico Nacional. (Cuevas, 2007, p. 83)

análisis de ciertas puses era posible conocer la infectabilidad de la sífilis y algunos de sus mecanismos de transmisión. (Gayón, 1892, pp. 164-175)

Inspirados todos los investigadores, en las experiencias sobre el pus de los bubones que verificó el Profesor Straus el año de 1884, Ducrey, Krethag, Jullien y el suscrito, hemos imitado su ejemplo haciendo inoculaciones con el pus del chancro original. Los dos primeros médicos citados, á pesar de haberse rodeado de todas las precauciones de antisepsia, han podido reproducir el chancro blando hasta la décima y décimaquinta generación, lo que parece confirmar las teorías de Ricord, Clerc, etc., sobre la inoculabilidad indefinida del chancrillo. [...]

En efecto, supuesto que tanto Jullien como Straus no han podido pasar de la tercera generación al inocular el chancrillo, es evidente que su inoculabilidad indefinida no es una verdad conquistada como suponían los antiguos sifilígrafos; y esto mismo prueban las auto-inoculaciones hechas en México, donde las generaciones de chancros simples han fracasado desde la primera generación. (Gayón, 1893, pp. 91- 92)

Este acercamiento de Gayón era diferente al acostumbrado en la medicina clínica en donde la auscultación era la herramienta más importante, en este tipo de estudios fisiopatológicos se estaba tratando de manipular las infecciones y de controlarlas. Por otro lado, al interior de los laboratorios se estaba construyendo la noción de que a través de las observaciones microscópicas era posible obtener diagnósticos; cabe recordar que a finales del siglo XIX no todas las prácticas de laboratorio estaban estrictamente vinculadas con la medicina clínica. Algunos médicos con formación de laboratoristas interesados en las innovaciones científicas ocurridas dentro de los laboratorios de otros países — principalmente europeos, en los que incluso habían estado— seguían las noticias de las innovaciones científicas con apego. Por ejemplo, el médico Ricardo Cícero,<sup>11</sup> quien fue alumno de Alfred Fournier en Francia, tradujo fragmentos de un artículo de Fritz Schaudinn en 1905, en donde se anunciaba el descubrimiento del “microbio de la sífilis” hecho por el zoólogo Élie Metchnikoff. En este, mencionaba que la primera noticia del descubrimiento había llegado “en un recorte de un periódico francés” enviado por el ministro mexicano en Francia a la Secretaria de Relaciones; ésta lo reenvió a la Instrucción Pública y al director de la Academia Nacional de Medicina, a la que Cícero ingresó en 1905. Mencionaba también que Schaudinn comenzó investigaciones después de que John Siegel le comunicara la

---

<sup>11</sup> De acuerdo con la investigación de Ana Cecilia Rodríguez (2018), Ricardo Cícero recibió su título de médico por la Escuela Nacional de Medicina en 1890. “Recién recibido viajó a Europa, donde permaneció un año dedicado a especializarse en dermatología en la clínica del profesor Alfredo Fournier.” ( p. 79) Fue médico en “la Casa de Niños Expósitos” y fue profesor “de sifilografía y dematología en la Escuela Nacional de Medicina. Fue colaborador del Instituto Médico Nacional. Fue profesor de Higiene en la Escuela de Salubridad. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1905 y fue su presidente en 1918. (p. 79)

presencia de un “protozoario minúsculo” en la “sangre y exudados de los sífilíticos”. (Cícero, 1906, p. 110)

La *S. pallida*, constante en todos los casos, se presenta en forma de un cuerpo sumamente delicado, muy poco refrigente en estado vivo y muy movedizo, filiforme, enrollado en espiral y de extremidades puntiagudas. Su longitud varía de 4 á 14 mm. y su anchura es cuando más de ¼ m., sus vueltas de espiral varían entre 6 y 14. Se distingue de la *S. refrigens* en su dificultad para teñirse; en su modo de enrollamiento, pues mientras ésta es ondulante al modo de las olas, aquella tiene vueltas mucho más numerosas, estrechas y bruscas á modo de tirabuzón. (Cícero, 1906, p. 110)

Esta noticia implicaba una modificación importante en la manera de concebir a la sífilis, pues planteaba por vez primera la posibilidad de visibilizar un agente que otrora era considerado ausente, invisible e inaprehensible. La posibilidad de observar un fenómeno o de no observarlo cambia la manera de relacionarnos con él. Para el mundo de la medicina significó la incursión de la microbiología en el estudio de la sífilis y nuevas definiciones y delimitaciones. En ese mismo artículo se contaba que Schaudinn recurrió al bacteriólogo ruso Metchnikoff, quien comenzó a hacer experimentos en el Instituto Pasteur de París y comunicó el nuevo descubrimiento a la Academia de Medicina de París. (Cícero, 1906, p. 111) El médico vienés Rudolf Krauss llevó las preparaciones de Schaudinn a Metchnikoff y a Emile Roux, por encargo de Schaudinn, y estos comenzaron a hacer experimentos de inoculación en monos. Es decir, la difusión de la posibilidad de observar el agente etiológico de la sífilis provocó un aumento en las investigaciones al interior de los laboratorios en torno a ella. Se consideró que si era posible observar al microbio y aislarlo, se podría trabajar tanto en alguna prueba de detección como en la cura.

El método de detección que Schaudinn había utilizado era el de tinción con el colorante de Giemsa “con la mezcla de azul de azur y eosina”. Se consideraba que el descubrimiento “estaba en pañales”, pero era seguro que todos los laboratorios iban a “apoderarse de él” y “las observaciones” a multiplicarse. (Cícero, 1906, p. 113) Ver a la *spirochetta pallida*, así como a otras bacterias a través del microscopio, se convertiría en una práctica común entre los estudiantes de medicina. Cícero entre otros médicos no podía ocultar su emoción:

Entretanto, el descubrimiento del microbio de la sífilis es de trascendencia suma, y aparte de su inmensa y variada importancia desde el punto de vista de la ciencia pura, hay que considerar que puede ser un utilísimo auxiliar del diagnóstico clínico en los casos dudosos y podrá permitir en un porvenir, tal vez no muy lejano, la preparación rigurosamente científica del tan ansiado suero antisifilítico. (Cícero, 1906, p. 115)

Lo que se pensaba sería una práctica fácil y reproducible, pronto resultó una práctica compleja y difícil de reproducir. Los laboratoristas comenzaron a tener dificultades para observar un mismo fenómeno de la misma manera y para obtener los mismos resultados. Nosotros sabemos que observar científicamente un fenómeno de la misma manera implica que antes construyamos una misma manera de verlo, es decir, que se homogenicen y estandaricen las prácticas e instrumentos científicos. (Latour, 1992) Para la reproducción de prácticas y observaciones científicas con resultados similares que construyeran y observaran a la sífilis de la misma manera fue necesario no sólo tener los mismos saberes, sino los mismos instrumentos, los mismos materiales y los mismos protocolos al interior de los laboratorios. José Gayón (1907) informó en un artículo a la Academia Nacional de Medicina que en México no existía el “líquido colorante de Giemsa”, ni el “azul de Marino”, que eran necesarios para las pruebas de búsqueda de las espiroquetas de la sífilis. (pp. 236-237) También señalaba que el médico Manuel Toussaint<sup>12</sup>—quien había estudiado con Rudolf Virchow y otros en Europa y era colaborador del Instituto Médico Nacional y director del Museo Patológico— tenía un “procedimiento” propio, el cual Gayón desconocía, que le había permitido reproducir observaciones similares a las hechas con la tintura de Giemsa. Esos experimentos de Toussaint habían sido dados a conocer por el médico Alfonso Pruneda<sup>13</sup> de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo». (pp. 236-237) Gayón mencionaba que él había intentado preparar la prueba de detección con la “formalina”, recomendada por Toussaint y Pruneda, la cual era una “solución hidro-alcohólica”, pero no había

---

<sup>12</sup> Según Rodríguez (2018), Manuel Toussaint Vargas “obtuvo el grado de médico en 1883” en Puebla y “revalidó sus estudios médicos en la Escuela Nacional de Medicina” en 1884. (p. 63) Recibió una pensión “por el gobierno para perfeccionar sus estudios en Europa”, permaneció en Alemania cinco años. “[...]fue discípulo de Virchow y Weigert en anatomía patológica y de Koch, Fraenkel y Peri en bacteriología. Estudió cirugía con von Bergmann y permaneció como médico interno durante dos cursos en el *Hôpital de la Charité de París*.” (p.63) Fue jefe del Servicio de Fisiología Experimental del Instituto Médico Nacional. (p. 63) Fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina. “Participó en la fundación del Museo Patológico” que “dirigió de 1902 a 1914” y del Instituto de Anatomía Patológico” en 1895, , el cual “igualmente condujo”. (p. 63) “Dirigió el Hospital General de México en 1913”. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1894 y fue su director en 1904 y en 1909. (p. 63)

<sup>13</sup> Según Alejandro Treviño (2014), Alfonso Pruneda obtuvo su título en 1902. En 1923 se convirtió en Secretario Perpetuo de la Academia Nacional del Medicina, cargo que ostentó hasta 1951. De 1923 a 1951 fue director de la Gaceta Médica de México. (Pp. 379-384) En 1905, según Claudia Agostoni (2010), dirigió la “sección de educación Secundaria, Preparatoria y Profesionar de la recién creada SEP”. En 1906 “fue catedrático de clínica médica en el Hospital Juárez” y de 1907 a 1911 “de esa materia en la Escuela Nacional de Medicina”. Participó en la fundación las discusiones para “establecer la Universidad Popular Mexicana” en 1912, la cual se cerró en 1920 y de la cual fue su rector de 1914 a 1920. De “1924 a 1928 fue nombrado rector de la Universidad Nacional”. (pp. 587-588) En 1920 “fue nombrado secretario general del Departamento de Salubridad Pública”. (p. 588) En 1923 colaboró con la “creación del Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga”.” (p. 588) Promovió la creación de la “Escuela de Salubridad en México” en 1922. (p. 588)

obtenido resultados satisfactorios. Ante esta situación había diseñado un procedimiento “con alcohol-éter” que le había permitido observar las espiroquetas. La solución que recomendaba era “reciente de tanino al 10 por ciento”, para después de lavar y secar poner “el violeta de genciana fenicada de Nicoll”. (pp. 236-237)

La prueba de Giemsa basada en la tinción de los microbios era una prueba de laboratorio que inicialmente no fue usada para diagnosticar la sífilis. En la historia de la medicina son comunes las adaptaciones de descubrimientos científicos para la resolución de nuevos o diferentes problemas. Según Ludwick Fleck (1986), el primer trabajo en torno a la prueba diagnóstica conocida como Wasserman apareció en octubre de 1906 y se titulaba “Una reacción serodiagnóstica en la sífilis” y estaba firmada por August Wassermann, Albert Neisser y Carl Bruck. (p. 115) Para Fleck, el descubrimiento del microbio de la sífilis provocó el interés de crear una prueba de sangre para el diagnóstico de la sífilis en personas. Cuando las autoridades sanitarias y políticas alemanas se enteraron del avance de los laboratoristas franceses en cuanto a la sífilis, pusieron todos sus esfuerzos en lograr avances en la materia también. Así, a Wassermann le fue encomendado concentrarse en el diseño y creación de una prueba de sangre para este padecimiento.

Wassermann describe la situación de la siguiente manera: «El director del departamento ministerial, Friedrich Althoff, me llamó a su despacho tras el regreso de Neisser de su primera expedición y cuando ya la investigación francesa nos aventajaba sobradamente en la investigación biológica-experimental sobre la sífilis y me pidió que trabajase sobre esa enfermedad para asegurar a la investigación experimental alemana su parte en este campo». (Fleck, 1986, pp. 114)

En México a diferencia de la noticia del “descubrimiento” del microbio de la sífilis —o años después del descubrimiento de una supuesta cura—, la noticia de la creación de la prueba de Wassermann no fue tan celebrada. De hecho, comenzó a pactarse con más asiduidad hasta los últimos meses de 1919. Las primeras opiniones en la prensa sobre la prueba de Wasserman no eran muy positivas. En enero de 1911, el médico laboratorista Genaro Escalona<sup>14</sup> publicó en *La Cruz Blanca* un artículo titulado “Acerca de la creasi[on] de Wassermann”. En él se mencionaba que la reacción de Wassermann no era una prueba fiable para diagnosticar enfermos de sífilis debido a que todavía era una prueba muy inestable y a que las propias observaciones de Wassermann eran inciertas:

---

<sup>14</sup> Genaro Escalona fue bacteriólogo del Instituto Patológico Nacional, Segundo Secretario de la Academia Nacional de Medicina de 1915 a 1916, también director del Hospital General de 1917 a 1918 y de 1924 a 1932, durante este último período impulsó los laboratorios de Análisis Bioquímicos Clínicos. (Pérez, V. y Sánchez, J. 1997, p. 62)

De la sangre en estudio se separa el suero, se calienta á 55° ó 56°, después se diluye en suero fisiológico para que quede al 1 por 20 ó al 1 por 40. En seguida se mezcla con extracto del órgano sifilítico y se añade un poco de suero fresco de cuy. Las proporciones pueden ser: 1 c.c. de suero diluído: 0.10 c.c. ó 0.20 c.c. de extracto de órgano y 0.20 c.c. de suero fresco. El conjunto se coloca en la estufa durante una hora, al final de la cual se alejará el complemento, es decir, estará esa mezcla en condiciones de no destruir los glóbulos de la sangre que se pondrá en seguida si la reacción es positiva, ó de destruirlos si es negativa.

Se continúa la experiencia añadiendo, inmediatamente glóbulos rojos (de buey, de carnero ó de paloma por ejemplo) a un suero calentado á 55°, de un conejo que ha sido inyectado previamente con los glóbulos en cuestión... Todo se coloca durante dos horas en una estufa, se agita de cuando en cuando, y se conserva algunas horas en el hielo. Una reacción positiva se manifiesta por la persistencia en estado natural de los glóbulos rojos. (Escalona, 1911, p. 3)

La descripción de Escalona no sólo valoraba a la prueba como inestable sino como complicada. Consideraba que, puesto que no se conocían bien todos los pasos de su técnica, no debería ser usada en México de forma generalizada ya que se había demostrado que la prueba daba positivo en enfermedades como la difteria, la lepra o la enfermedad del sueño. Por esta razón sugería que mientras no hubiese una prueba segura de la sífilis y un tratamiento infalible, lo mejor para prevenir la sífilis era llevar a cabo una campaña moral. (Escalona, 1911, p. 4)

Asimismo, mencionaba que en México aún no se contaba con alguien capacitado que pudiese reproducir la prueba. Este último punto me parece muy interesante, puesto que cuando se hacen estudios de la ciencia o de la medicina no reparamos en que la profesionalización de una disciplina requiere de múltiples soportes materiales y de la propagación de una experticia en común. Bruno Latour (2000) considera que una versión *light* de la ciencia suele confundir las noticias de los descubrimientos o invenciones científicas con las versiones definitivas, por lo que olvida los años de trabajo dentro de los laboratorios, la necesidad de adiestrar al personal para usar y poner a prueba los instrumentos, la necesidad de satisfacer los insumos materiales. Por otro lado, no reparamos tampoco en que es sólo a través de estos métodos en que la enfermedad se construye y puede cambiar su ontología. Escalona aseguraba que en México sólo una persona conocía el método de Wassermann:

[...] que yo sepa, solamente el Dr. O. González Fabela ha comenzado estos estudios hace dos meses, es decir, está familiarizándose con este suerodiagnóstico. Estoy seguro de que sus aptitudes y con los elementos con que cuenta en el Instituto Patológico Nacional logrará su fin, aunque una vez logrado, sería poquísimo el tiempo disponible de cada día para hacer las pruebas que necesitara una sola oficina de vacunas. Donde rendirá cada día mayores frutos la Reacción de Wassermann será en la Clínica de las Enfermedades Nerviosas. (Escalona, 1911, p 4)

El Instituto Patológico Nacional, en donde laboraban tanto Escalona como González Fabela, fue una meca de las investigaciones científicas en México de 1899 a 1914, fecha en que

este Instituto desapareció.<sup>15</sup> En 1905 fue creado el Instituto Bacteriológico Nacional que permaneció hasta 1921. Se sabe que entre los institutos Patológico y Bacteriológico surgieron disputas, estas estaban motivadas porque el Instituto Bacteriológico pasó de ser una sección dentro del Instituto Patológico Nacional a tener autonomía y a ser uno de los pilares de la investigación bacteriológica. Las dificultades económicas y políticas que atravesó el país durante la Revolución Mexicana y en momentos posteriores al movimiento armado influyeron en el desarrollo de ambas instituciones, por ejemplo, el Patológico Nacional fue cerrado en 1914 y parte del personal del Bacteriológico fue despedido y otro reasignado. Algunos autores consideran que la competencia intelectual y científica en investigaciones bacteriológicas que tenían estos institutos era notoria pero no se limitaba a ellos sino que incluía a los laboratorios de otros hospitales como el Hospital General, el Hospital Juárez y el Hospital Americano, con los que se colaboraba continuamente. (Tenorio, 2010, p. 14)

En 1914 González Fabela, quien había sido bacteriólogo del Patológico, pasó a ser el director del Instituto Bacteriológico Nacional (octubre de 1913), destituyendo a Ángel Gaviño Iglesias<sup>16</sup>, quien había sido su director desde 1905 así como director de la sección de bacteriología, desde que ésta sección fue creada en 1899, impulsada por él. (Cuevas, 2007; Castañeda, 2012) Según las investigaciones de Consuelo Cuevas, Octaviano González Fabela fue destituido en 1915 por no haber regresado al Instituto de un permiso de tres meses y fue puesto en su lugar Ángel Castellanos. Esta autora señala que varios de los puestos que quedaron sin sustitución al desaparecer el Instituto Patológico Nacional eran de bacteriólogos, como los de su antiguo director Ángel Gaviño, el médico Ricardo Rodé y José A. Vidal; otros eran preparadores de sueros o químicos como el médico José L. Vallejo y el profesor Alberto del Portillo. Otros

---

<sup>15</sup> Según Lidia Barajas (2018), en siglo XIX las actividades de investigación se realizaron en el Museo Anatomopatológico del Hospital de San Andrés (p.192), este había sido montado entre 1894 y 1895 por el médico Rafael Lavista. (Cházaro, 2018, p. 158)

<sup>16</sup> Ángel Gaviño estudió en la Escuela Nacional de Medicina titulándose en 1880. Realizó estudios de bacteriología en Alemania. Fue el fundador del laboratorio de bacteriología de la Escuela Nacional de Medicina. Fue catedrático de la Escuela Normal de Profesores y de la Escuela de Agricultura. Fue director y fundador del Instituto Patológico Nacional y director del Instituto Bacteriológico Nacional. Fue médico del Consultorio Central de la Beneficencia y practicante del Hospital Juárez y del Hospital de San Andrés. Formó parte de la comisión para perfeccionarse en bacteriología en el Instituto Pasteur de París en 1889, “en donde hizo un curso completo de bacteriología al lado de Pasteur, Roux y Ducloux”. También viajó a los institutos de bacteriología de Francia, Alemania, Suiza e Italia de 1903 a 1904. Colaboró con el Consejo Superior de Salubridad y del Departamento de Salubridad Pública en las reformas al nuevo Código Sanitario y en la contención de diferentes pestes después del periodo revolucionario. También colaboro como profesor y en diferentes proyectos con la Escuela Nacional de Medicina. Murió en 1921. (De Garay, 1960, pp. 899-903)

recibieron nuevos nombramientos como José P. Gayón, quien se convirtió en jefe de la sección vacunal, después de haber sido bacteriólogo en el Instituto Patológico Nacional. (Cuevas, 2007, p. 83) Esta nueva organización dejó en contadas ocasiones al Instituto Bacteriológico Nacional sin personal suficiente; aunado a esto, la Revolución Mexicana también hizo que la inestabilidad de autoridades gubernamentales interpusiera fines económicos a fines de investigación, lo cual redujo el número de proyectos.

El resultado de semejante visión, con las revueltas, condujo a que el 1° de junio de 1915 el Instituto Bacteriológico Nacional fuera cerrado. Se mandó avisar a Ángel Castellanos que, debido a que se habían suspendido las labores, se declaraba insubsistente su nombramiento y se le pedía atentamente que nombrara a un conserje que pudiera quedarse al cuidado del edificio y sus existencias. En enero de 1916 se volvió a abrir y se nombró como director a González Fabela, no obstante, durante los dos años que éste estuvo al mando, sólo se produjo vacuna contra la viruela. En febrero de 1918 Gaviño regresó a la dirección y en 1919 logró combatir con éxito una epidemia de peste bubónica que se extendió de Veracruz a Tampico, a pesar de que las condiciones de Instituto Bacteriológico seguían siendo muy malas. La institución nunca más se recuperó y desapareció con la muerte de Gaviño, ocurrida el 2 de enero de 1921, aunque meses después su edificio e instrumentos pasaron a conformar el Instituto de Higiene. (Cuevas, 2007, pp. 84-85)

Consuelo Cuevas (2007) considera que las autoridades gubernamentales, que funcionaron de manera intermitente de 1914 a 1920, no consideraban la labor de investigación como una pieza clave dentro de su gobernanza. Esto no sólo afectó a los laboratorios, sino que tuvo repercusiones sociales más inmediatas como los despuntes ya mencionados de algunas enfermedades epidémicas, las cuales ya habían sido controladas a fines del Porfiriato. De la misma manera hubo disminución de las investigaciones bacteriológicas. En cuanto a la sífilis se puede afirmar que no hubo un ambiente que posibilitara centrar y lograr grandes avances en la estabilización de la prueba de Wassermann en el Bacteriológico, pues por los reportes de Gaviño se sabe que las labores del Bacteriológico durante los vaivenes de 1914 a 1921 se centraron en la elaboración de sueros y la lucha contra las epidemias. (Cuevas, 2007, p. 85)

Hay que recordar que en 1895 la bacteriología fue incorporada como materia obligatoria en la Escuela de Medicina, según Ana María Carrillo (2001b). Fue precisamente Ángel Gaviño quien fundó el primer laboratorio de bacteriología en esa institución en 1888; ahí, todos “los lunes, miércoles y viernes” a las cuatro de la tarde daba el curso de Bacteriología (Priego y Saldaña, 2005, p. 292). Este estaba dividido en “a) Instrumentos de óptica y aparatos necesarios para el estudio de los microorganismos; b) Métodos de cultivo e investigación de las bacterias y c) Estudio teórico-práctico de las principales formas parasitarias”. (Priego y Saldaña, 2005, p.

294) Carrillo (2001a) considera que la “investigación básica se aplicó a la clínica” pues el Instituto Patológico estuvo ligado a diferentes hospitales, como el San Andrés, después de 1905 llamado General. A petición de los hospitales se estudiaron “el carbunclo, la malaria, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, el mal del pinto y enfermedades de los aparatos digestivo, respiratorio y del sistema nervioso.” (p. 29)

Hay que señalar que los primeros bacteriólogos obtuvieron su formación como médicos en México,<sup>17</sup> no obstante su especialización en bacteriología se hizo a base de estancias más o menos cortas en el extranjero o bajo la tutela de investigadores extranjeros que estaban haciendo estancias de investigación en México o bajo la tutela de bacteriólogos que se habían formado en Europa,<sup>18</sup> principalmente con cursos al interior de los Institutos Patológico Nacional y Bacteriológico Nacional. Podemos considerar que en la década de 1914 a 1920 fueron los conflictos internos de los laboratorios y el conflicto bélico los que imposibilitaron que hubiese grandes avances en torno a la estabilización de la prueba de Wassermann y una investigación institucionalizada de ella en México; también se puede afirmar que hubo una falta generalizada de interés por implementar de forma estandarizada las pruebas microscópicas para la detección de la sífilis, además las imposibilidades materiales y prácticas. En los momentos en que se dio a

---

<sup>17</sup> Algunos de los bacteriólogos famosos de finales del siglo XIX habían obtenido sus títulos de medicina en México: “Estudiaron en la Escuela Nacional de Medicina: Ángel Gaviño (quien obtuvo su título en 1880), Miguel Otero Arce (1880), Jesús E. Monjarás (1880), Ismael Prieto (1882), José P. Gayón (1883), Antonio Matienzo (1884), Octaviano González Fabela (1895), Teodoro Ortega (1896), y Ricardo Rode (1903). Manuel Toussaint (1883) y Manuel Vergara (1889) en el Colegio del Estado de Puebla, José M. Barrera (1886) en la Escuela de Medicina y Farmacia de Morelia, Aurelio de Alba (1893) en el Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí, Eusebio Guajardo Martínez (1895) en la Escuela de Medicina de Monterrey, y Diego Hernández Fajardo (1908) en la Escuela de Medicina y Cirugía de Yucatán.” (Carrillo, 2001b, p. 24)

<sup>18</sup> Algunos de esos primeros bacteriólogos fueron: “Antonio Matienzo estudió en la Facultad de Medicina de París; Jesús E. Monjarás en el Instituto Pasteur de París de 1890 a 1891, y fue miembro de las sociedades de Medicina Pública e Higiene Profesional de París, y de Higiene de Francia, entre otras; Ángel Gaviño estudió también en el Instituto Pasteur. Por otro lado, Joseph Girard, bacteriólogo francés e interno de ese instituto, trabajó desde 1906 como subjefe de laboratorio del Instituto Bacteriológico Nacional y, en 1913, fue catedrático de bacteriología de la Escuela Nacional de Medicina. [...] Entre 1906 y 1911, Harald Seidelin, médico danés graduado en la Universidad de Copenhague, hizo estudios en Yucatán sobre la fiebre amarilla. Jugó un papel fundamental en la renovación de la enseñanza y la investigación en ese estado. [...] Sus alumnos dilectos fueron Diego Hernández Fajardo y Abelardo Lara, quienes en ausencia de Seidelin se hicieron cargo de la cátedra de bacteriología [...]. Octaviano González Fabela recibió apoyo del Consejo Superior de Salubridad, del cual era miembro, para estudiar bacteriología en la Universidad de Harvard y, posteriormente, en la de Pensilvania. Durante los años de la revolución tomaría también un curso superior de bacteriología en Berna. Además, en el Instituto Bacteriológico Nacional trabajaron Howard Taylor Ricketts, profesor de las universidades de Pensilvania y Chicago, célebre por sus estudios acerca de la fiebre manchada de las montañas Rocallosas, cuyo bacilo descubrió, y su colaborador y compatriota, el también bacteriólogo Russel M. Wilder.” (Carrillo, 2001b, pp. 24-25)

conocer la prueba de Wassermann, la sífilis no era valorada como una enfermedad epidémica y se consideraba que mediante las medidas reglamentarias a la prostitución esta podía ser contenida. Hay que recordar que en 1862 durante el II Imperio se impulsó el registro de prostitutas y en 1867 fue promulgado el *Reglamento para ejercicio de la prostitución*, el cual tuvo ligeras modificaciones en 1871 y 1898. (Estrada, 1998) Y que en el Código Sanitario de 1891, en el artículo 222, se señaló que la prostitución no era libre y que tanto para ejercer la prostitución como para tener un burdel se debería solicitar un permiso a la Inspección de Sanidad y se debía seguir el reglamento. (Carrillo, 2010, p. 68) Otros médicos en México, en este momento, comenzaron a considerar que para disminuir la propagación de las enfermedades venéreas eran necesarias las campañas morales. Por otro lado, se estimaba que con el diagnóstico clínico bastaba para su detección, con los tratamientos para controlar su infecciosidad y con la disciplina moral para su prevención. También estos factores incidieron en que nuevas prácticas de laboratorio en torno a la detección de la sífilis no se desplegaran de manera sistemática en las primeras dos décadas del siglo XX.

## 1.2 A la búsqueda de la prueba de Wassermann

Entre 1909 y 1910 en la *Gaceta Médica de México* se publicaron diferentes artículos que hacían referencia a las observaciones de la prueba de Wassermann y sobre las mejores maneras de ser preparada y de ser llevada a cabo por médicos bacteriólogos que no radicaban en la ciudad de México, pero que había tenido una relación con el Museo Anatomopatológico. El médico Miguel Otero,<sup>19</sup> del Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí, fue el primero en hacer referencia a la técnica de la preparación de la prueba de Wasserman en diciembre de 1909. Consideraba que de ella se podía sacar mucho provecho pues su uso podría servir para diagnosticar a los enfermos con padecimientos sifilíticos no visibles, es decir, introdujo la noción de que había un agente etiológico como principal causante de la enfermedad, el cual no era evidente a simple vista. Por otro lado, esto permitiría evitar que quienes fueran portadores contrajeran matrimonio:

---

<sup>19</sup> Miguel Otero obtuvo su título de médico cirujano y partero en la Escuela Nacional de Medicina en 1883. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1911. Fue prácticamente del antiguo Hospital de San Andrés de la ciudad de México y director del Hospital Militar de San Luis Potosí, siendo Teniente Coronel. Fue fundador del Hospital Infantil y de la primera Revista de Pediatría en México. También fue fundador del Instituto Antirrábico de San Luis Potosí y profesor de la Escuela de Medicina de San Luis y de la Escuela Nacional de Medicina. Murió en 1915 en el Hospital General de tifo. (León, 1961, pp. 323-326)

Concluyo expresando que muy alto debemos divulgar la sana doctrina: de que si no es hemolizada la sangre de carnero con el método de Wassermann, ó si con el de Porges hay precipitado, resulta un signo *patognómico* por el primer procedimiento y *característico* con el segundo, de la sífilis; sin que se deduzca nada [...]. Por ejemplo, si el suero sanguíneo de un caballero, que ha tenido “avería” y desea casarse, no dio alguna de ellas; para autorizarlo en nombre de la Ciencia, será indispensable que tampoco existan ya Treponemas en su sangre; que resulte favorable un examen riguroso de su cuerpo, y nos conste que se sometió á una medicación alopática, por lo menos durante tres épocas de varios meses, tres años sucesivos.[...]. (Otero, 1910, p. 173)

Lo importante de la argumentación de Otero sobre los usos del método de Wassermann es que daba más relevancia a someter a las personas que desearan casarse a él. Es decir, tenía un fin dentro de las nuevas nociones de uniones conyugales y de procreación. Lo importante era demostrar que las personas que deseaban casarse estaban libres de enfermedades ocasionadas por el *treponema pallidum*, de esta manera deberían someterse a la prueba y dar negativo, así como ser medicalizadas por un periodo largo para eliminar la presencia del agente patógeno en caso de haber dado positivo. Para González (2007), desde el Código Civil de 1871 había una preocupación por generar un mecanismo que permitiera prohibir el matrimonio a personas consideradas “imposibilitadas de los fines del matrimonio”. (p. 82) Por lo que esta afirmación de Otero se unía a ese interés. Considero que la búsqueda de la estabilización de la prueba de Wassermann en México tuvo un uso práctico que resultó en la construcción de un nuevo tipo de individuo: inicialmente, el portador de sífilis, el cual no sería sólo un portador de la enfermedad sino un imposibilitado social.

Los portadores de sífilis —la cual era considerada por la medicina clínica como una enfermedad con múltiples manifestaciones que iban desde el raquitismo, la debilidad general, la debilidad de la sangre, la inestabilidad mental, la locura, la epilepsia, la histeria, afecciones dermatológicas o una patología hereditaria— eran llamados con frecuencia averiados y se creía que su prevalencia era más alta que la aparente. Pero la incursión y difusión de la existencia de la prueba de Wassermann diseminó la idea de que los portadores de sífilis podían aparentar salud y lozanía e incluso tener una vida normal, por lo que era necesario evidenciarlos con ella. La prueba se vinculó con un discurso moral que hacía necesario evidenciar a los sujetos portadores del *treponema pallidum* para marcarlos como insanos o impuros; por ello, no deberían ser considerados normales ni gozar de acuerdos y beneficios sociales como el matrimonio, la familia, la descendencia, el trabajo, entre otros. De esta suerte, junto a la búsqueda de la estabilización y, posteriormente, estandarización de la prueba de Wassermann también estuvo una ansiedad por

controlar y castigar los comportamientos sexuales y morales de las personas. A la larga, esta búsqueda construiría al sujeto enfermo de transmisión sexual. Lo que defiende es que las pruebas serológicas no construyen por sí mismas las definiciones y los límites de una enfermedad, sino que son los usos y aplicaciones que se le van dando los que nos permiten construirla.

Otero y el grupo de estudiantes con los que trabajaba, así como otros médicos en Europa, estaban a la búsqueda de un método de preparación más práctico, incluso modificando la prueba original, para producir una reacción más simple y fácil de usar:

*[...]la reacción de Wassermann consiste en la no disolución de los glóbulos rojos de carnero, á pesar de mezclarse en agua salada isotónica con las dos substancias para dicha hemolisis, en razón de que lo impiden el agente patógeno de la sífilis y sus productos; mientras que sin la última condición, ó en el tubo testigo con suero humano fisiológico, la emulsión de sangre de cordero resulta límpida. (Otero, 1910, p. 164) [Original en cursivas]*

La prueba de Wassermann era una prueba de precipitación, para realizarla se requerían: “el amboreceptor[sic] hemolítico, el complemento (suero de cuye[sic]), una emulsión de sangre de carnero, un extracto de hígado de niño heredo-sifilítico, y el suero del enfermo que motiva el examen”. (Gayón, 1910, p. 210) Para obtener el 1) ambo-receptor hemolítico: se inyectaba “subcutáneamente 5 ó 10 c.c. de sangre de carnero desfibrinada [sometida a un proceso para evitar coágulos] y centrifugada previamente á un conejo, repitiendo estas inyecciones dos ó tres veces, después de un reposo de 5 ó 6 días”. Después se sangraba al conejo y se obtenida asépticamente esa sangre que era calentada “35 minutos á 56 grados centígrados”. Este ambo-receptor se ponía en tubos de ensayo. Para obtener el 2) complemento de suero de cuy se hacía “al animal una sangría en la vena yugular y se desfibrina[ba]” y centrifugaba en una “solución al 50 por 100 en agua salada isotónica”. Para obtener la 3) emulsión de sangre de carnero se hacía también una “sangría en la vena yugular y se desfibrina[ba], cuando iba a mezclarse se agregaba “5 c.c. de sangre y 95 de agua salada isotónica”. El 4) extracto de hígado de niño se hacía “tomando la víscera con los cuidados de una técnica bacteriológica”, se trituraba y se agregaba agua isotónica, la papilla era desecada “al vacío y sobre ácido sulfúrico”. Cuando iba a ser empleado se tomaba “un gramo de dicho extracto” y se le trituraba en el mortero con “30 c.c. de agua isotónica”, la cual debería permanecer de “10 a 20 horas en la refrigeradora”, centrifugándose después y recogiendo el líquido que sobrenadaba. El 5) suero del enfermo se recogía haciendo una “punción intravenosa aséptica”, eran necesarios por lo menos “diez c.c. de sangre”, se dejaba coagular y “el suero” era recogido con una pipeta, se centrifugaba y se le

calentaba a “56 grados durante 35 minutos”. (Gayón, 1910, pp. 210-211) Como puede leerse, cada paso dentro de la obtención de la prueba implicaba un grado de experticia que no siempre se tenía. La falta de consenso sobre los pasos a seguir, la dificultad en la preparación de los materiales y el tiempo prolongado para la elaboración de la prueba de Wassermann la hicieron impracticable tanto a pequeños grupos como a multitudes en las primeras décadas del siglo XX.

Para familiarizar a los médicos con la reacción de Wassermann, Gayón (1910) señalaba que Jules Bordet y Octave Gengou habían creado un método en donde eran “necesarias dos substancias cuando menos” que podrían ser “complemento de Ehrlich, alexina de Bordet ó cytasa de Metchnikoff; y el amboreceptor, sensibilizatriz de Bordet ó fijador de Metchnikoff” para producir un fenómeno conocido como “hemólisis”, que es la destrucción de glóbulos rojos acompañada de una liberación de hemoglobina. En este método se deben reunir “suero abundante en anticuerpos microbianos” -como el antitífico o colérico- y “el antígeno ó microbios que han servido para la preparación de dichos sueros”. Así, “el anticuerpo se fija sobre el cuerpo de las bacterias”, decía, “si en un tubo de ensayo reunimos el complemento, el amboreceptor y glóbulos rojos, éstos últimos serán destruidos desde luego; pero si á esta mezcla del amboreceptor y el complemento, agregamos primeros los anticuerpos y los microbios (antígenos), y más tarde las hemacias, el fenómeno de hemolisis dejará de producirse”. (p. 209) También Gayón indicó que antes de ser empleada esta prueba para el diagnóstico de la sífilis, “ya se había utilizado en Alemania” para el examen “médico legal de las manchas de sangre” y para “demostrar la presencia de la tuberculina y antituberculina”, así como para indagar en la presencia de “anticuerpos contra el gonococcus”. (Gayón, 1910, p. 209)

En esos momentos era necesario relacionar la prueba con otras en donde el consenso era mayor y sus métodos de preparación eran más conocidos. En la actualidad hay seis tipos de pruebas serológicas: “la reacción de precipitación, de aglutinación, de fijación de complemento, de inmunofluorescencia, el radioinmunoensayo y el enzimoimmunoanálisis (ELISA).” (Ingraham e Ingraham, 1998, p. 449) Fleck (1986) señaló que, en efecto, la reacción de Wassermann era muy compleja y las variantes que surgieron intentaron disminuir algunos pasos y volverla no sólo más sencilla sino más precisa. La primera variante intentó “conseguir reacciones de fijación de complemento y de precipitación con la ayuda de lípidos puros y jabones”; la segunda variante abarcó “la eventual utilidad práctica de precipitaciones de globulina”; la tercera variante “intentó sustituir la reacción de fijación de complemento con otros métodos químicos y biológicos” y la

cuarta intentó “la utilización diagnóstica de la floculación en vez de la fijación de complemento” con “la ayuda de extractos orgánicos comúnmente utilizados en el métodos de fijación de complemento”. (p. 127) De las seis pruebas serológicas actuales que permiten la detección del *treponema pallidum*, las tres primeras son consideradas producto de esas variantes intentadas con la de Wassermann. En la actualidad, a pesar del perfeccionamiento de las pruebas, se sigue pensando que el diagnóstico no puede dejarse únicamente al test serológico y que tiene que ir acompañado de un diagnóstico clínico previo. De hecho, la técnica de precipitación en relación con aquella que mencionaba Otero no ha variado mucho:

Cuando un antígeno en solución se agrega de manera progresiva a un antisuero potente, se forman precipitados del complejo antígeno-anticuerpo. El entrecruzamiento de antígenos y anticuerpos da origen a estructuras enrejadas tridimensionales, las que coalescen, en gran parte a través de la interacción Fc-Fc, para formar grande agregados que precipitan. A medida que se agregan más y más antígeno se alcanza un óptimo después del cual, de modo uniforme, se forma menos precipitado. (Calderón, 2007, p. 21)

Esta forma de concebir a la prueba de Wassermann como difícil elaboración, pues realmente lo era, dominó hasta finales de la década de los treinta cuando fueron ganando espacio otras técnicas mucho más sencillas, como la prueba de Kahn. De la misma manera, otras más antiguas permanecieron, como la “inyección intradérmica”, en donde se aplicaba “glicolato de sodio al 1:20-1:50”, con el objetivo de producir un “nódulo” como de “una lenteja y poco dolorosa, ó bien de un eritema lenticular; á veces sólo brota una mancha roja ó una úlcera pequeña, que cicatriza con mucha lentitud”. (Anónimo, 1911, p. 392) Ese nódulo, decían, aparecía de seis a diez horas después de inyectada la solución y duraba cinco días, su presencia indicaba la existencia del agente patógeno de la sífilis. (Anónimo, 1911, p.392) Las variantes de la reacción de Wassermann también era un tema recurrente. Por ejemplo, Otero (1910) hizo referencia a la variante de Porges, que pertenecía al primer tipo, en donde se utilizaban lipoides o jabones en vez de antígenos y ambo-receptores.

El proceder consiste en emulsionar [mezclar] 0.10 centígramos de ovolécitina (precisamente de Merck porque varias otras marcas no me dieron resultado), en 50 centímetros cúbicos de solución de cloruro de sodio puro en agua destilada al 9 por 1,000, dentro de un mortero de ágata: (3) esta preparación dura correcta 1 á 5 días, pues presto hay precipitado, y se mezclan, en pequeño recipiente, cónico en el fondo de preferencia, partes iguales de la emulsión con lecitol y del humor en estudio, agitando después. «Hay precipitado, únicamente si se trata de la sífilis», dicen las crónicas. (p. 168)

En los boletines del Consejo Superior de Salubridad de 1909 —año en que comenzaron a salir notas en torno a la prueba de Wasserman en la *Gaceta Médica de México*— a 1916, los

laboratorios no registraron pruebas de Wassermann u otras variantes realizadas en sus hospitales, mientras que sí registraron el número de pruebas para detectar otras enfermedades como el tifo, la difteria, el paludismo o la tuberculosis. Esto muestra que esas indagaciones se concentraron alrededor del Instituto Bacteriológico Nacional o de gente que perteneció a él. En los registros que se tienen del Hospital Morelos hasta 1919 tampoco se registró la práctica de pruebas serológicas,<sup>20</sup> de hecho —en los reconocimientos a las pacientes ingresadas por tener “manifestaciones sifilíticas” (Lavalle, 1914, pp. 326-326) — los miembros de la Inspección de Sanidad aseguraban que la mayor parte de ellas pasaba únicamente por el reconocimiento clínico o más bien —dicho en palabras de los inspectores de sanidad— por un mal reconocimiento clínico debido a favores personales que los médicos del Morelos solían otorgarles a las enfermas. (Lavalle, 1914, pp. 326-326) Es decir, que estas mujeres eran privadas de su libertad, como afirma Fernanda Nuñez (2002b), pero no eran sometidas a pruebas serológicas y el reconocimiento clínico no siempre era llevado a cabo.

En 1919 Jesús Arroyo<sup>21</sup> pertenecía al Instituto Bacteriológico, estando en él propuso practicar la reacción de Lange —que era una prueba de floculación, la cuarta variante— por considerarla más adecuada y práctica para el diagnóstico de la sífilis y por presentar elementos más estables durante su preparación. Decía que la reacción de Carl Lange “del oro coloide” era la aplicación de los “estudios realizados por Zsigmondy acerca de la precipitación de substancias diversas, albúminas, cloruro de sodio, fósforo, etc.” al diagnóstico de algunas infecciones neurosifilíticas. (Arroyo, 1919, p. 115) Esta prueba diseñada en 1912 se basaba en medir la cantidad de proteínas en una solución de oro coloide. Si “la cantidad de proteínas contenida en el líquido cefalorraquídeo normal (previamente diluido al 1 por 100)” aumentaba y era suficiente

---

<sup>20</sup> Rosalina Estrada (2005) ha mostrado que había una preocupación en torno a la prostitución y su reglamentación, en donde la principal discusión era sobre la necesidad de la misma para la salud masculina, para que los hombres pudieran liberar sus deseos, que en caso de ser contenidos podían ocasionarles problemas de salud. El problema de la prostitución se vinculó con una herencia patológica en donde las mujeres que habían caído en ella no tenían salvación, pues estaban por su constitución física predestinadas a ella. “Si este cuerpo es tomado en cuenta es mediante las revisiones continuas y el control sanitario que deben pasar de manera semanal; aquí la enfermedad sustituye el cuerpo y lo define, porque no es la prostituta la que se califica, sino el padecimiento llamado “asqueroso” y “vergonzoso”.” (p. 134)

<sup>21</sup> Según Alejandro Treviño (2014), Jesús Arroyo Ávila recibió su título de médico en 1911 por la Escuela Nacional de Medicina y en 1932 el de doctor en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional. Fue profesor de Clínica e Histología en la Escuela Nacional de Medicina. Sus colegas consideraron que se dedicó a prácticas de técnico laboratorista. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1919. Junto con Tomás Gutiérrez Perrín fue considerado precursor del laboratorio clínico en México. (pp. 355-357) Hacia 1919 se encontraba laborando en el Instituto Bacteriológico Nacional.

para precipitar “[diluir una materia sólida] de oro coloide” significaba que existía una afección neurosifilítica u otro tipo de padecimiento. (Arroyo, 1919, p. 115)

Arroyo practicó la prueba a un gran número de enfermos que fueron diagnosticados con sífilis terciaria provenientes del Manicomio General, conocido como “La Castañeda”. La prueba de Lange había sido estudiada por él en revistas y libros norteamericanos pues, muy a su pesar, no había encontrado información suficiente de ella en textos europeos: “apenas si han llegado a mi manos dos trabajos de médicos españoles, publicados en una revista de Medicina, y los pocos datos consignados en libros americanos sobre las opiniones de autores extranjeros acerca de esta reacción; pero de la culta Francia nada he logrado obtener [...]”. (Arroyo, 1919, p. 114)

El estudio comparativo de un gran número de casos en que se han practicado los diversos exámenes de laboratorio aplicables al diagnóstico de la sífilis cerebroespinal (reacciones de Wassermann y de Jacobsthal, de Noguchi y de Noone-Apelt, numeración de linfocitos y reacción de Lange), prueba hasta la evidencia la eficacia de esta última en el diagnóstico de la parálisis general, a que vengo refiriéndome. (Arroyo, 1920, p. 126)

Con el ejemplo de Arroyo, se observa la preocupación médica por diseñar una prueba más sencilla que pudiera aplicarse a personas que clínicamente ya mostraban síntomas asociados con la sífilis en sus múltiples manifestaciones. La prueba en este tipo de casos vendría a corroborar el diagnóstico clínico, en este caso asociado a un problema mental y no a un problema de transmisión sexual. Por otro lado, Arroyo así como otros médicos obviaron una de las dificultades de la prueba pues esta daba positivo también con otros agentes etiológicos. En 1919 Emilio del Raso<sup>22</sup> opinaba que lograr diagnosticar la sífilis era importantísimo para descubrir el “origen específico de muchas afecciones variadas” y porque permitía aplicar un tratamiento de manera eficaz comprobando su efectividad mediante las pruebas, es decir, que hacía la relación entre diagnóstico y tratamiento. Del Raso mencionaba que en esos momentos ya era “de práctica corriente y universal” el método de Wassermann, aunque por la información consultada se puede asegurar que esto no era así. El registro que queda del Hospital Morelos muestra que sólo a algunas enfermas, a solicitud especial de alguna autoridad, se les practicó la prueba de Wassermann. (AHSSA, BP, EH, HM, Caja: 14, Exp: 17, 1919) Considero que las afirmaciones

---

<sup>22</sup> Emilio del Raso ingresó en 1891 en la Escuela Nacional de Medicina y obtuvo su título de Farmacéutico en 1894. Fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina, así como de la Escuela Nacional Preparatoria, de la Escuela de Industrias Químicas, de la Escuela de Salubridad y de la Facultad de Ciencias Químicas. Prestó servicios en el Hospital de San Andrés y después en el Instituto Médico Nacional, también en la Dirección de Estudios Biológicos, en el Departamento de Industrias de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo y en el Departamento de Salubridad Pública. Fue profesor de la Facultad de Ciencias Químicas. Murió en 1947. (Anónimo, 1944, s/p)

que hacía del Raso, más que ser una evidencia de que la prueba ya se practicaba, pretendían promover el uso generalizado de estas pruebas en la detección del agente patógeno de la sífilis.

Las dificultades que había en la preparación de la prueba habían sido simplificados por algunos laboratoristas; para Del Raso, los más interesantes habían sido los resultados de Julius Citron, discípulo de August Wassermann, quien había difundido cómo tenía que obtenerse la sangre del paciente, cómo se debería preparar y triturar el antígeno, cómo se deberían preparar los glóbulos rojos de carnero, cuál era la mejor manera de conducir la operación y cómo interpretar los resultados. (Del Raso, 1919, pp. 17-18) Sabemos que el libro de Citron, *Los métodos del inmunodiagnóstico y de la inmunoterapia* publicado en 1910 en Leipzig, se convirtió en un libro de cabecera para los bacteriólogos en Europa. (Fleck, 1986, p. 102) Este tipo de manuales sirvieron para la difusión y la estandarización de algunas prácticas de laboratorio. Cabe señalar que los tratados de sífilis encontrados en la biblioteca del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina versaban en torno al diagnóstico clínico y fisiopatológico de este padecimiento, pero también en torno a la importancia de usar prueba de Wassermann y las demás variantes para demostrar la presencia del agente patógeno de la sífilis.<sup>23</sup> Entre ellos, yo no encontré el método de Citron.

Por la misma dificultad de reproducir la prueba de sangre, se propusieron otras pruebas que analizaran los agentes patógenos por medio de otros métodos. Por ejemplo, Tomás Gutiérrez Perrín<sup>24</sup> propuso el análisis de los leucocitos de la sangre para la detección de la sífilis. Sostenía

---

<sup>23</sup> Algunos de los títulos fueron *Traité de la Syphilis* (1906) de Alfred Fournier, muy cercano a las nociones de las herencias patológicas y con un apego a la medicina clínica; *Manual de Sifilografía y de las Enfermedades Venéreas* (1936) de Jean Anselme y A. Sézary, también muy cercano a la descripción de la sífilis desde los postulados de la medicina clínica; *Sífilis y medicina interna* (1930) de Hermann Schlesinger, en donde se sugería que el diagnóstico se realizara basándose en observaciones anatomopatológicas; *L'hérédo-syphilis mentale* (1930) de L. Spillmann, el cual sí mencionaba la importancia de la reacción de Wassermann y todas sus variantes; *Traitement de la syphilis héréditaire* (1922) de Pierre Vallery y de G. Lacapère, el cual también hablaba de manera más detallada la importancia de la aplicación de la serorreacción de Wassermann y describía cómo iba modificándose de acuerdo con los tratamientos arsenicales; el *Tratado de las enfermedades venéreas* (1936) de J. Jadassohn, el cual incluía más detalles e imágenes de la reacción de Wassermann; *La syphilis. Experimentation. Microbiologie. Diagnostic.* (1909) de Constantin Levaditi y J. Roché, que como su título lo indica, daba una explicación de la sífilis ligada por completo a la microbiología y hablaba de la búsqueda del treponema mediante muestras por frotis, por sangre y por líquido cefalorraquídeo; *Terapéutica de la sífilis y de las enfermedades venéreas* (1929) de J. Nicolas, H. Mouton y M. Durand, el cual se centraba en los tratamientos de la sífilis, la gonorrea y el herpes y dejaba a un lado el asunto del diagnóstico.

<sup>24</sup> Según Rodríguez (2018), Tomás Gutiérrez Perrín fue un médico nacido en España. Llegó a México en 1908 para realizar investigaciones en torno a la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad. En 1913 fue catedrático de Histología en la Escuela Nacional de Medicina, aquí fundó el Laboratorio de Investigaciones Histológicas. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1919. Mantuvo un laboratorio personal, en donde desarrolló investigaciones

que científicos norteamericanos, principalmente, habían reconocido que el aumento de linfocitos en la sangre era una de las características de los enfermos de sífilis, los cuales aumentaban incluso en los periodos inmediatos al contagio; esto permitiría diagnosticar casos primarios de sífilis, lo cual no era posible hacer con la prueba de Wassermann (Gutiérrez, 1920):

<<5ª. La sero-reacción de Wassermann es más tardía en aparecer que la linfocitosis sanguínea.

6ª. En las sífilis viejas, no tratadas, la sero-reacción de Wassermann puede perderse. La linfocitosis sanguínea no se pierde.

7ª. La linfocitosis sanguínea se reactiva con el tratamiento. Si por excepción no existe desde el primer momento, la medicación la hace aparecer; si era escasa, la aumenta.

8ª. La reactivación de la linfocitosis sanguínea es propia del mal específico, no depende de la medicación; pues ésta, por sí sola, no la provoca en sujetos específicos.

9ª El tratamiento específico intenso y prolongado modifica la linfocitosis sin llegar nunca a la normal.

10ª La linfocitosis sanguínea del sifilítico es una reacción biológica que, seguramente, significa persistencia del treponema pálido. (Gutiérrez, 1920, p. 31)

Los deseos de confirmar que la sangre de los enfermos de sífilis estaba alterada condujeron a los investigadores a practicar todo tipo de pruebas. (Fleck, 1986) Las que en la actualidad conocemos como químicas sanguíneas intentaban observar alteraciones en la sangre ocasionadas por una infección o comprobar males hereditarios; este tipo de pruebas, de hecho, precedieron a las pruebas diagnósticas que intentaron especificar el agente patógeno. Hasta no estabilizarse las pruebas diagnósticas, los médicos sugirieron el uso tanto de las químicas sanguíneas para diagnosticar la sífilis. Tomás Gutiérrez quería diagnosticar la sífilis no a través de la detección de las espiroquetas, sino por la observación de alteraciones de la sangre debidas a una infección, que realmente podría no haber sido de origen sifilítico.

Dujardin (1919) sugirió la detección de la sífilis a partir de la observación de alteraciones oculares, de acuerdo con la Anatomopatología. Aseguraba que había “sífilis ignoradas” que podían localizarse analizando los daños ocasionados a la vista. Señalaba que el 21% de la población siempre ignoraba que padecía de sífilis pero si se recurría a las estadísticas del Departamento de Oftalmología el porcentaje se elevaba a 52% en hombres y a 86% en mujeres. (pp. 183-184) Dujardin también consideraba que más que ignorancia por parte del enfermo del “síntoma inicial” —pues con frecuencia el médico lo había corroborado— había una carencia de importancia al mismo. Sin embargo, estimaba que los médicos seguían errando en el diagnóstico

---

que fueron presentadas en la *Gaceta Médica de México*. Fue profesor de Anatomía Patológica en la Escuela Médico Militar, así como profesor de microscopía clínica de la Escuela Nacional de Medicina y en la Escuela Nacional de Enseñanza Mental. Trabajó también para el Instituto Nacional de Cardiología y para el Hospital de Ferrocarrileros. Asimismo trabajó como diplomático y fue catedrático honorario de diferentes universidades. (p. 107)

cuando había carencia del “chancro” primario o desconocimiento del carácter “efímero y benigno de los primeros síntomas”. (p. 184) Por eso, él daba una serie de síntomas oculares, dermatológicos y otirronolaringológicos que tenían que ser considerados por los médicos para diagnosticar la sífilis, aunque la persona por voluntad, ignorancia o incapacidad de los médicos negara su padecimiento:

- 1° Los cambios que sufre la pupila: irregularidad, modificaciones del reflejo luminoso.
- 2° Perturbaciones de reflejos tendinosos, siendo el primero afectado el aquileo; el clonus de la rótula y las modificaciones del reflejo cutáneo. Tiene gran importancia la desigualdad de los reflejos abdominales.
- 3° La leucoplasia, en particular la lingual, signo de certeza de sífilis; la leucoplasia de las comisuras y del paladar no tienen tanto valor.
- 4° Los trastornos auriculares, vértigos, sordera nerviosa, así como las lesiones laríngeas, sífilides o parálisis de las cuerdas vocales.
- 5° Los signos cutáneos, tales como leucodermia, sífilides terciarias, vitíligo, pelada, estas últimas muy relacionadas con la sífilis heredada. (p. 184)

Estos ejemplos, nos indican el creciente interés médico por evidenciar al enfermo de sífilis asintomático, por hacerle conocer la gravedad [que el médico daba] de su enfermedad y la necesidad de someterse a un tratamiento. A la vez, este interés en evidenciar la sífilis mediante un método microbiológico nos muestra una desconfianza creciente en torno al uso de los sentidos para diagnosticar clínicamente a esta enfermedad. Se sabe que desde finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX en Europa creció la percepción de que el conocimiento obtenido mediante los sentidos —sin la intervención e interferencia de instrumentos— era engañoso, lo cual movilizó la creación de un sin número de instrumentos y tecnologías científicas que permitieran a los investigadores disminuir errores y tener resultados más precisos en sus indagaciones. Se consideró imprescindible unificar los métodos de observación y homogeneizar lo observado para dejar de depender de las trampas que la vista podía imponer al observador; es decir, se pretendía eliminar diferentes formas de mirar la enfermedad y sobre todo aquellas que fueran consideradas subjetivas. De esta manera, se intentó constreñir la mirada científica al método y dar resultados neutrales y homogéneos.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> En torno a las técnicas de observación y la creciente desconfianza de los sentidos desde la época moderna, Jonathan Crary sugiere que las nuevas formas de observar implican un disciplinamiento de la mirada y que “el auge de la óptica fisiológica desplazó a los modelos de visión basados en la autopresencia del mundo frente al observador, en la instantaneidad y en la naturaleza atemporal de la percepción”. (Crary, 2008b, p. 19) También este autor considera que el observar es un acto que está sujeto a “un sistema de convenciones y limitaciones” históricas, por lo que las disciplinas entrenan a los observadores mediante métodos e instrumentos. (Crary, 2008a, p. 21) Daston (2012) considera que es precisamente con la ayuda de instrumentos y métodos científicos como se construye la noción de neutralidad y objetividad.

El hecho de que mucha gente diese una importancia menor a padecer sífilis tenía que ver con que culturalmente el enfermo no era considerado responsable de sus padecimientos. Es decir, se creía que quienes padecían manifestaciones sifilíticas no siempre las presentaban como resultado de una decisión voluntaria, sino también como resultado de una predestinación, mala fortuna familiar, mala herencia, de la cual no eran responsables. De ahí que, a diferencia del ambiente médico clínico e higiénico, criminalizar, culpabilizar o estigmatizar a quienes presentaban algunas manifestaciones sifilíticas no fuera moneda corriente. Por otro lado, dentro de la medicina clínica la sífilis se vinculó al tema de las herencias patológicas, como lo ha demostrado Fabricio González (2007), por lo que a la vez que se culpaba a los enfermos de sus padecimientos, se los exculpaba pues estos eran el resultado no de una falta personal sino de una transgresión hecha por algún ascendiente.<sup>26</sup>

Fue hasta la década de los cuarenta que en México lograron estandarizarse las prácticas de laboratorio que definirían y delimitarían microbiológicamente a la sífilis y la vincularan estrictamente con el contagio por contacto sexual. Para que esto ocurriera fue indispensable el establecimiento de un centro de adiestramiento para la elaboración de las pruebas de detección. Pero se puede considerar que, previo a este momento, hubo un giro médico y político en la forma de considerar a la sífilis hacia 1917 relacionada con una nueva economía de los cuerpos.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Sobre las patologías hereditarias, González (2007) señala que había grandes discusiones en torno a la heredabilidad de las enfermedades y la adquisición de las mismas y que estas debatieron sobre la legalidad de los matrimonios consanguíneos, en donde había discrepancias (tesis suaves y tesis fuertes) sobre si los hijos de estos matrimonios nacían con defectos, no nacían con defectos o nacían con defectos similares a los matrimonios no consanguíneos. Además existían diferentes propuestas para explicar las patologías hereditarias: "Ley de herencia directa e inmediata: los padres legan sus características individuales, antiguas y adquiridas a su progenie. Ley de la preponderancia en la transmisión de caracteres: uno de los padres tiene predominancia en la constitución del hijo. Ley de la herencia de vuelta, mediata o atavismo: la progenie puede heredar características de sus abuelos sin heredar aquellos más inmediatos de sus padres. Ley de la herencia atávica en los periodos correspondientes de la vida: las características (a menudo morbosas) se presentan en ciertos periodos de la vida." (p. 57) Debido a esta incertidumbre, para González, se decidió establecer una vigilancia general a todos los matrimonios, evidente inicialmente en el Código Civil de 1871, en donde se impidieron los matrimonios por consanguinidad, falta de edad, falta de consentimiento, miedo, entre otras causas que pudieran devenir en una procreación defectuosa.(p. 44)

<sup>27</sup> Según Francisco Vázquez (2009), siguiendo los planteamientos de Michel Foucault, el control sobre la sociedad se ha dado en diferentes maneras y desde el siglo XVI era evidente un incremento en los mecanismos y métodos para hacerlo. Tanto para Vázquez como para Foucault, la lógica capitalista dentro de su sistema de producción implantó nociones de la producción de riqueza que incluía desde el aprovechamiento de los recursos naturales hasta el aprovechamiento del cuerpo humano. De esta manera, el cuerpo se volvió uno de los centros de las discusiones, no sólo se trataba de disciplinar al cuerpo sino de normalizarlo, someterlo a un entorno que permitiera su máximo aprovechamiento y que lo produjera como un cuerpo que guarda riqueza en sí y por sí mismo. Así, las nociones del cuidado corporal se insertaron dentro de una lógica capitalista, este cuidado fue desde mejorar la salud hasta embellecerlo. La lógica del mercado propone una nueva relación con el cuerpo, que

Debido a que formaba parte del grupo de las enfermedades hereditarias y no había manera de saber si éstas se presentarían en los hijos de quienes las portasen, en 1917 en la *Ley de Relaciones Familiares* consideró que eran causal de divorcio o impedimento para contraer matrimonio “la embriaguez, la impotencia incurable, la sífilis, la locura y otra enfermedad crónica e incurable, contagiosa o hereditaria.” (González, 2007, p. 90) También se estableció que las personas que desearan “contraer matrimonio” debían presentar solicitud al “juez del Estado Civil” con un “certificado médico” que comprobase que los contrayentes no estaban inhabilitados “para unirse en matrimonio”. (González, 2007, p. 118) Cabe señalar que no se especificaba qué tipo de certificado médico, por lo que uno supone que la ley se refería a uno médico-clínico y no a uno bacteriológico.

Con las primeras discusiones en torno a las reformas que debían hacerse al Código Sanitario y a la implementación de campañas sanitarias se estimó importante que las autoridades sanitarias tomaran decisiones diferentes sobre la forma de relacionarse con las enfermedades.<sup>28</sup> Algunas enfermedades pasaron a considerarse epidémicas y otras sólo motivo de medidas profilácticas. Se cree que con la creación de los dispensarios antivenéreos en 1921 y, posteriormente, con la emisión del *Código Sanitario* en 1926 se comenzaron a evaluar las condiciones de los laboratorios, así como las prácticas clínicas y de laboratorio que deberían desplegarse para el control de la sífilis. Este balance de la sífilis intentó llevarse a cabo no sólo en

---

es susceptible de ser intervenido y modificado. Debido a que el cuerpo puede mejorarse, el no hacerlo se vuelve una falta personal y moral. De esta forma, la lógica capitalista culpabiliza, persigue y reforma los cuerpos de una forma diferente, no mediante la exclusión, el encierro o el hacinamiento, sino mediante la modificación constante del cuerpo, obligando simbólicamente a los sujetos a intervenir y producirse, señalando y culpabilizándose cuando no se hace. De esta manera, el sujeto se volvió el responsable de sus enfermedades, en tanto que no ahce nada para modificar su cuerpo y evitar su padecimiento. Según Foucault y Vázquez, este tipo de vigilancia y persecución se incrementó en un sistema de gubernamentalidad contemporáneo y tuvo su cúspide durante los gobiernos autoritarios del siglo XX.

<sup>28</sup> Según José Álvarez, Miguel Bustamante y Antonio López (1960), estas discusiones surgieron al momento de escribir la nueva Constitución de México después de la Revolución Mexicana. En ella, algunos estuvieron a favor de que las autoridades médicas incrementaran su nivel de control social en asuntos sanitarios. Sobre todo cuando se trataba de un asunto de epidemias o de salud pública. (pp. 65-66) Este autor considera que posteriormente se valoró establecer medidas preventivas contra “las toxicomanías, causas de envenenamiento y degeneración física, intelectual y moral” (p. 66) y hacia 1918 surgieron las discusiones sobre cómo debería ser la profilaxis de la sífilis en estas se consideró que : “1º Voto en contra de que se viole el secreto profesional, por causas de enfermedad u otra cualquiera; 2º Educación higiénica, persuasión de los médicos particulares para lograr la curación de sus pacientes de sífilis; 3º Amplia difusión de preceptos de higiene individual y colectiva, por parte de las autoridades sanitarias, y creación de servicios sanitarioasistenciales en donde se imparta atención gratuita a los enfermos que no puedan costear sus tratamientos; 4º Vigilancia de la prostitución e incremento de las actividades de profilaxis, y 5º Importancia de que los blenorragicos sean considerados como enfermos aún más peligrosos, socialmente hablando, que los de sífilis o <<avería>>.” (120)

la ciudad de México sino en todo el país. El *Código Civil* de 1928 dio una dimensión médica y científica diferente a la sífilis, pues convirtió en obligatoria la presentación de un certificado médico para contraer matrimonio, el cual incluyese la prueba de Wassermann. Es decir, se consideró que las pruebas de laboratorio eran las que deberían dar las resoluciones sobre los estados de salud de las personas y no sólo las revisiones clínicas.

Estas modificaciones popularizaron paulatinamente la noción de que la sífilis debería ser diagnosticada por mecanismos científicos modernos y la vigilancia debería ser extensiva a toda la población o, por lo menos, a aquella que deseara vincularse matrimonialmente. Es decir, contradecía aquella percepción de que sólo las mujeres dedicadas a la prostitución deberían clínicamente demostrar que no tenían padecimientos sifilíticos. También desestabilizaba la noción de que la sífilis era una patología hereditaria, ya que el uso de la prueba de Wassermann implicaba una concepción de la enfermedad como etiológica, contagiosa y adquirible. No obstante las disposiciones legales, los contextos materiales de los laboratorios en ese momento no se modificaron, ni las formas de enseñanza de la medicina al interior de la Escuela Nacional de Medicina, ni la popularización de laboratorios públicos, ni la profesionalización de la química y la microbiología. Tampoco en este momento se construyó y delimitó a la sífilis como una enfermedad de contagio exclusivamente sexual. Lo que haría la prueba de Wassermann sería evidenciar que los sujetos considerados previamente como susceptibles a tener herencias patológicas, las mujeres dedicadas a la prostitución, las personas con manifestaciones sifilíticas (ya fuera raquitismo, debilidad general, etc.) u otras personas que aparentaban salud eran portadores del *treponema pallidum*.

En 1927 Ángel de la Garza Brito, jefe de inspección de los médicos foráneos del Departamento de Salubridad Pública, quien también laboró en el Instituto de Higiene<sup>29</sup>, fue enviado a ciudades al interior de la república para conocer los procedimientos que se seguían al detener prostitutas y al intentar diagnosticar sus padecimientos. En gran parte de sus visitas reportó la constante falta de profesionalismo de los médicos en el momento de practicar los

---

<sup>29</sup> En 1921 el doctor Alfonso Pruneda “presentó un proyecto” para transformar el Instituto Bacteriológico en el Instituto de Higiene. En él se deberían hacer “estudios e investigaciones científicas” relacionadas con “las enfermedades transmisibles”, en la “elaboración de biológicos para la prevención y tratamiento y a formar las estadísticas de los padecimientos reinantes”. Sus directores fueron en 1921, Fernando Ocaranza; de 1914 a 1925, Jesús González Ureña; de 1925 a 1929, José Zozaya, de 1929 a 1930, Alfonso Castrejón; de 1930 a 1938, Eliseo Ramírez Ulloa y de 1938 a 1950, Ernesto Cervera Barrón. (De la Garza, 1964, p. 1156)

reconocimientos clínicos, al no seguir ningún procedimiento médico, ni ético. Por ejemplo, de la ciudad de León dijo:

Las prostitutas [...], dependen administrativamente de la Junta de Sanidad Local, dependiente a su vez de la Dirección de Salubridad del Estado, pasan visita semanariamente y siendo el examen en extremo rudimentario, ya que pudimos observar por un examen clínico somero a algunas de las sospechosas, que cinco mujeres de la primera clase padecían sífilis y casi todas las de segunda y tercera manifestaban haber padecido de escurrimientos vaginales que nunca habían sido tratados. El local en que se les pasa visita es de los más asquerosos y anti-higienico[sic] que se puede concebir y la dicha visita es solo una rutina o medio de sacar algún provecho a estas infelices. (AHSSA, SP, IAV, Caja:3, Expediente 5, 1927)

Sobre la revisión médica a prostitutas en Querétaro decía que había un espacio dentro del Hospital Civil en esa ciudad en donde se les practicaba un “examen sanitario” por autoridades de la mal llamada “Inspección de Sanidad” que para él era “un antro digno de figurar en las páginas del <<Infierno de Dante>>”. Ahí le tocó observar que el “médico de Sanidad” hacía revisiones ginecológicas “sin tener en cuenta la forma más elemental de ética médica y cometiendo verdaderos delitos de lesa higiene, en nuestra presencia se examinaron alrededor de diez mujeres con el mismo espejo, sin lavado alguno previo o desinfección”. En Zacatecas algunas prostitutas le habían contado que la gonorrea no era una enfermedad temible y para otras enfermedades venéreas la “desinfección tenía que ser hecha con el jabón 606”. En esta ciudad, “el examen que se les practica deja mucho que desear y solamente a las que manifiestan lesiones bien claras de estar enfermas se les recluye en el Hospital, en donde [...] pasan varios días sin que se les haga curación[sic] alguna.” De Aguascalientes mencionaba que el examen clínico a las mujeres era hecho “bastante bien”, pero señalaba la “falta de microscopio e instrumentos adecuados”. En la ciudad de Puebla mencionaba que la Inspección de Sanidad dependía de la Dirección de Salubridad de la ciudad, en ella se practicaban “exámenes bacteriológicos y reacciones de Wassermann” en “condiciones bastante buenas”. En la ciudad de Toluca había encontrado que la revisión clínica era hecha a las prostitutas semanariamente pero dicho examen era “llevado a cabo de una manera rudimentaria y sin ningún estudio bio-químico, de tal manera que muchas de las enfermas pasan desapercibidas”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Expediente 5, 1927)

En la ciudad de Torreón la visita médica era dos veces por semana y fue considerada por De la Garza como “bastante rudimentaria” pues no contaba con “ningún examen bioquímico”. En otras ciudades como Durango no se hacía una inspección de sanidad ni revisión médica, cada mes un enviado del médico de la Inspección de Sanidad pasaba por las cartillas de sanidad de las

mujeres y se las llevaba al médico quien firmaba cuando las cartillas iban con su respectivo pago: “se recogían los libretos de odas las pupilas, se llevaban al médico y las firmaba mediante el pago de \$2.00 cada una”. En Morelia, un “Vocal de Sanidad de la Dirección de Salubridad Local” era el encargado de las revisiones médicas; De la Garza consideraba que ahí aquel practicaba “un examen enteramente superficial y por el que cobra de uno a dos pesos, según la categoría de las mujeres”, además de practicar exámenes por adelantado pues había encontrado un “libreto en que aparecía que la mujer había sido examinada pero marcando la fecha de la semana siguiente”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 5, 1927)

Este informe De la Garza sugiere dos demandas, por un lado, la aplicación de pruebas bacteriológicas a todas las mujeres dedicadas a la prostitución, independientemente de que su enfermedad fuera visible o no y, por otro, la profesionación de las prácticas de la medicina clínicas mucho más vinculadas a las prácticas de los laboratorios para la ejecución de los diagnósticos. Por otro lado, su informe evidencia la falta de un profesionalismo en la práctica de la medicina clínica y de la ética de algunos de sus practicantes.<sup>30</sup> En la ciudad de México pasaba lo mismo; Francisco P. Miranda,<sup>31</sup> quien tenía una formación en laboratorios en Estados Unidos, invitaba a sus colegas de la Academia Nacional de Medicina a hacer un uso exhaustivo de los instrumentos científicos a su alcance para un mejor diagnóstico de las enfermedades. Reconocía que muchos de sus colegas seguían procurando “el capítulo de exploración física a la cabecera del enfermo”, pero este debería considerarse agotado puesto que el laboratorio era quien ofrecería “un horizonte ilimitado para la investigación.” (Miranda, 1927, p. 496) Para este médico, “el ojo clínico” estaba superado, pues se había desacreditado la función de quien “recoge

---

<sup>30</sup> Cabe hacer la distinción entre prácticas médicas antiéticas- en donde la labor médica está muy profesionalizada y estandarizada, pero no se lleva a cabo de esa manera- y prácticas médicas sin estandarizar en donde el margen de error muy amplio se debe a que aún no hay una estabilización ni estandarización de las mismas. También cabe señalar que las prácticas médicas tendieron a ser más autoritarias conforme avanzó el siglo XX debido a una forma de concebir a la medicina como controladora de todas las variables del enfermo y su contexto.

<sup>31</sup> Francisco P. Miranda recibió su título de médico en 1914 por la Escuela Nacional de México. Fue practicante en el Hospital General y en el Manicomio La Castañeda. Fue delegado del Departamento de Salud Pública en Nueva Orleans en 1920. “Estudió bioquímica en la Universidad de Tulane” en 1920 y el “posgrado de medicina interna, clínica y laboratorio”. En 1923 ingresó a la Academia Nacional de Medicina. De 1930 a 1933 “representó al Departamento de Salubridad Pública” en diferentes países. En 1933 se incorporó al Hospital General en donde con Manuel Martínez Báez fundó un laboratorio clínico. En 1934 fue presidente de la Academia Nacional de Medicina. De 1937 a 1940 fue jefe del Pabellón 19 de este hospital, aquí surgió la “especialidad de Endocrinología”. Fue jefe del “Servicio de Higiene de la Alimentación” de 1934 a 1935 en el DSP. “Fundó y dirigió el Instituto de Nutriología” de 1943 a 1948. Fue profesor en la Escuela de Salud Pública, de la Escuela Nacional de Medicina. Murió en 1950. (Rodríguez, 2018, p. 111)

pacientemente los datos de todas las fuentes a su alcance”. Sería el análisis químico de la sangre el método “de observación, cuya importancia no podemos en manera alguna desdeñar”. (Miranda, 1927, p. 497) Consideraba que el análisis químico era “un análisis cuantitativo” al que la medicina necesitaba recurrir, pues sólo al emplear el empirismo podría convertirse en una verdadera ciencia al “emplear la expresión matemática”. (Miranda, 1927, p. 498) A través de las pruebas de laboratorio y las pruebas de la sangre se lograrían conocer los “factores que contribuyen a la constancia de la composición química de la sangre” y aquellos que contribuirían “a la relativa variabilidad de dicha composición”. (Miranda, 1927, p. 500)

De acuerdo con Laura Cházaro (2018) desde mediados del siglo XIX se adoptó el método clínico en la Escuela Nacional de Medicina y este método privilegió una práctica basada en los sentidos. (p. 154) El método experimental o de laboratorio comenzó a practicarse a finales del siglo XIX y puso “en entredicho la eficacia de la clínica basada en la observación y los sentidos”, pero aunque hubo preocupación por “transformar la clínica en ciencia”, no se introdujeron “cursos para que los médicos se entrenaran como experimentalistas”. (p. 161) Por el contrario, “los médicos introdujeron algunos instrumentos y prácticas experimentales al Hospital y la vida privada”. (p. 161) Para ella los “hospitales se tecnificaron y los laboratorios buscaron pacientes”. (p. 161) Este desplazamiento del uso de los sentidos al uso de los instrumentos para obtener conocimientos comprendía un cambio epistemológico en la manera de generar y construir conocimientos.

El observar siempre implica la adquisición de un método y sólo a algunos les está dado la legitimidad para generar conocimiento a través de lo que ven. Para Crary (2008a) lo importante de estudiar los momentos en que toman forma las maneras de observar nos permite también analizar un “conjunto de discursos y prácticas hegemónicas”. (p. 23) La difusión de las técnicas de laboratorio, con la incorporación cada vez más generalizada del microscopio, implicaba una nueva racionalización de lo observable, una razón que tendió a basarse cada vez más en formas cuantitativas de entender los fenómenos (p. 34) Las nuevas técnicas de observación propusieron “una nueva ordenación del conocimiento del cuerpo y de la relación constitutiva de ese conocimiento con el poder social”. (p. 36) Esto no sólo estaba privilegiando unas prácticas de laboratorio sobre otras médicas, sino que estaba poniendo el poder de la verdad en un discurso médico construido en el interior de los laboratorios científicos y a través de la puesta en práctica de una instrumentación, dejando a un lado la experiencia de los enfermos (tan importante para la

medicina clínica). Aquel discurso sobre una enfermedad obtenido sólo a partir de los sentidos sería desprestigiado y considerado obsoleto. Incluso los testimonios de los enfermos sobre su enfermedad misma perderían la legitimidad que en otro momento tuvieron, como se evidenciará en el siguiente capítulo. A partir del uso de las técnicas de laboratorio dentro de la medicina se impondría un nuevo saber; sólo que para el caso mexicano, en el uso de los instrumentos y técnicas de laboratorio todavía faltaba tejer toda una red que sustentara y avalara ese conocimiento. El proceso de profesionalización de las prácticas de laboratorio pasó por diferentes momentos. En primer lugar, se tuvo nuevamente que enviar a becados al extranjero para tomar cursos de especialización; en segundo lugar, se promovieron cursos alternos a la formación médica y, en tercer lugar, se creó finalmente la carrera de bacteriología.

En 1920 la Fundación Rockefeller<sup>32</sup>, que estaba a punto de iniciar una campaña contra la fiebre amarilla en México y en Latinoamérica, reconocía que para que el plan funcionase era necesario el entrenamiento de médicos, ya que la mayor parte de las autoridades sanitarias locales no eran consideradas capacitadas: “to operate successfully, it needed to create a new profession of public health with institutions that were independent from those of clinical medicine”. (Birn, 2006, p. 29) Esta visión de la Rockefeller coincide con aquella que señala Cuevas (2007) sobre el decaimiento de los laboratorios en México en la tercera década del siglo XX. A pesar del interés de las autoridades de la Fundación Rockefeller por implementar programas sanitarios y de investigación —en México y en gran parte de Latinoamérica— se optó en los años veinte por entrenar a personas en Estados Unidos en vez de invertir en investigación y mejorar las instituciones dentro de las propias naciones, lo cual sí se realizó en sus programas en Asia y algunos países europeos. (Birn, 2006, p. 31) Por su parte, el gobierno de Álvaro Obregón al asumir la presidencia —durante un despunte de fiebre amarilla en Veracruz en enero

---

<sup>32</sup> Antes de la Revolución Mexicana, las autoridades de la Fundación Rockefeller habían considerado que en México no existía un panorama oportuno para su entrada, debido a las influencias de la medicina francesa, alemana y otras europeas, así como a las fricciones surgidas entre las dos naciones después de la Revolución Mexicana. Esta visión cambió en los momentos posteriores, Emanuelle Birn (2006) señala que hubo intentos de la fundación de emprender sus actividades durante el lustro de 1915-1920, pero este fracasó repetidamente debido a que las autoridades gubernamentales y médicas mexicanas aún veían los intereses sanitarios de cualquier organización norteamericana como parte del imperialismo económico de ese país hacia México. (p. 50) Por su parte, Carrillo (2012) considera que México tuvo mucha independencia en temas de investigación científica durante el Porfiriato y no permitía que potencias extranjeras le impusieran agendas, esto debido a que, por un lado, tuvo independencia y capacidad de formar a sus bacteriólogos y científicos; y, por otro, a que tenía vínculos con varias naciones. Así como con Francia, como con Estados Unidos. (p. 217) Además de que también había un sentimiento antinorteamericano. (Carrillo, 2002, p. 28)

de 1921 — firmó un acuerdo en donde otorgaba recursos económicos para los gastos de ese año en contra de la fiebre amarilla. (Birn, 2006, p. 51) El papel que jugó la Fundación Rockefeller en las campañas de salud pública en esta década ayudó a organizar la visión de la salud pública como “un bien” tanto para la sociedad como para el gobierno, la cual se concretizó con la fundación en 1931 de los Centros de Higiene Rural<sup>33</sup> y en 1933 con los Servicios de Sanidad Federal. (Carrillo, 2002, p. 45)

Si bien la Fundación Rockefeller fue un espacio importante de entrenamiento del personal médico mexicano, este se dio sólo para ciertas enfermedades y se desarrolló de formas locales en cada una de las campañas emprendidas: por un lado, debido a los roces de las autoridades sanitarias norteamericanas con el personal médico mexicano y, por otro, por la necesidad de las autoridades norteamericanas en gastar menos. (Birn, 2006, p. 84) En la Campaña contra la Uncinariasis de 1924 a 1927 que llevó a cabo la Fundación en México, por ejemplo, los médicos norteamericanos prefirieron contratar a personas sin preparación médica e incluso sin preparación escolar, para implementar las vacunas. La idea era no dar entrenamiento científico especializado al personal mexicano, así como gastar lo menos posible en cada tratamiento, debido a que la contratación de personas con formación médica implicaría un sueldo más elevado que aquel otorgado a una persona sin estudios. (Birn, 2006, pp. 87-88) Un factor importante de estas campañas -que señala esta autora- fue la llegada de microscopios a zonas alejadas del país, lo cual comenzó a difundir la idea de que los diagnósticos tenían que ser hechos con ayuda de instrumentos y técnicas científicas, así como los tratamientos con compuestos químicos. (Birn, 2006, p. 102, p. 168)

Es posible observar que este tipo de difusión y uso de prácticas científicas estaban sujetas al entrenamiento del personal, a la aceptación de las pruebas y de los tratamientos mismos, no sólo por la sociedad, sino también por el sector médico. Y que en este tipo de casos, la preparación técnica a personal sin conocimientos médicos permitía el uso sólo de un tipo de conocimiento técnico específico, es decir, sólo de una prueba, pero no de un entrenamiento científico que permitiera a estos técnicos la apropiación de las prácticas de laboratorios, una

---

<sup>33</sup> Sobre los centros de higiene rural se sabe que hacia 1932 para normar las relaciones del Departamento de Salubridad y los gobiernos locales en las funciones de las unidades sanitarias se demandaban arreglos formales y la firma de convenios entre el Jefe del Departamento de Salubridad, los gobernadores de los estados y los presidentes municipales en donde se establecieran unidades sanitarias. (Bustamante, 1934, pp. 209-211)

reproducción local o una reflexión y experimentación mayor. El conocimiento sobre estos métodos no estaba siendo compartido, ni se estaba mostrando para que fuera usado sin la tutela de las autoridades de la fundación.<sup>34</sup> Esto sólo ocurrió años después, cuando la profesionalización de la bacteriología y de la química logró consolidarse.

En cuanto a la sífilis, lo que sabemos es que la fundación Rockefeller en este periodo -de 1924 a 1927 no tuvo un papel importante en las campañas de prevención de la sífilis emprendidas por las autoridades sanitarias mexicanas. Se consideró que llevar una campaña de esta enfermedad costaría más trabajo, dinero y sus resultados se evidenciarían sólo a largo plazo. Años después, en 1933<sup>35</sup>, cuando se crearon los Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados, personal de la fundación estuvo a cargo de tres unidades, una de ellas fue la Cuernavaca en donde sí se practicaron de manera constante reacciones de detección de la sífilis así como tratamientos con arsenicales. Lo que sabemos es que de 1921 a 1938, el Instituto de Higiene, coordinado con algunos laboratorios de los dispensarios antivenéreos y el Laboratorio Central — dependientes del Departamento de Salubridad Pública— fueron los encargados de realizar investigaciones en torno a la prueba de Wassermann y sus variantes, así como a promover su uso como método de detección de la sífilis.

Por otro lado, hay que mencionar que de 1917 a 1949 la Fundación Rockefeller becó a 68 estudiantes para realizar estudios de especialización en Estados Unidos, de los cuales sólo 9

---

<sup>34</sup> Otros estudios como el de Luis Sánchez (2018) consideran que la difusión de las prácticas científicas siempre intenta de limitarse y controlarse. han mostrado que las prácticas científicas no se comparten fácilmente entre naciones y que el uso al que se les limita en las naciones tercermundistas por parte de las naciones hegemónicas es de ser reproductoras de conocimiento, pero no creadoras. Lo cual refuerza su situación de dependencia intelectual, científica y económica. Este puede ser otro elemento de estudio en la rapidez o lentitud de la difusión de nuevas técnicas y conocimientos científicos; no sólo el económico o la falta de personal capacitado. (pp. 321-341) Birn (2006) considera que en la década de los veinte la formación que se les daba estaba encaminada a establecer alianzas médicas entre Estados Unidos y América Latina que generarían relaciones de dependencia.

<sup>35</sup>En 1934, en torno a la sífilis, Miguel E. Bustamante consideraba que en gran parte del país sólo existía el “médico municipal” que podría no ser “ni siquiera médico” y que tenía por labor “pasar semanalmente una inspección médica defectuosa a las mujeres que se [dedicaban] a la prostitución”. Además de ello, recibía un pago por parte de estas mujeres que había sido derogado por la Constitución en 1928, el cual se había vuelto una “costumbre perniciosa” pues no ayudaba a eliminar las “enfermedades venéreas.” Bustamante, 1934, p. 202) También mencionaba que la tarea de crear “el concepto positivo de la salud y el derecho a disfrutar de ella” sería encomendada a “las enfermeras visitadoras y los inspectores sanitarios, con el auxilio de los maestros rurales, guiados todos por los médicos de los <<Centros de Higiene>>”. (Bustamante, 1934, p. 218) Reportaba que en ese año sólo funcionaban los servicios sanitarios coordinados de los estados de Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León y Querétaro, y estaban en estudio los de Durango, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, México, Puebla y Veracruz. (Bustamante, 1934, p. 211)

fueron entrenados en prácticas de laboratorio.<sup>36</sup> Si bien el interés de las autoridades médicas y sanitarias en México sobre las prácticas de laboratorio se incrementó, no siempre lograron que en los acuerdos con la Rockfeller se orientaran hacia otros aprendizajes fuera del programa establecido. De hecho en 1930, el médico Alfonso Castrejón, quien era director en ese momento del Instituto de Higiene y había sido becado por la Fundación, intentó mandar a cuatro becarios a Boston y a Paris “to learn techniques for preparing anti-typhoid vaccine, diphteria antitoxin, and other biologicals”. (Birn, 2006, p. 199) La respuesta del representante de la fundación en México señaló que los cuatro becados que solicitaban el apoyo no eran médicos —lo que indica que probablemente eran químicos—, por lo que el propio Castrejón podía enseñarles. (Birn, 2006, p. 199) Se sabe que hubo un interés de la Fundación por controlar el tipo de entrenamiento que se ofrecía. Mientras se ofrecieron más becas para ingenieros sanitarios, las becas para laboratoristas fueron más limitadas. Es conocido que regularmente los estudiantes becados no podían tener contacto con las autoridades de sus países y las autoridades de la Fundación no daban información de ellos durante su estancia en Estados Unidos, pues consideraban que muchos gobiernos intervenían con las políticas de enseñanza, pidiéndoles que ampliaran su formación aprendiendo cosas de otras áreas como patología, ingeniería sanitaria, toxicología, entre otras. (Birn, 2006, p. 200)

La repercusión más importante de estos estudiantes becados en bacteriología para México fue que varios de ellos posteriormente formaron parte de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, en el Instituto Politécnico Nacional, en donde estuvieron a cargo de la formación de nuevos bacteriólogos y laboratoristas. Hay que recordar que la formación de bacteriólogos a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX se llevó a cabo en los hospitales e institutos de investigación que surgieron de ellos, como el Instituto Patológico Nacional, el Instituto Bacteriológico, el Instituto Médico Nacional o el Instituto de Higiene y en menor medida en la Escuela Nacional de Medicina. En cuanto a cátedras experimentales que sirvieran para el diagnóstico clínico de la sífilis, sabemos que en la Escuela Nacional de Medicina en 1897 se integró la cátedra de Ginecología Clínica, la cual sería dada en el Hospital Morelos. El director

---

<sup>36</sup> “Over three decades [1917 a 1949], the RF sponsored 32 physicians trained in public health administration, 9 physicians trained in public health laboratory methods, 6 public health nurses, 20 sanitary engineers, and 1 statistician from Mexico. With the exception of the nurses, who studied at the University of Toronto and the New York City Health Department, almost all of the Mexican fellows attended either Harvard or Johns Hopkins on one-to two-year fellowships. (Birn, 2006, p. 198)

de la Escuela pidió permiso para que los alumnos pudieran asistir acompañados por su profesor de Ginecología y ejercerían sus actividades “en estricta vigilancia” y sin tener ningún tipo de relación con las asiladas a fin de evitar “cualquier desorden”, en vez de sólo recibir el conocimiento teórico en las aulas de la escuela. Dicho permiso fue otorgado y desde entonces los alumnos sobresalientes o interesados tuvieron sus prácticas ahí. (AHSSA, BP, HM, Caja 3, Exp. 22, 1897) No pude hallar con frecuencia en qué momento se montó el laboratorio, pero por datos de archivo sabemos que en 1924 ya existía un laboratorio en el Hospital Morelos en donde se estaban realizando pruebas de Wassermann y sus variantes.

A pesar de que la formación en la Escuela Nacional de Medicina centró su plan de estudios en la enseñanza de la medicina clínica, tuvo cambios que buscaron pasar de la teoría a la práctica en algunas áreas de la práctica médica. En cuanto a la enseñanza de Química, Farmacología u otras relacionadas con las prácticas de laboratorios dentro de la Escuela Nacional de Medicina, sabemos que en 1911 se impartían 30 materias a lo largo de cinco años, “más cuatro clínicas de especialidades” dadas a los alumnos en el primer semestre del sexto año, en donde podían vincularse a métodos experimentales. Lo cual evidencia la todavía poca prioridad que se daba a la enseñanza de prácticas de laboratorio de forma general. En 1926 se impartían 50 materias que incorporaron “a la anatomía descriptiva y sus disecciones, a la anatomía topográfica y su disección y a la terapéutica quirúrgica y práctica de operaciones en el cadáver, ampliándolas a dos cursos.” (González, 1926, p. 71). Se había aumentado el tiempo de la enseñanza de la Patología Médica y Quirúrgica y se crearon cátedras en Histología, Fisiología y Química Biológica. (González, 1926, p. 71) Sobre las nuevas cátedras, el médico Salvador González opinaba:

En la Anatomía Normal y Patológica, la Histología, la Microbiología, la Química fisiológica y aun la Medicina Legal y la Higiene, el libro debe ser una cosa secundaria, no primordial. El hecho, la realidad apreciada con los sentidos, llámese víscera, tejido, germen o reacción, etc., debe ser el antecedente, y el texto tan solo un recurso nemotécnico, un amplificador de conocimientos o un Maestro de lo que de <<visu>> no pueden aprender. (González, 1926, p. 74)

Estas dificultades para introducir y especializar a los alumnos en prácticas de laboratorio se reflejaron en las campañas sanitarias emprendidas por las autoridades sanitarias entre 1926 y 1927, en donde con frecuencia se reportó la ausencia del uso de pruebas serológicas y las

prácticas deficientes del reconocimiento clínico.<sup>37</sup> Desde antes de estas campañas, ya se había notificado de las deficiencias de algunos laboratorios, como el adjunto al Hospital Morelos, o el Laboratorio Central (del Departamento de Salubridad Pública). Los encargados de llevar a cabo las pruebas de Wassermann no sólo tenían falta de personal entrenado para relizar los diagnósticos, sino también de materiales y carencia de instalaciones adecuadas. En el periodo de 1924 a 1925 se reportó que como parte de la ampliación de los servicios médicos y tratamientos gratuitos en contra de la sífilis se habían realizado 9055 pruebas de Wassermann en 1924 y 1465 en 1925. Los centros en donde se hizo este recuento fueron el Hospital Morelos, el Centro de Higiene Infantil Eduardo Liceaga y el Centro de Higiene Infantil Manuel Domínguez, así como en los cuatro dispensarios antivenéreos que existían en la ciudad de México — incluyendo el número 5 en el periodo de marzo a junio de 1925—, todos dependientes también del Departamento de Salubridad Pública. Ni en el Centro de Higiene Infantil Eduardo Liceaga ni en el Manuel Domínguez se registraron pruebas de Wassermann, tampoco en la Inspección de Sanidad, en donde sí se registraron reconocimientos clínicos: 7842 en 1924; en 1925, 6286 y en 1926, 12488. (AHHSA, SP, P, S, Caja 9, Exp. 12, 1924-1925) Se registró que el Instituto de Higiene había realizado en 1924, 1804 reacciones de Wassermann; en 1925, 2688 y en 1926, 4390. (AHSSA, SP, P, S, Caja 9, Exp. 12, 1924-1925)

En ese periodo de junio de 1924 a agosto de 1925 el dispensario número 1 reportó que había practicado 356 reacciones de Wassermann; el número 2, 305; el número 3, 406; el 4, ninguna y el 5, 125 reacciones- en el periodo ya indicado sólo de 1925. (AHSSA, SP, P, S, Caja 10, Exp. 7, 1925) Desde 1924 en el laboratorio del Hospital Morelos se practicaban esporádicamente las pruebas serológicas de las enfermas recluidas en esa institución y de las enviadas desde los dispensarios antivenéreos, desplegados en la ciudad. Como después señalaré, fue hasta la Campaña contra las Enfermedades Venéreas de 1935 que se buscó tener una fuerte base científica, por lo que la presidencia de Lázaro Cárdenas buscó extender aún más los

---

<sup>37</sup> En 1926 se expidió un nuevo Código Sanitario y un nuevo Reglamento para el ejercicio de la prostitución. El primero hizo de la sífilis una enfermedad de declaración obligatoria y de curación forzosa y en donde se criminalizaba el contagio con conocimiento. El Reglamento, por su lado, eliminó los pagos de las revisiones semanales clínicas de las prostitutas, las cuales seguían siendo reconocimientos clínicos. Fue para Zavala un primer paso para “suprimir la injerencia del Estado en materia de prostitución. Postura tomada ante el frecuente reclamo de los abolicionistas. (Zavala, 2015, p. 183)

laboratorios y dotar a estos del personal y material necesarios para su funcionamiento<sup>38</sup>. Mientras tanto, en la década de los veinte, por el tiempo necesario para preparar cada prueba fue frecuente la acumulación de trabajo en el laboratorio del Hospital Morelos y del Instituto de Higiene, esto implicó un retraso en la entrega de los resultados y una carencia constante de materiales. Esto mismo significó que los médicos no pudieran delimitar microbiológicamente a la sífilis y siguieran definiéndola a partir de supuestos de la medicina clínica; así como que se siguiera errando en los diagnósticos serológicos.

La situación de desabasto y falta de personal en los laboratorios del Hospital Morelos y del Instituto de Higiene siguió ocurriendo en los primeros años de la década de 1930. Los laboratoristas se quejaron con frecuencia de que las pruebas llevadas a sus inmediaciones para sus análisis no tenían la suficiente calidad y era imposible usarlos, pues habían llegado al laboratorio en pésimas condiciones. El doctor Enrique Villela, Jefe de la Campaña Antivenérea en 1935, le escribió al director de los dispensarios antivenéreos de la ciudad de México una queja:

Tiene esta oficina conocimiento de que las muestras de sangre que remiten los dispensarios antivenéreos dependientes de esa Dirección de su digno cargo, llegan al Laboratorio Central en condiciones por demás defectuosas, al grado de que una proporción considerable de ellas resultan inutilizable, y ello principalmente por dos motivos: por una parte en razón de la hemolisis originada por una falta a una técnica que es de sencillez rudimentaria y que a todo rigor no requiere más instrumental que una aguja de calibre suficiente y un tubo seco para recibir la sangre directamente de la aguja (sin necesidad de usar jeringa); y por otra parte, a causa de que al transportar las muestras no se tiene el cuidado de que los tubos permanezcan en posición vertical y muy a menudo el tapón de algodón absorbe el suero trasudado del coágulo. (AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, fojas 35-46, 1936-1941)

El director de la Campaña Antivenérea, Juan L. Soto, respondió al doctor Enrique Villela que, indagando en la queja, el director del dispensario no. 1 había respondido que las pruebas eran tomadas por un “bacteriólogo” consagrado a esa labor. Por supuesto, este no ignoraba la “sencillez rudimentaria” de esa práctica como afirmaba el doctor Villela, pero quien tenía la

---

<sup>38</sup> Según Bliss (2003) durante el gobierno cardenista el Reglamento para el ejercicio de la prostitución de 1926 y el Código Sanitario de 1926 tuvo fuertes críticas por parte de algunos grupos sociales, desde prostitutas, hasta clientes de ellas y médicos, debido al grado de criminalización que había provocado y de evaciones a las vigilancias médicas que había provocado. Bliss afirma que hubo una conceptualización del riesgo diferente, el cual fue provocado por las campañas antivenéreas promovidas desde el gobierno de 1926-1934. En 1937 el Departamento de Salubridad Pública propuso abolir el Reglamento para el ejercicio de la prostitución para luchar en contra de la sífilis y las enfermedades venéreas, privilegiando la criminalización de la transmisión de la enfermedad en vez del ejercicio de la prostitución. (Bliss, 2003, p. 199) También Bliss señala que había una incompatibilidad entre la forma en que las personas experimentaban su sexualidad y los padecimientos venéreos y cómo las autoridades los consideraban.

obligación de llevar las muestras al Laboratorio Central era el conserje del dispensario y lo hacía a “bordo de un tranvía o camión público cuyos zangoloteos, movimientos bruscos e intempestivos [...], etc., hacen en muchos casos imposible el que los tubos conteniendo la sangre y ocluidos con una torunda de algodón lleguen en buenas condiciones a su destino”. Consideraba el director de este dispensario que la única manera de subsanar ese mal eran usando “recipientes convenientes” para el traslado de las muestras y que el Departamento de Salubridad Pública les proveyese de vénulas adecuadas y tapones de goma para oclusionar perfectamente los tubos comunes. (AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, Fojas 35-46, 1936-1941)

No sólo era importante saber realizar una prueba y conocer cada uno de sus pasos, sino obtener muestras de sangre utilizables y contar con los materiales dentro de los laboratorios, lo cual no se logró hasta mediados de la década de los cuarenta. En otros casos, por ejemplo, en 1936, cuando al encargado del dispensario número 8, el médico Carlos Villela Aparicio reconocía —cuando le pedían que diera su opinión sobre el tratamiento de una vacuna antigonocócica— que la única valoración que podía dar era clínica por no contar en su dispensario con un microscopio para dar otro tipo de informes. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 22, Fojas 19-20, 1936-1937) Lo cual nos remite a la carencia no sólo de materiales sino incluso de instrumentos científicos básicos.

Hay que recordar que en 1921 se creó el Instituto de Higiene que sustituyó al Instituto Bacteriológico Nacional y que en 1939 vio nacer dentro de su seno al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Según Natalia Priego (2002), el instituto se dedicó a producir sueros, vacunas y otros productos biológicos para el combate de las enfermedades epidémicas y para las campañas sanitarias. (p. 138) Por otro lado, una revisión de la bibliografía de Alfonso Pruneda nos indica que este médico estuvo por mucho tiempo más interesado en implementar programas de educación sexual que previnieran a los estudiantes de contraer manifestaciones sifilíticas y venéreas, que en incrementar el apoyo a los laboratorios para la práctica de pruebas diagnósticas y de tratamientos.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Alfonso Pruneda declaró innumerables veces que tenía la intención de emular el modelo norteamericano de educación higiénica desde que era secretario del Departamento (otrora Consejo) de Salubridad Pública. Este modelo consistía en: “dos secciones: una, destinada a hacer cumplir las disposiciones sanitarias, y otra que tenga por objeto educar al pueblo para hacer más fácil ese cumplimiento; el monto relativo de esas partidas dependerá de la mayor o menos cultura general de la comunidad respectiva”. (Pruneda, 1929, pp. 139-140) De la misma manera, afirmaba que “desde mayo de 1920, en que se inició la reorganización del Departamento de Salubridad bajo la jefatura de nuestro colega el Doctor Malda, le propuse que se estableciera un servicio de propaganda y

En otros espacios como la Dirección de Estudios Biológicos, antiguo Instituto Médico Nacional<sup>40</sup>, durante la década de 1920 a 1930 las investigaciones estuvieron centradas principalmente en la creación de sueros y vacunas para “la prevención y tratamiento de enfermedades, principalmente las de carácter epidémico.” (Priego, 2002, p. 152)

Médicos que participaron en su estructuración fueron Manuel Martínez Báez, Gerardo Varela, Eliseo Ramírez y Miguel Bustamante, quienes se ocuparon de aspectos clínicos, docentes y de investigación, en especial estudiaron el paludismo (la malaria), la fiebre amarilla, la oncocercosis, el mal del pinto y parasitosis. Hoy se ha convertido en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. (Viesca, 2014, p. 112)

Las razones por las que las autoridades médicas y sanitarias dan mayor prioridad a algunas enfermedades sobre otras son diversas. Considero que la sífilis en México fue motivo de discernimiento científico de finales del siglo XIX hasta 1915, momento en que los institutos de investigación en México tuvieron y sufrieron una nueva organización o desaparecieron. Esta situación provocó que el perfeccionamiento de las pruebas serológicas para la delimitación más exacta de la sífilis tardase y no pudiera lograrse hasta la década de 1940. Hacia 1920 seguía siendo una enfermedad difusa, asociada a patologías hereditarias y con el contagio venéreo, infecciosa, que producía diferentes manifestaciones sifilíticas. Las investigaciones en los laboratorios, por su parte, para perfeccionar la prueba siguieron ocurriendo.

Las formas en cómo nos relacionamos con un fenómeno cambia dependiendo de la forma en que las autoridades sanitarias las definan, aunque no son determinantes de estas. Hacia 1920, la sífilis, con la ayuda de definiciones surgidas de la medicina clínica, de la microbiología y de la higiene, quedó construida como enfermedad contagiosa y definida así en el *Código Sanitario* de

---

educación higiénicas, destinado a completar y, en ocasiones, a preparar la obra legal y administrativa de la autoridad sanitaria. Tal servicio, escasamente dotado en un principio, hizo diversas publicaciones, entre ellas “El Mensajero de la Salud” (tan discutido por su forma y, sin embargo, tan solicitado en todo el país), organizó numerosos ciclos de conferencia y llevó a cabo, bajo la dirección del personal del que habla, la Semana del Niño en 1921 [...].”(Pruneda, 1929, p. 140) Posteriormente, hacia 1935 Pruneda defendía la educación sexual como la principal herramienta para erradicar las enfermedades venéreas. “[...] por educación sexual debemos entender el conjunto de informaciones adecuadas respecto al instinto y a las actividades sexuales y, como resultado de aquellas, el conjunto de normas de conducta y de hábitos correctos relacionados con las mismas actividades, tanto desde el punto individual como social”. (Pruneda, 1935, p. 36)

<sup>40</sup> Según Everardo Landa, el Instituto Médico Nacional se fundó en 1890 y fue cerrado en 1915. Tenía la labor de investigar cuestiones farmacológicas, de este espacio habían salido los tomos de “Farmacología Nacional”. Habían sido sus directores el naturalista Fernando Altamirano, el oftalmólogo José Ramos, el médico Angel Gutiérrez y el patólogo José Terrés. (Landa, 1916, pp. 196-197) Patricia Aceves y Rogelio Godínez considera que este era el único instituto que había puesto interés en la investigación de fármacos y los medicamentos nacionales que habían salido de este espacio fueron desplazados con facilidad por medicamentos extranjeros. (Véase Aceves y Godínez, 2014, p. 60) En 1915 fue convertido en la Dirección de Estudios Biológicos y en 1929 fue cerrado. Gran parte de sus materiales y acervo pasaron al Instituto de Biología. (Cuevas, 2006)

1926 y con el *Reglamento para el ejercicio de la prostitución*, del mismo año, se le dio a las autoridades sanitarias la “obligación de impedir la transmisión de las enfermedades venéreas perjudiciales para la tranquilidad de la familia y el porvenir del país”. (Zavala, 2015, p. 183) En el *Reglamento* en su artículo 4 se prohibió tener contacto sexual con todas las personas que tuvieran “manifestaciones húmedas sifilíticas; enfermedades venéreas, lepra; enfermedades de la piel como sarna, impétigo vulgar; intertrigo, diabétides, eritrasma, tricoficia y moluscum contagioso; piorrea avanzada; prolapsus rectal; cáncer; granuloma; tuberculosis abierta” y otras. (AHSSA, 900-PROS, REP) El *Código*, en su artículo 103, enlistó las enfermedades transmisibles, la sífilis y la gonorrea entre ellas. En el artículo 104 se autorizaba el aislamiento de los diagnosticados como enfermos en casas acreditadas por los inspectores de sanidad, en los hospitales y en los pabellones especiales, donde el enfermo tenía que sujetarse a los reglamentos internos. (Zavala, 2015, p. 121) Puede observarse una forma de vincularse con las enfermedades venéreas diferente en Estados Unidos, en donde las autoridades sanitarias emprendieron todo tipo de campañas profilácticas y morales desde el inicio del siglo XX, las cuales se intensificaron con la incorporación de esta nación a la Primera Guerra Mundial. (Brandt, 1985) Dichas campañas eran principalmente morales e inundaron a esa nación de propaganda antivenérea que se consideró innecesaria una vez que la guerra había terminado. Este periodo posterior a la guerra ha sido llamado la “conspiración del silencio”. De 1920 a 1930 se negó incluso que existiera asistencia médica para el tratamiento de las enfermedades venéreas y en algunos hospitales los programas antivenéreos fueron suspendidos. (Brandt, 1985, p. 124) Brandt señala que en la década de 1930 las pruebas de Wassermann ya eran una prueba de rutina, aunque pude confirmar que la prueba generalizada en Estados Unidos era la de Kahn, resultado de una modificación de la de Wassermann.

### 1.3 La prueba de Kahn

A las discusiones generadas por la prueba de Wassermann se sumaron nuevas discusiones sobre otras serorreacciones resultado de variaciones de la de Wassermann. La prueba de Kahn, llamada así por su creador Reuben Kahn, fue diseñada en Estados Unidos y por décadas fue considerada la prueba con mayor estabilidad. En 1923 se dio a conocer la reacción de Kahn para el diagnóstico de la sífilis en México. Se decía que era un procedimiento para “privar los sueros de hemolisinas” y del “amboreceptor natural”, los cuales provocaban inestabilidad a la de

Wassermann. (Cervera, 1925a, 233) Ernesto Cervera,<sup>41</sup> quien en 1921 pasó a formar parte del personal del Instituto de Higiene, fue el primero en hacer referencia a la adaptación de Kahn. Después de analizar variantes propuestas por otros bacteriólogos famosos como Hideyo Noguchi, John Kolmer, Charles Craig, Marc Rubinstein, entre otros, para perfeccionar a la de Wassermann, Cervera concluyó que: “El método que recomendamos para hacer la absorción es el de Kahn; pero con la modificación ya señalada, es decir, el prolongando contacto con los glóbulos media hora.” (Cervera, 1925b, pp. 244-245)

El médico Baudelio Villanueva comenzó a practicar el “nuevo procedimiento rápido de Kahn” en México siguiendo la primera técnica que el mismo Kahn propuso y reproduciéndola *in extenso* en su tesis; con este trabajo Villanueva se tituló. A raíz de esto, Cervera decidió en 1923 continuar con la práctica de esta prueba siguiendo el método que había sido “comunicado por su autor [Kahn] a la Sociedad de Bacteriologistas Americanos” en mayo de ese año. (Cervera, 1925b, p. 245) Señalaba que la reacción de Kahn no sólo se preparaba con mayor facilidad sino que también era más sencillo conseguir las sustancias para realizarla. En estos momentos, el bloqueo económico a Alemania les impedía la adquisición de las “verdaderas” sustancias y materiales para practicar la reacción de Wassermann. Por otro lado, hay que resaltar que Cervera comenzó indagar al lado de Rafael Ornelas, pasante de medicina bajo su dirección, la precisión de la variante propuesta por Ernst Meinicke. (Cervera, 1925b, p. 245)

A pesar del conocimiento de otras pruebas y de la dificultad para conseguir los materiales de la de Wassermann, Cervera y otros bacteriólogos centraron sus reflexiones en torno al perfeccionamiento de esta última. En cuanto al ambo-receptor, se creía que era uno de sus principales defectos; en cuanto a la técnica para realizarla, se iba de las técnicas de floculación a las de precipitación. (Cervera, 1925a, pp.241-242) Por algunas fichas de exámenes diagnósticos hechos en el laboratorio adjunto al Hospital Morelos o en los dispensarios antisifilíticos, sabemos que los médicos en México comenzaron a practicar la prueba de Kahn dentro de sus laboratorios particulares —como el que montó el doctor Tomás Gutiérrez Perrín en 1912— y se emitieron fichas de salud usándola, sola o acompañada de la de Wassermann desde 1930. (AHSSA, SP,

---

<sup>41</sup> Ernesto Cervera estudió en la antigua Escuela Práctica Médico Militar. En 1912 laboró en el laboratorio del Hospital Militar en donde fabricó sueros antivariolosos. Fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina. En la Escuela Médico Militar fue profesor de Microbiología y Parasitología de 1917 a 1944. En 1921 fue parte del personal del Instituto de Higiene. De 1938 a 1950 fue director del Instituto de Higiene. (Calva y Mendoza, 2006, pp. 436-439)

IAV, Caja 3, Exp. 21, 1930) Pero su uso fue mayor a partir de 1934 y se comenzó a recomendar abiertamente hasta 1935. Aunado a esto se debe considerar que esta prueba no aparecía en los manuales de sífilis de la época, por lo que considero que su difusión fue a través de artículos de revistas y, en México, principalmente a través de la tesis de Baudelio Villanueva y, probablemente, a través de las cátedras de microbiología que Cervera daba.

En Europa, la variante de Kahn se dio a conocer al mundo científico en 1925 también en la búsqueda de la estabilización y la estandarización de la prueba de Wassermann. Desde inicios del siglo XX había una preocupación por la estandarización de las prácticas médicas y científicas; las autoridades sanitarias de diversos países se habían reunido a través de la Oficina Internacional de Higiene Pública, creada en 1907, para tomar decisiones en materia de Salud. En 1921, la Liga de las Naciones creó la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones en América con la que, simulando las actividades realizadas en Europa con anterioridad, pretendían incidir en las medidas internacionales en torno a la salud y la investigación médica. Una de sus subdivisiones fue la Comisión Permanente de Estandarización. Esta comisión trabajaba principalmente a través del Statens Seruminstitut en Copenhague<sup>42</sup>, bajo la dirección de Thorvald Madsen, y del Instituto Nacional de Investigación Médica en Londres, bajo la dirección de Henry Dale. (Mazumdar, 2003, p. 440) Aparentemente la Comisión, ubicada en Europa, no tenía representantes nacionales, pero algunos delegados de la Oficina Internacional de Higiene participaron en las reuniones de la Organización de la Salud, así, algunos miembros de esta última eran representantes de los aliados triunfantes de la Primera Guerra Mundial dentro de la Organización de la Salud. (Mazumdar, 2003, p. 438) Se sabe que representantes de la Real Sociedad de Londres y de la Real Academia de Ciencias Belga a la derrotada Alemania, el cual primero fue científico, en julio de 1919, y, posteriormente, militar. (Mazumdar, 2003, p. 439)

---

<sup>42</sup> Desde 1909, el Statens Seruminstitut en Dinamarca había rutinizado la prueba de Wassermann y en 1910 una estación oficialmente aprobada por August Wassermann había sido abierta. En 1920, el Statens Seruminstitut creó un Registro de la Sífilis, cada paciente identificado con sífilis tenía una tarjeta, así los resultados de los tratamientos y de las pruebas podrían ser seguidos por cualquier médico. No sólo la Oficina Internacional de Higiene mostró mayor interés en la sífilis después de la guerra, también las sociedades de la Liga de la Cruz Roja, la Organización Internacional del Trabajo y la Liga de las Naciones. Pero un grupo importante fue el Consejo Nacional Británico para el Combate de las Enfermedades Venéreas creado en 1914. (Mazumdar, 2003, p. 445) Al respecto cabe decir que en México desde la instauración de los gobiernos posrevolucionarios, el interés por la forma de las políticas sanitarias en naciones europeas fue en aumento. Entre las medidas sanitarias establecidas en Alemania para el control de las enfermedades venéreas seguidas con interés en México estuvo la Ley para combatir enfermedades venéreas en Alemania publicada en 1927 en aquella nación. (AHSSA, SP, P, Sria. Caja 11, Exp. 18, 1928)

Sobre la reacción de Wassermann, el bacteriólogo Harold Boas del Statens Seruminstitut había recolectado 1642 materiales bibliográficos en torno a ella. Su falta de especificidad y fiabilidad sería uno de los temas más importantes dentro de la primera reunión de la Comisión Permanente de Estandarización. (Mazumdar, 2003, p. 441) La prueba de Wassermann había sido desarrollada en Berlín y reproducida en Frankfurt, como el arsenobenzol. Desde que supo de ellas la Real Comisión de Enfermedades Venéreas de Londres les puso especial atención de 1913 a 1916. Para Mazumdar este interés se orientó más hacia la apropiación de los avances científicos que hacia la atención de una emergencia sanitaria resultante de una alta incidencia en sífilis. En 1913 Lawrence Harrison, del Cuerpo Médico de la Milicia Real de Londres, había propuesto la creación de un servicio nacional de laboratorios ya que resultaba muy difícil para el promedio general de los laboratorios reproducir la prueba de Wassermann, por lo que no había ningún laboratorio privado considerado para hacerlo. El test que se había intentado reproducir siguió todos los controles, los agentes y los receptores estandarizados. (Mazumdar, 2003, p. 443)

Así, en Inglaterra la estabilización y estandarización de alguna prueba diagnóstica de la sífilis se convirtió en un problema público hasta 1916, cuando se publicaron reglamentos de salud pública que convirtieron a la sífilis un problema asistido por el Estado; es decir, se deberían de proveer tratamientos y diagnósticos como en Dinamarca y Alemania se hacía desde antes. (Mazumdar, 2003, p. 442) En 1919, el Comité de Investigación Médica Británica –que se había establecido en 1913, bajo el resguardo del Departamento Médico Militar- ya era considerado suficientemente una autoridad en materia de salud pública como para modificar sus políticas de patentes. Desde 1914 este Comité había mostrado interés por el salvarsán y en este año la Oficina de Comercio suspendió las patentes alemanas, lo cual implicó que se comenzara a producir en Inglaterra arsenobenzol bajo la marca Kharsivan. Todos los lotes deberían de ser analizados por el Comité de Salvarsán del Comité de Investigación Médica. El encargado del primero fue Henry Dale, quien de 1903 a 1904 había trabajado en los laboratorios de Paul Ehrlich en Frankfurt. (Mazumdar, 2004, p. 443) Hasta el estallido de la Primera Guerra Mundial se habían usado materiales producidos en Alemania para hacer pruebas y tratamientos. Pero en 1916 esto parecía peligroso y el Comité de Investigaciones Médicas instó al gobierno británico a crear sus propios estándares y materiales, principalmente por seguridad militar. (Mazumdar, 2003, pp. 444) Así, en 1919 en Inglaterra se creó el Comité de Estándares Biológicos en las inmediaciones del Instituto Nacional de Investigaciones Médicas en Hampstead, a las afueras de Londres.

En la primera conferencia de Estandarización, ocurrida en diciembre de 1921, a pesar de que Alemania no pertenecía a la Liga de las Naciones, el Instituto de Paul Ehrlich de Frankfurt fue invitado porque su experticia se consideraba esencial. (Mazumdar, 2003, p. 447) En esta primera reunión se presentaron tres variantes de la prueba de Wassermann, todas de laboratoristas alemanes. Sólo una variante era de los investigadores de Oxford llamada Sigma-reacción, desarrollada por Georges Dreyes y Hugh Kingsley Ward. La letra sigma  $\Sigma$  era el código británico para registrar a los pacientes con sífilis. (Mazumdar, 2003, p. 450) Los resultados obtenidos eran muy variables y no dieron una seguridad suficiente.

El Comité de la Salud de la Liga de las Naciones insistió en que se llevara una segunda reunión sobre la estandarización de las pruebas serológicas y con ello sobre las pruebas de sífilis, pero la Oficina Internacional de Higiene y la Organización Internacional del Trabajo ya habían comisionado a Madsen, incluso antes de la creación del Comité de la Salud de la Liga de las Naciones, para poner sus esfuerzos en la estandarización del test de la sífilis. (Mazumdar, 2003, p. 447) Madsen pensó que para elegir entre las diferentes versiones del test la sangre de 1000 sifilíticos y 1000 personas normales fuera fuera analizada en diferentes laboratorios de Viena, Bruselas, Heidelberg y Varsovia. Los encargados del análisis se encontrarían en 1922 en el Instituto Pasteur en París para comparar resultados. (Mazumdar, 2003, p. 450) Las comparaciones se salieron de lo esperado cuando comenzaron a seguir diferentes protocolos. Originalmente Madsen había considerado que en un año la prueba sería estandarizada, pero con esas modificaciones su previsión cambió. Algunos investigadores acompañados con algún asistente viajaron a Copenhagen para trabajar al lado de Madsen y su colega Johan Morch. (Mazumdar, 2003, p. 451) Aunque Madsen tenía esperanzas en que la prueba Sigma obtendría los mejores resultados, no demostraba ser mejor que la de Wassermann y comenzaron a surgir otras pruebas de floculación.

Durante la guerra, las autoridades británicas habían implementado un sistema de clínicas gratuitas en todos los puertos para los marinos, por ser estos considerados centros de infección y propagación de enfermedades. Este sistema fue adoptado por la Oficina Internacional de Higiene y en su reunión de 1924 crearon el Acuerdo de Bruselas; en él, diez países europeos se comprometieron a establecer un sistema de vigilancia similar, no sólo para controlar la sífilis sino otros problemas de salud de los marinos, lo cual modificó la relación médica que se establecía con la sífilis. Bajo este acuerdo, la estandarización del test de Wassermann parecía

imprescindible. (Mazumdar, 2003, p. 445) Hay que recordar que en México de 1921 a 1925, en este periodo, ya que habían creado cinco dispensarios antivenéreos, en la búsqueda de la atención de personas con manifestaciones sifilíticas y venéreas.

La prueba de Reuben Kahn -quien trabajaba en el Laboratorio de Salud Pública en Lansing, Michigan desde 1920- se dio a conocer en 1925 en Europa. Este test había sido adoptado en Estados Unidos de América y Canadá y, según Kahn, la prueba de Wassermann se abandonó por completo desde 1925. Esto dio pie a una segunda Conferencia de la Comisión de Estandarización en Copenhagen en 1928; en esta, la prueba de Kahn mostró ser más precisa junto con la prueba de floculación que había desarrollado el vienés Rudolph Müller. Después de la Conferencia, Kahn estuvo en los laboratorios de Berlín, Varsovia, Moscú, Leningrado, París y Londres. (Mazumdar, 2003, p. 452) Muy a pesar de Kahn, en la Conferencia de 1928, no se reconoció la mayor especificidad de su prueba. Los laboratoristas europeos vieron con recelo las investigaciones de alguien ajeno al círculo de investigadores de los institutos de aquel continente. A pesar de ello, Harold Boas, el director de la Estación Wassermann del Statens Seruminstitut, comenzó a trabajar con la prueba de Kahn desde 1924 y desarrolló a partir de ella una versión más rápida. Concluyó que tanto la prueba de Kahn como la de Wassermann eran igualmente específicas, pero la de Kahn era más sensitiva. Esto fue registrado en sus textos y permitió una apertura en el ambiente intelectual a la prueba de Kahn. (Mazumdar, 2003, p. 455)

Los resultados de la Conferencia de 1928 fueron seguidos por un grupo de la 11a Sesión del Comité de la Salud. Este grupo formaba dentro de este comité una Comisión de Expertos en Sífilis y temas afines, presidido por Joseph Jadassohn, director de la Clínica Venéreo-Dermatológica de la Universidad de Breslau. (Mazumdar, 2003, p. 455) Este grupo realizó en 1930 un Congreso Dermatológico Internacional en un pequeño laboratorio de Copenhagen. En él estuvieron seis equipos de investigadores que presentaron dos tipos de pruebas. Uno de ellos fue un equipo de la Estación Wassermann del Statens Seruminstitut, colegas de Boas, Kaj Norel y Elvira Ojgaars quienes presentaron la reacción de Kahn. Como en el pasado, la reacción de Wassermann fue menos sensitiva y menos específica que las reacciones de floculación. De la misma manera que en años previos, el Congreso Dermatológico apoyó las conclusiones de 1928 sobre la especificidad de la de Wassermann. (Mazumdar, 2003, p. 455)

La Comisión de Expertos en Sífilis dirigida por Jadassohn organizó otro Congreso Dermatológico Internacional -en Uruguay en septiembre de 1930- en donde participaron

investigadores del Instituto de Prevención de la Sífilis de Montevideo, de Argentina, de Brasil, de Chile y de Paraguay, Müller de Viena, Wyler de Londres y el mismo Kahn. (Mazumdar, 2003, p. 456) En este Congreso la mayor parte de los serologistas participantes admitieron que la prueba de Kahn había resultado más específica y sensitiva. (Mazumdar, 2003, p. 456) Los serólogos, a pesar de los resultados, siguieron intentando perfeccionar las pruebas de Wassermann y la Sigma; en 1938 expresaron el deseo de hacer otra reunión para poner las tres pruebas a competir. Participarían nuevamente serólogos de varias naciones, menos los alemanes, que habían sido retirados de los comités de la Liga de las Naciones en 1933 tras el ascenso nazi. La reunión estaba convocada en Copenhagen del 25 de septiembre al 7 de octubre de 1939 pero el inicio de la Segunda Guerra frustró el encuentro. (Mazumdar, 2003, p. 457) Si bien en este primer momento no se dio a conocer la prueba de Kahn como la más efectiva al mundo, las nuevas relaciones en torno a temas de salud que México estableció con Estados Unidos favorecieron que el intercambio científico con esta nación fuera más cercano y frecuente que con las tradiciones europeas.

Para Latour (1992, p.3) cuando un instrumento científico no ha definido sus límites puede considerarse que todavía no es una “caja negra”. Mientras hay divergencia entre los investigadores, todos están en la labor de perfeccionamiento, cada uno desde su propio laboratorio tratando de diseñar el instrumento, técnica o, en este caso, prueba más calificada, que posicionará al laboratorio y al equipo como los mejores y dará además toda una red de soporte. “Incertidumbre, gente trabajando, decisiones, competencia, controversias son lo que se encuentra cuando se realiza un flashback desde unas cajas negras concretas, frías y no problemáticas, a su pasado reciente.” (p. 3) Lo que Mazumdar cuenta en torno a la estandarización de la prueba de Kahn, las dificultades para llevar a cabo la prueba de Wassermann y las dificultades para desplazarla a pesar de que existía una prueba más fiable nos sitúa en un momento de incertidumbre, de falta de estándares, de falta de acuerdos consolidados y en un espacio de tradiciones científicas arraigadas pero también maleables y susceptibles de ser modificadas.

#### **1.4 Entre pruebas fallidas y soluciones indeseadas**

En la bibliografía y fuentes que consulté no hallé referencias a las conferencias de estandarización realizadas en 1921 y 1928 en Europa. Pero sí encontré una preocupación por homogeneizar los métodos científicos y hacer de las pruebas de detección una herramienta fiable.

Ricardo Cícero y otros médicos en México consideraban que el bloqueo a Alemania durante la Primera Guerra Mundial, más que impedir la difusión del conocimiento sobre los métodos, había impedido la adquisición de las sustancias “originales” provenientes de esa nación; primero, no existieron los materiales para la reproducción de las pruebas o de los tratamientos en los consultorios y, posteriormente, hubo una proliferación de sustancias bioquímicas procedentes de otras naciones de las que no se sabía en qué grado confiar. (Cícero, 1925) Se sabe que hacia 1929 en México —ante la abundancia en la cantidad, calidad y, también, deficiencia de las pruebas, así como las dificultades para la adquisición de los materiales indicados en los “métodos originales”—, se convocó a un concurso para la estandarización de la prueba de Wassermann con fórmulas y métodos que pudieran llevarse a cabo en el país.

El médico Jesús Arroyo, de quien desconozco en dónde estaba laborando en ese año, contó que “alguna corporación existente en la Capital” había iniciado ese año un “concurso para médicos y estudiantes de medicina, en el cual se proponía el valor diagnóstico de la reacción de Wassermann”. (Arroyo, 1929, p. 1) Esa convocatoria lo motivó a dar a conocer a la Academia Nacional de Medicina un estudio de la prueba, la implementación de otros “métodos suerológicos” y el uso de sustancias diferentes a las de origen alemán. (Arroyo, 1929, p. 3) Aseguraba que en otros países esas variantes se habían propuesto “siempre con el loable objeto de mejorar los resultados”. Entre los métodos de floculación y precipitación se había agregado el de “desviación del complemento en el estudio del diagnóstico de la sífilis”. Mediante estas variantes, se estimaba que los “resultados se completan, se perfeccionan y se armonizan”. (Arroyo, 1929, p. 2)

En México había médicos que instaban a hacer uso de técnicas científicas innovadoras y otros que rechazaban procedimientos que llevaran a confusiones, pues había “enfermos francamente sífilíticos” en quienes la reacción no daba resultado positivo. De esta manera se comenzó a evaluar el control de todas las variantes que pudieran llevar al error de la prueba, no sólo en la metodología de la misma y sus sustancias, sino en las condiciones externas relacionadas con los pacientes o con las enfermedades. Lo que estaba en juego era el dar, o no, una autoridad mayor a las pruebas diagnósticas, así como considerarlas susceptibles de errores pero a la vez de perfeccionamientos. También en esto se disputaba la redifinición de la sífilis, pues había acuerdos en torno a la interpretación de las manifestaciones sífilíticas que las pruebas serológicas no respaldaban de manera automática. Como cuando debido al margen amplio de

error de la prueba el diagnóstico debía ser confirmado clínicamente, con todas las interpretaciones sobre la enfermedad que implicara adoptar el método clínico. Conforme las pruebas de detección fueron más estables y más eficaces, se redujo el campo de interpretación de la sífilis, por ejemplo, se excluyó la noción de patología hereditaria o enfermedad de la sangre y se la construyó y estabilizó como infección de transmisión sexual. Arroyo optaba por el control del error:

De lo anteriormente expuesto podemos deducir las siguientes:

I. Conviene cambiar el estudio aislado del valor diagnóstico de la reacción de Wassermann, por el estudio de conjunto de los diversos procedimientos serológicos aplicables al diagnóstico de la sífilis.

II. Estos procedimientos, variables para cada investigador, pueden ser los siguientes conforme el criterio del autor de ese trabajo: métodos de desviación de complemento, con suero inactivado (reacción de Wassermann y Jacobsthal), con suero fresco (reacción de Levaditi-Latapie); y métodos de precipitación (reacción de Kahn).

III. La práctica correcta de estos métodos en los diversos sueros sometidos a nuestro estudio nos proporciona un conjunto de datos ciertos, que estimados juiciosamente, nos permiten responder categóricamente a la pregunta de la clínica, ¿existe o no una infección sifilítica en nuestros enfermos? (Arroyo, 1929, p. 11)

Las variaciones de los resultados de la prueba de Wassermann, u otras seroreacciones, se construían en relación con las nociones clínicas de la sífilis y de los tratamientos. Por ejemplo, se creía que los resultados negativos se debían a que eran “enfermos de sífilis en plena evolución, tratados con éxito” o que los positivos se debían a que eran “enfermos de sífilis rebeldes al tratamiento”. (Arroyo, 1929, p. 4) Además, otras variaciones de los resultados se ligaron con las enfermedades padecidas por el paciente. Por ejemplo, en “los enfermos de rino-escleroma dan la reacción de Wassermann positiva” y presentaban síntomas de la sífilis —como la deformación de la nariz y daños en “el paladar, la lengua y la garganta”. (Cervera, 1938b, p. 100) Por ello, antes de ser sometidos a un tratamiento antisifilítico era necesario tener un seguimiento continuo y cronológico del historial médico del enfermo, para evitar confusiones que no se podían disipar con la seroreacción. (Arroyo, 1929, p. 7)

La variedad de pruebas que surgieron para detectar la sífilis en la década de los treinta, nos da información sobre cómo no era considerada exclusivamente una enfermedad de transmisión sexual, pero también sobre cómo los exámenes clínicos y anatomopatológicos aún prevalecían.<sup>43</sup> No es extraño encontrar a médicos promoviendo este tipo de exámenes para

---

<sup>43</sup> Carrillo (2001a) considera que en el siglo XIX hubo métodos diagnósticos basados en la anatomopatología, la fisiopatología y la etiopatología. La primera indagaba sobre la lesión anatómica, su localización, su principio de lesión

diagnosticar la sífilis. El médico Manuel Puig Solanes,<sup>44</sup> quien fue desde 1932 el oftalmólogo del Hospital Morelos, hizo un estudio “sistemático del aparato ocular y de los pares craneanos con él relacionados” para saber si en la infección sifilítica temprana ya se presentaban síntomas de un daño. Puig Solanes exploró a 1978 “asiladas sifilíticas” entre 1935 a 1936 (Solanes, 1938, p. 67-68) y concluyó que:

158 casos, a los que, agregados 4 de Atrofia Simple del nervio óptico (debe ser considerado éste como verdadera comisura cerebral y sus afecciones incluídas entre las del sistema nervioso central), se obtiene un total de 162 casos: el 8.18% de las enfermas examinadas. *Abundan, por lo tanto, las alteraciones nerviosas, discretas, pero evidentes, en las sifilíticas del Hospital Morelos.*

No es esta nota el lugar oportuno para demostrar que estas alteraciones reconocen una etiología sifilítica; deseo sin embargo, hacer notar que bastarían para inducirnos a creer en la naturaleza sifilítica de la mayoría, cuando menos (para quedar dentro de los términos de la más estricta prudencia), dos hechos: 1° el que las enfermas examinadas posean como única afección ostensible y común a todas ellas, la Sífilis; y 2° el que la consideración de un lote, semejante en número, de enfermas no sifilíticas, permite comprobar fácilmente que no manifiestan esta elevada proporción de alteraciones pupilares (especialmente).

Como resumen, puede asentarse, a mi manera de ver en forma indudable, que *la invasión temprana del sistema nervioso se verifica en cerca del 10% de las sifilíticas jóvenes del Hospital Morelos.* (Solanes, 1938: 68)

Hacking (2001) considera que algunos fenómenos son creados a partir de la forma histórica de la sociedad que los construye, es decir, cada modelo de clasificación representa a la sociedad que lo construyó y a sí mismo este nutre ese fenómeno. La insistencia médica en generar algún tipo de prueba para poder detectar sin errores a los enfermos de sífilis y clasificarlos obedecía a un interés por someter a un grupo de persona a nuevas reglas generadas a partir de esa clasificación. No es lo mismo analizar una enfermedad a partir de una observación general, como lo hacía la medicina clínica, que como una enfermedad específica de un sistema o de un área del cuerpo, o como Puig Solanes como una enfermedad causante de daños anatómicos. Si la enfermedad se hubiera, por ejemplo, vinculado más a las discapacidades visuales, hubiera generado un tipo de comunidad diferente. Las clasificaciones cambian la forma en que la gente vive sus experiencias. (Hacking, 2001, p. 34) Las técnicas, herramientas y

---

celular y el principio de peligro. La fisiopatología estudiaba el desorden energético del organismo durante la enfermedad, la enfermedad era un estado morbosos que alteraba la actividad y el dinamismo. Y la etiopatología buscaba la causa externa del proceso morbosos, el combate al organismo o al microbio. (p. 24)

<sup>44</sup> Manuel Puig Solanes obtuvo su título de médico en la Escuela Nacional de Medicina y posteriormente migró a Europa para especializarse en Oftalmología. Hizo estudios en Barcelona, París y Viena. Hacia 1930 regresó y se integró al Hospital Morelos y posteriormente al Hospital General. En 1938 fue jefe del Pabellón de Oftalmología. Fue presidente de la Academia Nacional de Medicina en 1954. En 1959, se consolidaron en el Hospital General cursos de maestría en Oftalmología impulsados por él. (Treviño, 2014, pp. 629-630)

artefactos proporcionan etiquetas a las comunidades —en este caso científicas— y con las etiquetas se promueve las clasificaciones de individuos y tipos de sujetos. (Hacking, 2001, p. 57)

Para el caso de las pruebas de detección de la sífilis, la etiqueta que se intentaba generar era la del enfermo sexual sifilítico, en donde las relaciones ya no serían con una persona con un malestar general o hereditario producto de una sangre enferma o con una persona con padecimientos físicos, pero quien podía seguir desempeñándose en múltiples dimensiones sociales —como la familiar o la laboral —, sino con una persona reducida a la etiqueta de sifilítico o enfermo sexual.<sup>45</sup> Reducir la noción de la sífilis a enfermo sexual implicaba que la persona debería abandonar su esfera erótica, su esfera afectiva, su esfera familiar y, en algunas ocasiones, su esfera económica. Una vez que se etiqueta a un sujeto, señala Hacking, se le exige que se comporte conforme a la etiqueta. La forma en que se conceptualiza un fenómeno, una cosa o una persona, cambia la manera en que nos relacionamos con ello. (p. 93)

Las formas de clasificar seres humanos interactúan con los seres humanos clasificados. Hay razones de todo tipo para esto. Quizá las personas se consideran a sí mismas como de una cierta clase, o rechazan la clasificación. Todos nuestros actos están sujetos a descripciones, y los actos que podemos llevar a cabo dependen, en un sentido puramente formal, de las descripciones de que disponemos. Además, las clasificaciones no existen sólo en el espacio vacío del lenguaje, sino en las instituciones, las prácticas, las interacciones materiales con las cosas y con otras personas. (p. 64)

Las relaciones que se establecen entre artefactos o técnicas provocan nuevas diferencias en las relaciones, pero estas permanecen inestables mientras no estén bien limitadas. La falta de una práctica de laboratorio compartida generaba inestabilidad en la forma de preparar la prueba de Wassermann y no permitía la generación de una etiqueta única. A pesar de que no se creó una etiqueta única, las nuevas nociones de la enfermedad que impulsaron tanto la prueba de Wassermann, como la prueba de Kahn, así como los tratamientos con arsenicales, sí reconfiguraron las formas de comprender a la sífilis aún sin tener pruebas o tratamientos estabilizados y estandarizados. Como he mencionado ya, el primer giro fue considerar a la sífilis como una enfermedad contagiosa.

---

<sup>45</sup> Hacking ejemplifica, con un libro de Kurt Dazinger *Constructing the Subject* publicado en 1990, que las pruebas de laboratorio han convertido a los sujetos en objetos, en donde mediante un proceso de despersonalización el sujeto objetivado tiene que comportarse de acuerdo a la clasificación y ajustarse a ella. También señala que los resultados de los laboratorios tienen una fuerza de expansión que va desde el mundo de los negocios, a la educación, las leyes, las patologías. Finalmente, indica que personas sometidas “a la investigación llegaron a ser los objetos sobre los que ejercer un cierto tipo de poder social.” (2001, pp. 92- 93)

Aunque lentamente el conocimiento de cómo preparar algunas pruebas de detección fue conocido en términos generales, algunos autores consideran que el grupo de bacteriólogos en el país era tan pequeño que no se daba abasto para satisfacer la demanda creciente. Esto generó una preocupación en las autoridades sanitarias de México, por ello se decidió crear la carrera de Bacteriología en 1934 en la Universidad Gabino Barreda. Se pidió orientación a autoridades en bacteriología en México, las cuales fueron Tomás G. Perrín, Ernesto Cervera, Ignacio González Guzmán<sup>46</sup> y Gerardo Varela<sup>47</sup>. Este último se opuso a la creación de la carrera de bacteriólogo por considerar que su enseñanza no debería estar desvinculada de la enseñanza de la medicina. (Lemus, 2009, p. 30) En 1935 la Universidad Gabino Barreda fue transformada en la Universidad Obrera de México y se cuestionó que la carrera de Bacteriología estuviese dentro de ella. La Escuela de Bacteriología siguió funcionando hasta su incorporación al recién creado Instituto Politécnico Nacional en 1937, en donde cambió su nombre por Escuela de Bacteriología, Parasitología y Fermentaciones. En 1938 se agregaron nuevas carreras: Botánica, Zoología, Entomología, Hidrobiología, Química biológica, Antropología física, Antropología social y Medicina rural. Se consideró entonces más adecuado llamar a la Escuela, Instituto Nacional de Ciencias Biológicas. (Lemus, 2009, pp. 47-57)

Este proyecto, según Armando Lemus, fue respaldado por varios médicos laboratoristas del Departamento de Salubridad Pública y miembros de la Academia Nacional de Medicina. Pero otros miembros de la misma Academia y de la Escuela Nacional de Medicina, principalmente sus directivos, estuvieron atacando al Instituto de Ciencias Biológicas. Consideraban que este instituto estaba dedicado a labores técnicas menores y que la Escuela Nacional de Medicina era quien debería liderar las labores de investigación médica. Uno de los principales atacantes al

---

<sup>46</sup> Ignacio González Guzmán recibió su título en 1923. "Trabajo en un dispensario antivenéreo del Departamento de Salubridad Pública y después en el laboratorio del Hospital General", del cual fue jefe en 1925. Fue jefe del Laboratorio Central de Salubridad de 1932 a 1933. Fue director del instituto de Estudios Médicos y Biológicos de la Universidad. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1929 y es considerado de los fundadores del Colegio Nacional. (Treviño, 2014, p. 115)

<sup>47</sup> Gerardo Varela obtuvo su título de médico cirujano en la Escuela Nacional de Medicina en 1924. Posteriormente estudió Salud Pública en Harvard, hizo estudios de especialidad en el Instituto Pasteur y "en diversas instituciones de Canadá, Inglaterra, Polonia y otros países". Tuvo "puestos importantes en el Instituto de Higiene y en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, del cual fue director por más de 20 años". Fue profesor "y jefe del Departamento de Microbiología y Parasitología de la Escuela Nacional de Medicina y director de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional." (Treviño, 2014, p. 587)

Instituto de Ciencias Biológicas fue el doctor Gustavo Baz<sup>48</sup>, quien en 1935 era director de la Escuela Nacional de Medicina y de la Escuela Médico Militar. (Lemus, 2009, p. 69)

Este interés por mejorar las prácticas de laboratorio y de investigación durante la presidencia de Lázaro Cárdenas también se reflejó en la manera de concebir la Campaña Antivenérea de 1935, en donde las pruebas de detección tendrían un papel más importante. Bajo su presidencia el número de dispensarios antivenéreos que existían en la ciudad aumentó; la campaña de 1935 tenía la finalidad no sólo de rutinizar las pruebas de detección de la sífilis como requisito prematrimonial (que ya había sido aprobado en el *Código Civil* de 1928) o para las mujeres dedicadas al comercio sexual, sino de solicitarlas también a obreros dentro de fábricas y a empleados particulares. De hecho, Francisco Bassols, quien fungía como jefe de la Campaña de Enfermedades Venéreas, alcoholismo y toxicomanías en 1936, había informado al Departamento de Salubridad Pública que la Confederación del Frente Socialista consideraba importante realizar de manera sistemática entre sus miembros la reacción de Kahn o la de Wassermann, por lo menos cada dos años, y no sólo someterse a ella para el certificado prenupcial. (AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, 1936-1941:f. 2)

De 1921 a 1927 se instalaron ocho dispensarios antivenéreos en la ciudad de México. (Zavala, 2015, p. 139) En 1938 se abrió el noveno y en 1940 se abrieron los 10, 11, y 12. (AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, Foja 2, 1936-1941) Esta expansión de los dispensarios antivenéreos es importante en tanto que buscaba popularizar los métodos tanto clínicos como microbiológicos para la detección de la sífilis. De hecho, es importante señalar que inicialmente los primeros dispensarios antivenéreos, que estuvieron a cargo de beneficencias privadas, estuvieron dirigidos a los obreros y, posteriormente, cuando se volvieron públicos se dirigieron también a niños y a mujeres. Fue dentro de estos espacios en donde se puede localizar la difusión del diagnóstico mediante pruebas serológicas y en donde se comenzó la reconfiguración de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual desde la microbiología.

En 1938 el médico Ernesto Cervera —a cargo del del Instituto de Higiene, organismo encargado de las pruebas serológicas de la sífilis junto con el laboratorio del Hospital Morelos—

---

<sup>48</sup> Gustavo Baz obtuvo su título de médico cirujano en 1920, se especializó en Cirugía y viajó a Estados Unidos y Europa para perfeccionar su formación. Promovió un reacondicionamiento de las aulas y los laboratorios para la enseñanza médica. En 1938 se convirtió en rector de la UNAM. De 1940 a 1946 fue director de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. “En 1952 dirigió la Industria Nacional Químicofarmacéutica”. En 1936 promovió la creación del servicio social “de la carrera de medicina”. En 1927 ingresó a la Academia de Medicina y en 1935 fue su presidente. (Treviño, 2014, p. 113)

reconocía los estudios hechos en Copenhague en 1928 y en Montevideo en 1930 en un artículo en el *Boletín de Salubridad e Higiene*. Señalaba que bajo los “auspicios de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, y en Norte América por iniciativa del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos[...]” se comparó por solicitud de la “American Society of Clinical Pathologists” las reacciones de “fijación del complemento” encomendados a “Brem, Kolmer, Ruediger y Williams” y las de “floculación” a “Eagle, Hinton, Johns, Kahn, Kline, Lufkin y Rytz (Kahn presuntiva), Rein (Kline de exclusión) y Weiss.” En este reporte<sup>49</sup> se indicaba la mayor sensibilidad y exactitud de la prueba de Kahn frente a la de Wassermann. (Cervera, 1938b, p. 99-100)

Hacia 1938 en México se había extendido ya la noción de controlar el error de las pruebas. Se recomendaba de forma generalizada no sólo hacer pruebas serológicas sino estudiar el chancro o los chancros, ya que si la infección había sido recién adquirida o se encontraba en lo que se consideraba un “periodo dormido” lo más probable era que la prueba de detección diese negativo. Ernesto Cervera defendía este control del error también:

Después de la aparición del chancro hay un período seronegativo, durante el cual el diagnóstico deberá hacerse por la investigación del treponema, que será considerablemente favorecida con el uso del condensador especial para campo oscuro.

Ignorando esta fase ha llegado a suceder que un enfermo solicite el servicio médico por creerse infectado de sífilis, y que el facultativo, en vez de mandarle a examinar el chancro, solicite la reacción de Wassermann, cuyo resultado será negativo en este período. (Cervera, 1938b, p.100)

Si bien controlar agentes externos permitió perfeccionar la aplicación de las serorreacciones para el diagnóstico de la sífilis, también construyó la noción de que los métodos científicos eran o serían infalibles.<sup>50</sup> Es decir, invisibilizó todas las posibilidades de error que contienen. Por otro lado, ante las condiciones de muchos laboratorios en México, Cervera recomendaba el análisis de otro tipo de muestras cuando no se contaba con los instrumentos para

---

<sup>49</sup> Cervera indicaba que: “Según informe publicado por Cumming y sus colaboradores, en 1935, en la sífilis primaria no tratada se ha obtenido con las reacciones de tipo Wassermann, desde 53.7 hasta 82.5% de reacciones positivas, y con la reacción de Kahn y sus derivadas y otras de floculación, desde 76.7 hasta 82.9% de positivas también. En la sífilis secundaria, sin tratamiento, se ha obtenido reacción positiva en todos los casos y con todos los tipos de reacción, y en la sífilis de dos o más años, con tratamiento variable, fueron positivas las primeras en 58 y hasta en 86-4% de los casos, y las segundas de 76.9% a 84.3%. Una de las de tipo Wassermann dió[sic] 0.7% de reacciones positivas en individuos sanos y una de las de tipo Kahn dió[sic] también 0.7%, habiendo otra, entre estas modificadas que dió[sic] 3.3%, siempre entre personas no sifilíticas.” (Cervera, 1938b, p.100)

<sup>50</sup> Se considera que en este tipo de argumentos hay una defensa a priori de lo científico, en donde lo científico no falla y es incuestionable. Así se establece que cuando la prueba falla es porque se hizo un mal uso de ella o sin cuidados suficientes y no porque la prueba misma tiene múltiples errores que tienen que ser controlados para que arrojen los resultados que se buscan. (Hacking, 2001)

realizar la prueba de Kahn o la de Wassermann como: “escarificar el borde del chancro” que había sido previamente lavado para no tener ninguna sustancia contaminante o rasparlo para que con una pipeta se obtuviera “la serosidad” de las “papilas dérmicas”. Una vez obtenida la muestra se aplicaba un “examen en campo obscuro” que permitía ver “al natural, conservando la regularidad de sus espiras y sus movimientos característicos que recorren el filamento en toda su longitud en forma de ondulación.” (Cervera, 1938a, p.70) Si incluso no se tenían los instrumentos para observarlos, el mismo Cervera recomendaba otros métodos:

Para quien no dispone de los tres accesorios que requiere esta clase de iluminación, recomendamos la impregnación argéntica por el método de Fontana-Tribondeau, que introdujimos en México desde el año de 1914. Es ejecución tan sencilla que algunos alumnos, con sólo escuchar su descripción, la realizan inmediatamente con singular maestría. Los reactivos que requiere son obtenibles por doquiera, y los treponemas quedan tan bien impregnados que no es posible dejar de verlos. (Cervera, 1938a, p. 71)

Cervera mencionaba que en “la Conferencia de Montevideo opinaron que la reacción Standard de Kahn reúne las dos condiciones y fué[sic] la mejor entre todas las comparadas”. Había iniciado “su estudio en México el Dr. Baudelio Villanueva, en 1923, y había sido continuado por el Dr. Ángel Arroyo Ávila en 1925”. La reacción de Kahn había “sustituido a la de Wassermann en Michigan y es el método oficial de sero-diagnóstico en muchos lugares”. (Cervera, 1938b, p. 102) La estandarización de la prueba de Kahn lograría eliminar algunas prácticas y nociones de la medicina clínica para la detección de la sífilis, como la búsqueda de la sífilis a partir de las pruebas oculares, de la sangre o de las escarificaciones, así como la noción de los estadios de la sífilis. Mientras tanto, a finales de la década de los treinta, los médicos, incluido el doctor Cervera, pensaban que aunque las pruebas resultaran negativas después de un tratamiento, de acuerdo con el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos de América, eso no significaba que los pacientes estuviesen curados, es decir, se modificaron los límites entre lo sano y enfermo. Para la medicina clínica estar sano estaba vinculado a una serie de construcciones de la normalidad que eran visibles, para la patología la sanidad estaba vinculada con una normalidad de los órganos, pero para la microbiología implicaba no ser portador del agente patógeno.

cuando los pacientes de sífilis primaria estuvieron bajo tratamiento o en observación seis meses o más, se pudo comprobar que persistían las reacciones suerológicas en 3.8% de los casos si el tratamiento comenzaba en la fase seronegativa inicial, y en 14.5% si se instituía en el período sero-positivo primario. Esta persistencia de la reacción en la sífilis primaria es de consecuencias, porque la neuro-sífilis ocurre en 30.6% de los casos, mientras que de los que presentan Wassermann negativa, sólo 18% tienen neurosífilis. (Cervera, 1938b, pp. 102-103)

Cervera recomendaba no suspender el tratamiento, a pesar de que el paciente hubiese obtenido una reacción de Wasserman negativa, para evitar darle la confianza al paciente de que estaba curado; de hecho recomendaba ocultarle el resultado negativo y seguirle administrando el tratamiento debido a la imprecisión de la prueba. (Cervera, 1938b, pp. 102-103) Se puede considerar que esta falta de certidumbre permitió que la prueba fuese ligada a una moralización social, en donde los médicos eran quienes determinaban cuándo el paciente estaba curado y cuándo no; por esto, al no comunicarle al enfermo la negatividad de la prueba podían controlar su vida sexual. Esta forma de usar la prueba muestra cómo no es la prueba por sí misma la que construye a una enfermedad, sino que se construye en la relación entre las prácticas de los laboratorios y los discursos que explican y guían esas prácticas.

Se puede considerar que la intensificación y difusión del uso de la prueba de Kahn se debió a la labor de Fundación Rockefeller y que fue la necesidad de satisfacer las demandas de salud de los grupos obreros la que aceleró el establecimiento de un centro de adiestramiento para las enfermedades venéreas. En otros sitios, como en Pachuca, la medicina laboral había intervenido para lograr que los trabajadores gozasen de una salud suficiente como para desempeñar sus trabajos satisfactoriamente. Esta ansía por controlar la salud de los trabajadores pretendía cronificar su capacidad laboral. Como ya mencioné, en 1933 se fundaron los Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados, la Fundación Rockefeller se encargó en 1931 de algunas unidades sanitarias que se unieron a los servicios coordinados, pero permanecieron a cargo del personal de la fundación. Una de esas unidades sanitarias fue la de Cuernavaca. Esta se organizó como una unidad de entrenamiento en donde había un médico director de la unidad, un ingeniero sanitario, una enfermera, un inspector sanitario y un estadista; según Birn (2011), fue organizada como una estación sanitaria norteamericana.

En 1934 la unidad fue trasladada a Xochimilco y, posteriormente, en 1941 reubicada en Tacuba, en la ciudad de México. En esta unidad sanitaria se desarrolló un programa antivenéreo en el que fueron practicadas reacciones de Kahn, tratamientos antisifilíticos y registros epidemiológicos. Se convirtió así en un centro de entrenamiento en pruebas serológicas y recibió —desde que estaba en Cuernavaca hasta su ubicación en la ciudad de México— de manera frecuente la visita de estudiantes que buscaban perfeccionar sus prácticas de laboratorio. Posteriormente, de 1944 a 1948, la Fundación se hizo cargo de otras unidades de entrenamiento

en Coatepec, nuevamente en Cuernavaca, Monterrey, Guadalajara y Celaya. (Birn, 2011, p. 205-211) En este periodo, Ángel de la Garza Brito —quien también fue director de la Escuela de Salud Pública del Departamento de Salubridad Pública — consideró que en el periodo de 1930 a 1940 los estudiantes no habían podido trabajar de forma más sistemática al lado de las unidades de entrenamiento debido a los directivos de las mismas.

En 1940 el médico Felipe García Sánchez estaba a cargo de la Unidad Sanitaria municipal de Cuernavaca, Morelos, la cual fue la única que tuvo un programa contra de las enfermedades venéreas. Estas unidades sanitarias se enfocaron en siete puntos que fueron: 1) la epidemiología e inmunización, 2) la higiene prenatal y postnatal, 3) la higiene preescolar y escolar, 4) la higiene de la boca, 5) la higiene de los alimentos, 6) la higiene sanitaria y 7) la estadística y educación sanitaria al público. (García, 1941, p. 278) Se determinó así cuáles eran las enfermedades con más alta incidencia, entre las que estuvieron: blenorragia, disentería amibiana, gripa, paludismo, sarampión, sífilis, tos ferina. Se reportó que en esta unidad 240 personas estaban recibiendo tratamientos antisifilíticos. (García, 1941, p. 284) En las Unidades Sanitarias municipales de Morelos se estaban atendiendo a 1090 personas a quienes se les habían aplicado “1288 inyecciones Arsenicales, bismúticas y mercuriales” y en el Laboratorio Central de la unidad de Cuernavaca se habían realizado 1736 reacciones de Kahn, “de las cuales 639 fueron positivas y 1134 negativas”. (García, 1941, p. 284)

Era evidente que se necesitaba un entrenamiento en la práctica de reacciones diagnósticas y tener dispensarios en donde estas se rutinizaran. En 1939 Enrique Villela —jefe de la Campaña Antivenérea, que dirigía el Departamento de Salubridad Pública — solicitó al Jefe del Laboratorio Central que con una comisión diseñara tanto un proyecto para estandarizar las pruebas diagnósticas de la sífilis —las cuales serían seguidas obligatoriamente por todos los laboratorios —, así como un plan obligatorio de sometimiento de enfermos y sospechosos a exámenes serológicos. Se sopesaba que, con los cambios habidos en el *Reglamento de las Campañas Antivenéreas* de 1940 y con la supresión del *Reglamento del ejercicio de la prostitución*, aumentarían el número de enfermos que buscaran ayuda médica voluntariamente y “por consecuencia el volumen de reacción serológica [sería] mayor”. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, foja 9, 1936-1941)

Además de eso, en 1940 se trató de hacer cumplir el requerimiento del certificado prenupcial ordenado por el artículo 175 del *Código Sanitario* que establecía como obligatorio

“la práctica de reacciones serológicas para el diagnóstico de la lues[sic]” y que entró en vigor en abril de ese año. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, Foja 25, 1936-1941) Para ello, el director de la Campaña antivénera, el doctor Alberto P. León, solicitó al director del Laboratorio Central — Francisco Paz<sup>51</sup>— que junto con los médicos Eliseo Ramírez<sup>52</sup> y José Zozaya<sup>53</sup> le indicasen cuál era la mejor prueba diagnóstica y qué condiciones deberían reunir los “laboratorios particulares” que practicasen esas reacciones serológicas. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, Foja 25, 1936-1941) Ante esta solicitud el doctor Eliseo Ramírez, director del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, recomendó las pruebas de Wassermann y de Kahn, las cuales deberían ser practicadas por personas que contasen con “título oficial, de acuerdo con las leyes respectivas, cuya adquisición signifique haber cursado Bacteriología y Suerología”; además de que deberían ser practicadas en un laboratorio bien dotado. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, 1936-1941, f. 38)

Por su parte, el doctor José Zozaya recibió de José I. González —Jefe de la Sección de Diagnósticos del Laboratorio Central— un informe sobre las pruebas existentes para el diagnóstico de la sífilis, las cuales eran de dos tipos: unas de fijación de complemento y otras de floculación. González recomendaba del primer tipo la variante de Kolmer y del segundo la de Kahn, la de Meichicke II, la de Müller II, la de Kline, la de Laughlen y la de Chediak. Además sugería usar “el antígeno del Dr. Saucedo y Andrade para la reacción de Kahn. Este antígeno tiene las ventajas de menor precio y de una estabilidad superior al original de Kahn.” (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, Fojas 32-34, 1936-1941) Se puede considerar que se estaba buscando una serie de serorreacciones que pudieran ser hechas sin la adquisición sólo de ciertos materiales y métodos y que pudieran ser practicadas en diferentes partes del país. En la ciudad de México se disiparon paulatinamente las dudas sobre cuáles pruebas eran las más recomendables, pero no ocurrió lo mismo en otras zonas de provincia. En 1941 se seguían recibiendo peticiones de médicos públicos y privados para que les indicasen qué pruebas diagnósticas realizar y cómo montar los laboratorios:

---

<sup>51</sup> Francisco Paz recibió en 1914 el nombramiento de jefe de Anatomopatología en el Instituto Bacteriológico, estuvo vinculado posteriormente al Instituto de Higiene.

<sup>52</sup> Eliseo Ramírez se graduó de la Escuela Nacional de Medicina en 1914. Fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina, de la Escuela Médico Militar y de la Escuela Nacional Preparatoria. Laboró en el Instituto de Higiene de 1921 y de 1930 a 1938 fue su director. Posteriormente fue director del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Fue miembro fundador de la Sociedad Mexicana de Eugenesia para el Mejoramiento de la Raza en 1931. Murió en 1940. (Anónimo, 1940, s/p)

<sup>53</sup> Fue director del Instituto de Higiene de 1925 a 1929.

México, D.F., A 16 DE JUNIO DE 1941

C. Secretario General del Departamento

Esta Oficina continúa recibiendo de diferentes partes de la República solicitudes y consultas a propósito de los requisitos que deben satisfacer los laboratorios particulares para expedir constancias prematrimoniales de reacciones de Wassermann y Kahn.

En virtud de que aún no se expide la reglamentación respectiva, me permito rogar a Ud. con toda atención tenga a bien señalar a esta Oficina lo que deba resolverse.

Dr. Enrique Villela. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, Foja 96, 1936-1941)

Dentro de los servicios públicos en la ciudad de México quedaba la duda de cómo se satisfaría materialmente la demanda de las pruebas y cómo se agruparía a un personal calificado para realizarlas en grandes cantidades. El jefe del Laboratorio Central, Francisco Paz, indicó al Secretario General del Departamento de Salubridad Pública y al Jefe de la Campaña Antivenérea que el laboratorio contaba con insumos sólo para el año de 1940, pero si había recortes de la Secretaría de Hacienda, muchas secciones tendrían dificultades. (AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, Foja 12, 1936-1941) Explicaba que —para realizar una prueba de las reacciones de Wassermann y de Kahn— se requerían siete tubos por reacción. Si la demanda se calculaba aumentaría a 200 reacciones diarias, requerirían 1400 tubos y otros más para ser lavados para el siguiente día, por lo que eran necesarios 2800 tubos. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, Foja 12, 1936-1941) Continuaba:

más los utilizados en coleccionar los 200 sueros, que van a someterse a reacción, dan cada dos días un total de 3,200 tubos. Si del pedido que se hace para todo el año, por ejemplo 4,000 tubos, se proporcionan solamente la duodécima parte, o sea 333, sólo alcanzaría para hacer veintiuna reacciones y dejar en preparación para el día siguiente otras veintiuna, número insuficiente para las necesidades del servicio. Dos remedios tiene esta dificultad: O el Laboratorio, gracias a un acuerdo del C. Jefe del Departamento, puede disponer, en una sola erogación del presupuesto de todo el material que necesita, o va paulatinamente intensificando el trabajo, a medida que reciba elementos, siendo necesariamente su rendimiento inferior en este caso. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, f. 12)

La solución que dieron las autoridades fue que los dispensarios que contaran con laboratorio se hiciesen cargo de sus propias muestras para “aligerar el trabajo del Laboratorio Central, reduciendo por lo menos el volumen de tomas de sangre y análisis de orina”. (AHSSA, SP, IAV, Caja5, Exp. 3, f. 13) Las dificultades para entrenar a las personas en la elaboración de las pruebas serológicas, los materiales y espacios necesarios sólo pudieron medianamente ser solucionados dentro de la ciudad de México con la creación de un centro de adiestramiento. En todo caso, como puede verse, fue desde el Instituto de Higiene en coordinación con los laboratorios dependientes del Departamento de Salubridad Pública en donde se concentraron las

investigaciones sobre las pruebas de detección. Y fue desde el Departamento de Salubridad Pública desde donde se pretendía articular mecanismos científicos que permitieran un mayor control general y continuado de la población a través de la vigilancia de su salud sexual y reproductiva, construyendo incluso ese concepto como lo leeremos en el último capítulo.

### 1.5 El Centro de adiestramiento “Dr. Eliseo Ramírez”

Entre 1943 y 1944 se organizó finalmente un Centro de Adiestramiento en el Control de las Enfermedades Venéreas “Dr. Eliseo Ramírez” en la calle Tolsá número 48 con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana. Algunos médicos hasta ese momento habían realizado cursos en Estados Unidos en el Medical Center de Hot Spring, Arkansas, pero se necesitaba un centro en “donde preparar, de la mejor manera posible, los técnicos necesarios para el mejor desarrollo de la misma: médicos venereólogos, laboratoristas expertos y trabajadores sociales”. (Aparicio, 1949, p. 415) La inauguración del Centro de Adiestramiento fue el 11 de septiembre de 1944. El doctor Jaime Velarde Tomé, quien en 1949 era su director, se encargó de adiestrar a los nuevos expertos en sífilis junto con los doctores Carlos Rodríguez Escárcega y Gastón Facio. Los tres fueron enviados al Medical Center y después a la Escuela de Salubridad e Higiene de la Universidad John Hopkins. Los técnicos en laboratorio Breña y Ugalde fueron al Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) en Staten Island, Nueva York. (Aparicio, 1949, p. 415)

El Centro contaba con un dispensario antivenéreo, con un servicio de admisión en donde los enfermos eran clasificados entre quienes pasaban al dispensario y quienes pasaban a las salas clínicas. Tenía un laboratorio con microscopio de campo oscuro, oftalmoscopio y demás instrumentos necesarios para realizar también pruebas serológicas, de cultivo y microscópicas, así como análisis de líquido céfalo-raquídeo, químicas sanguíneas y urinarias, entre otras. Tenía también una sala para poder impartir los cursos teóricos, la cual también se empleaba como local de la Asociación Nacional de Venereología. Tenía asimismo dos consultorios con “todo el instrumental necesario para desarrollar el adiestramiento clínico de los médicos y personal [...]”. (Aparicio, 1949, pp. 415-416)

De 1944 (año en que se inauguró) a 1949 en el Centro de Adiestramiento se impartieron nueve cursos de adiestramiento completos, además de curso breves o irregulares.<sup>54</sup> Los cursos completos tenían una duración de seis semanas y los irregulares variaban de una semana a mes y medio. En esos años habían adiestrado completamente a cuarenta médicos, de los que aproximadamente 50% “corresponde al Distrito Federal y el otro 50% restante a los Estados”. Otros treinta médicos habían tomado cursos irregulares. En 1946 habían adiestrado ya a 32 laboratoristas, ocho del Distrito Federal y el resto de los Estados. Además de eso, diez trabajadoras sociales habían recibido adiestramiento en el área venereológica. El 1949 el Centro de Adiestramiento fue sometido a una evaluación del Venereal Disease Research Laboratory del U.S. P. H. S. y aprobó todas las certificaciones. (Aparicio, 1949, pp. 416-418)

Según un informe de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1948 se hicieron pruebas de calidad a laboratorios dependientes de esta institución y al Laboratorio Central del Seguro Social. Dieciséis fueron los laboratorios evaluados, cinco fueron evaluados con A, de buenos; dos con B de mediano y nueve con C de malos. Se evaluaron las pruebas serológicas de Kahn, la cual era usada en los dieciséis laboratorios; la microfoculación de Mazzini, usada en nueve laboratorios; la reacción de floculación de Eagle, usada en tres laboratorios, y la de Meinicke usada en uno. (SSA, 1948, p. 274)

A pesar de que la prueba de Kahn se impuso, sobre todo con el establecimiento de los laboratorios evaluados por el Venereal Disease Research Laboratory, ésta nunca superó algunos de sus problemas básicos, que compartía con la prueba de Wassermann. Uno de los más importantes era que estaba sujeto al grado de experticia del laboratorista y a que la lectura de la

---

<sup>54</sup> La forma en que estaban organizados los cursos era la siguiente: “Los asistentes reciben un recuerdo o repaso sobre las enfermedades venéreas en su aspecto teórico, control, reconquista de enfermo, supresión de casos contagiantes, aislamiento, etc. y además efectúan trabajos clínicos en grupo o aisladamente con los adiestradores, recogiendo una enseñanza práctica, objetiva. Durante el curso cada médico que asiste tiene la obligación de efectuar un determinado número de trabajos clínicos, historiar enfermos, campos oscuros, frotis, etc., trabajos de laboratorio, educativos, epidemiológicos, visitas domiciliarias, etc. Precisa aprender o perfeccionar el manejo del campo obscuro, la toma de especímenes de lesiones o secreciones, la lectura de las intradermorreacciones de Freo o Ito-Reenstierna para el diagnóstico del linfogranuloma venéreo y del chancro blando respectivamente, la interpretación[sic] de resultados serológicos, la extracción del líquido cefalorraquídeo y la práctica de todas las investigaciones de laboratorio en relación con las enfermedades venéreas; finalmente, aprenden el manejo del oftalmoscopio. Recientemente el Centro de Adiestramiento ha podido disponer de un determinado número de camas para hombres y mujeres en el Hospital Morelos para el internamiento de pacientes infecto-contagiosos, lo cual ha permitido a los asistentes a los cursos seguir la evolución de las lesiones en los mismos [...]” (Aparicio, 1949, pp. 417-418)

prueba misma nunca dejó de ser subjetiva. Pero se le consideró lo suficientemente sensible como para dar por cerrada la discusión sobre si tenía que perfeccionarse más o permanecer con la forma que tenía al final de la década de los treinta. Este cierre implicó llenarla de un conjunto de significados en torno a la cual girarían diversas prácticas, entre ellas la posibilidad de catalogar a los enfermos sífilíticos como enfermos sexuales a partir de una prueba de sangre, ya que a través del Dispensario Antivenéreo se le vinculó con un cuestionario epidemiológico que pretendió evidenciar que la transmisión se daba por contacto sexual, lo cual eliminó todas las interpretaciones clínicas previas. Es decir, dejó de considerarse una patología de la herencia y paso a considerarse una enfermedad congénita; dejó de ser considerada una debilidad de la sangre para ser sólo un padecimiento provocado por un agente patológico; al eliminarse las interpretaciones hereditarias, se enfatizó su transmisión por contagio sexual; de la misma manera, al higienizar más los espacios domésticos y públicos, se eliminó la percepción de que era una enfermedad contagiosa general, para ser sólo contagiosa por contacto sexual. Esto delimitó a la sífilis como una enfermedad exclusivamente de transmisión sexual. El cierre de las discusiones en torno a la prueba de Kahn, la convirtió en una “caja negra” y la estabilizó a la vez que promovió su estandarización.

Si bien en diferentes Códigos Sanitarios, como el de 1926 o el *Código Civil* de 1928 o las propuestas de los grupos obreros en la década de los treinta, ya se había propuesto que la prueba diagnóstica de la sífilis fuese obligatoria o se practicase a toda persona adulta, no se especificaba quién podía hacerla, ni qué pruebas eran las autorizadas, ni en qué circunstancias deberían exigirse, ni qué validez tenían los resultados que el laboratorio practicase. De hecho, había excepciones a la demanda de este requisito —el cual a veces sólo se solicitaba a los hombres y a las prostitutas—; por ejemplo, cuando la pareja heterosexual que iba a casarse ya había vivido en concubinato, no era una exigencia presentar examen médico. Lo cual muestra que la aplicación de la prueba tuvo una flexibilidad moral, se convirtió pronto en una herramienta moral que permitía mostrar el comportamiento sexual de los sujetos, más que en una herramienta de prevención que posibilitara ayudar a los sujetos enfermo a recibir un tratamiento temprano. Si bien su uso sanitario no fue jamás desechado, ya que sirvió para generar estadísticas y preocupaciones y soluciones sanitarias, no dejaría de convivir con su uso moral.

El énfasis en las soluciones morales para prevenir el alza en la sífilis puede observarse de manera más detallada en la falta de difusión del condón para evitar los contagios de esta

enfermedad. Como veremos en el capítulo 3, la noción de salud que se gestó en este periodo estuvo influida por un moralismo económico, que consolidó un nuevo moralismo sexual, basado en la autocontención, el cuidado de uno mismo, la práctica de la sexualidad sólo con fines reproductivos y la culpabilización y estigmatización del enfermo. Si bien a finales de la década de los treinta la exigencia de las pruebas de detección con su respectiva carga moral recayó en grupos considerados inmorales, pronto se extendió a toda la población adulta. El artículo 1 del decreto de 1940 fijó la demanda del certificado prenupcial a toda la República; el artículo 2 reglamentó que las pruebas aceptadas eran las de Wasserman y Kahn y tenían que ser “practicadas en laboratorios oficiales o particulares” debidamente equipados y por un personal que comprobara su adiestramiento legalmente. (Departamento de Salubridad Pública [DSP], 1940a, p. 467-468) De esta manera, la persecución moral mediante esta herramienta científica se extendió a toda la población..

La estandarización de las pruebas realmente se impuso con el progresivo aumento de laboratorios en todo el país a finales de la década de los cuarenta, aunque se impulsó de forma vigorosa con el decreto del certificado nupcial publicado en el Diario Oficial el 8 de abril de 1940. En palabras del médico Antonio Aparicio, era evidente que en 1949 se habían logrado estandarizar las pruebas de detección, ya que un enfermo podía recibir los mismos procedimientos tanto en detección como en curación en diferentes lugares de la república y no notar alguna diferencia entre ellos. Sobre los tratamientos antisifilíticos decía:

en los últimos dos años hemos recibido enfermos procedentes de diferentes lugares de la República con tratamientos idénticos a los que nosotros practicamos en el dispensario, conformes en todo con las orientaciones del Centro de Adiestramiento; asimismo hemos podido controlar perfectamente enfermos ambulantes, que en los diferentes dispensarios por los que han ido pasando han recibido un tratamiento igual, como si hubieran permanecido en un solo centro dispensarial y hemos podido, finalmente, enviar enfermos nuestros a otros dispensarios donde les han continuado los tratamientos prescritos por nosotros y, cuando han vuelto a nuestro lado, hemos visto que no han perdido su tiempo y que, aunque alejados de nosotros, no ha habido interrupción en su curación. (Aparicio, 1949, p. 421)

El Centro de Adiestramiento fue así fundamental para lograr conseguir una estandarización en las pruebas y en los tratamientos, pero también en la forma de relacionarse con el enfermo. Dejó de considerarse que los pacientes con sífilis deberían estar recluidos o ser sometidos a terapias aislantes. Por el contrario, el estigma andaría con ellos en todas las esferas de su vida, es decir, un diagnóstico lo acompañaría en caso de no tratarse. Se puede considerar que la promoción de la estandarización de las pruebas en el centro de adiestramiento permitió

crear una “caja negra” en torno a la prueba de Kahn. Esto consintió no cuestionar la prueba, ni su uso, ni su origen, ni su aplicación, ni las nuevas categorías de sano o enfermo sexual —en función de la capacidad reproductiva que evidenciaba. Además, el robustecimiento de la prueba de Kahn dentro de los servicios médicos públicos silenció la percepción del enfermo sobre su padecimiento y privilegió los resultados de un método, por considerarlos más importantes que el dolor o la experiencia de los sujetos.

Desmontar las pruebas de Wassermann y de Kahn nos permite observar cómo desde su origen la prueba funcionó como herramienta científica, pero también como herramienta moral. La estabilización de la misma permitió la normalización de las conductas sexuales y la categorización de los sujetos en sanos o enfermos sexuales. A la vez se incorporó la noción de la sífilis como una infección de transmisión sexual. De esta manera, la prueba de Kahn no fue usada sólo para cuidar del enfermo, sino para corregir su conducta sexual y regir su vida reproductiva. Sólo aquellos que pasaran la prueba podrían acceder a estándares de vida familiar, social y laboral. Harding (1991) sugiere que la ciencia contemporánea generó una serie de herramientas y discursos para normalizar la salud sexual en términos reproductivos.<sup>55</sup> De ahí que considere que todas las herramientas de la salud sexual tienen la finalidad de asegurar la reproductividad, pero que fuera de esa reproductividad el interés en torno a lo sexual es menor y pasajero. Es decir que la normalización de lo sexual está relacionado con la normalización de valores familiares, sociales y laborales. (p. 46)

A pesar de que en la ciudad de México, esta estabilización de la prueba de detección de la sífilis y su estandarización ocurrieron a finales de la década de 1940, esto no generó la baja en los casos de sífilis. Contrario a lo esperado por las autoridades, en la década de los cincuenta y en la década de los sesenta hubo un alza. Por otro lado, en la actualidad aún son recurrentes en varios países latinoamericanos las epidemias de sífilis. (OMS, 2016) Las respuestas a esto han sido de diversa índole, por un lado, se apela a la falta de educación sexual en el país, debido a que se sigue considerando las medidas morales como formas de combatir estas enfermedades. Por otro lado, se considera que el sistema de salud sigue estigmatizando moralmente a los enfermos de sífilis o de alguna otra enfermedad construida como enfermedad de transmisión

---

<sup>55</sup> Harding asegura que sobre el cuerpo de las mujeres las investigaciones giran principalmente en torno a su capacidad reproductiva. “It reduces women to their reproductive functions, and it makes difficult any understanding of female bodies as capable any other kinds of contributions to the social order, let alone any other uses or values for women themselves.” (1991, p. 46)

sexual, de manera que se ha generado un rechazo de los enfermos a los servicios médicos para prevenir, tratar y curar estos padecimientos. También, la forma de los servicios sanitarios de clasificar a las personas que padecen sífilis o ITS como pertenecientes a grupos de riesgo (homosexuales, transexuales, drogadictos o prostitutas) de acuerdo con la OMS, ha generado un rechazo de las personas a la prevención y a la asistencia sanitaria temprana. Finalmente, algunos consideran que en la actualidad el sistema sanitario ha perdido en algunos lugares la capacidad de seguir los protocolos estandarizados de las pruebas y de los tratamientos debido a la carencia de materiales de laboratorio y falta de seguimiento de protocolos adecuadamente, falta de infraestructura y falta de medicamentos. Además hay que sumar a esto el hecho de que los laboratoristas siguen considerando a la prueba como susceptible a errores por que lo siempre se solicita una prueba de repetición antes de dar un diagnóstico positivo.

La carencia de laboratorios científicos controlados, o la falta de una relación diferente con los enfermos de sífilis que no los estigmatice, ha provocado que la sífilis siga a la alza en pleno siglo XXI, aunque ya no genere angustias sociales y sanitarias graves. En la actualidad, el VIH que también fue construido como enfermedad de transmisión sexual ocupa un lugar preponderante dentro de la sociedad, ya que padecer sida provoca exclusión, estigma y aislamiento a los sujetos que lo padecen. Por su parte, la comunidad portadora de VIH ha hecho un esfuerzo por demostrar que la adquisición de VIH no sólo ocurre por contacto sexual y que toda la sociedad, independientemente de sus prácticas sexuales, es susceptible de adquirirla, por lo que los bancos de sangre y los laboratorios clínicos deben seguir protocolos de seguridad muy estrictos para evitar contagios, las personas tener más cuidados higiénicos —que en la actualidad se consideran relajados—. La estigmatización que se mantiene hacia enfermos que son etiquetados como como enfermos sexuales debería de ser una pregunta que nos lleve a pensar cómo debería ser una nueva relación con los enfermos que priorice su bienestar físico, mental y emocional. Por ello, consideré importante en este capítulo recordar que estas técnicas científicas que construyen objetos científicos, como lo fue la sífilis, pueden ser sometidos a un escrutinio que nos muestre que ese vínculo entre el agente etiológico, la prueba y el contagio sexual no es natural, sino que se construye social y científicamente. Esta crítica nos permitiría nuevas formas de relacionarnos con los objetos científicos, llámense enfermedades o sífilis, en donde las pruebas diagnósticas no opaquen la experiencia y el dolor de los enfermos y sean capaces de permanecer abiertas a nuevas preocupaciones y demandas sociales.

En el siguiente capítulo, el lector podrá observar cómo construir a la sífilis como objeto científico implicó alterar también la forma de sus tratamientos, la noción de la salud, la forma de las campañas sanitarias y la relación de los nuevos tratamientos con las pruebas de Wassermann y de Kahn para construir la nueva noción del sujeto sano o sujeto enfermo sexualmente. Analizaré cómo fue la transformación del tratamiento a los enfermos con manifestaciones sifilíticas de la medicina clínica de finales del siglo XIX a los tratamientos fármacoquímicos del siglo XX relacionados con pruebas serológicas.

## Capítulo 2. De la confesión al tratamiento científico

### 2.1 ¿La cura radical?

En el capítulo 1 he señalado que la implementación de técnicas e instrumentos científicos para construir una enfermedad tiende a producir redes que modifican la forma de las personas de relacionarse con ella. En ese capítulo expuse cómo la prueba de Wassermann para la detección de la sífilis funcionó como una “caja no sellada” a la que los médicos y laboratoristas de todas partes del mundo se enfrentaron durante la primera mitad del siglo XX. Hemos leído cómo fue necesaria la estandarización de las prácticas de los laboratorios para lograr cerrar la discusión sobre si las pruebas de detección para la sífilis eran fiables o no; vimos cómo la prueba original se desintegró y generó 4 tipos de pruebas, de las cuales 3 le sobreviven y son utilizadas en los exámenes de detección de enfermedades venéreas conocidos como VDRL, acrónimo de Venereal Disease Research Laboratory. Cuando las pruebas se sellan, en términos de Latour (1992), se convierten en unidades inmodificables que nadie cuestiona ya. Sin embargo, esto no significa que estén libres de errores, ni que su estabilidad deje de depender de la estandarización de las prácticas dentro de los laboratorios o de agentes externos.

De la misma manera que el diseño de la prueba de Wassermann fue lanzado al público especializado y público general, los nuevos tratamientos antisifilíticos fueron dados a conocer, pero con expectativas mayores en todo el mundo. Los primeros laboratorios que produjeron el arsenobenzol y neoarsenobenzol, popularmente conocidos como “606” o “914”, ofrecieron las inyecciones de estas sustancias a todo aquel que pudiera pagarlos. No obstante, en el momento que se dieron a conocer al público, los tratamientos arsenicales tampoco eran “cajas negras”, es decir, aún tenían un margen de error muy grande y no existían acuerdos sobre su funcionamiento, dosis, reacciones secundarias, requisitos para su aplicabilidad, entre otras. El arsenobenzol y el neoarsenobenzol fueron rápidamente incorporados tanto en las esferas médicas como en la publicidad de productos para la salud porque traían la promesa de curar la sífilis de forma rápida y radical. La utopía de la cura total, que significaba por fin tener un tratamiento eficaz, parecía cercana.

En 1910 el entonces director del Consejo de Salubridad Pública, Eduardo Liceaga<sup>56</sup> publicó un artículo titulado “El No. 606, método de Ehrlich para la curación de la sífilis”. En él contaba que el 25 de noviembre de ese año, en el Anfiteatro del Hospital General, se habían reunido “un gran número” de médicos para presenciar la aplicación del “famoso Método de Ehrlich” por primera vez. Participaron los médicos Adolfo Castañares en la preparación del compuesto; Ricardo Cícero y Barreda en la lectura del historial clínico; Fernando López, director del Hospital General, en la aplicación de las soluciones arsenicales a dos enfermos. (Liceaga, 1910, p. 505) En esta reunión Liceaga animaba a sus compañeros médicos a seguir los nuevos métodos científicos que, para el caso de la sífilis, ofrecían la cura “en una sola aplicación”. Por otro lado, incitaba a seguir un estricto cuidado no sólo en la preparación química del compuesto, sino también en el control del enfermo. Debido a que en la literatura médica se habían registrado accidentes, era recomendable antes de aplicar el Salvarsán conocer los estados del sistema renal, sistema nervioso central y aparato circulatorio del enfermo. (Liceaga, 1910, p.506) Afirmaba que ante la popularización apresurada del Salvarsán era necesario distinguirlo de otras “medicinas vulgares” que la gente se recomendaba entre sí y que cualquier enfermo se creía con “derecho a tomar”, ya fuese por la publicidad en la prensa o por la recomendación de un amigo. (Liceaga, 1910, pp. 506-507)

Eduardo Liceaga contaba que alguna nota en un diario se había atrevido a decir que él, como director del Consejo de Salubridad, contaba con “2500 dosis del remedio”, por lo que todos los días había recibido “cartas de médicos, de facultativos, y de enfermos” solicitándole “una, dos, cinco, cincuenta ampulas, para que se les administre á los enfermos.” Por eso, él quería difundir entre el ala médica que el “remedio” no se distribuiría libremente sino sólo por autoridades sanitarias y personal competente. Además, aseguraba que para no errar en su aplicación a enfermos no sifilíticos, no sólo era necesario que el paciente tuviese un cuadro clínico evidente, sino que debería dar positivo en la reacción de Wassermann. Contaba Liceaga que él ya había solicitado al gobierno la compra de muchas más dosis que, en caso de

---

<sup>56</sup> Eduardo Liceaga obtuvo su título de médico en 1866, trabajó en el Departamento de Niños del Hospital de San Andrés y en la Escuela Nacional de Medicina. Se interesó por la salubridad pública y “combatió eficazmente la epidemia de tifo de 1876”. En 1879 y 1906 fue presidente de la Academia Nacional de Medicina. En 1904 “implementó la lucha contra la peste bubónica en Mazatlán y de ese año a 1911 dirigió la Escuela Nacional de Medicina”. En 1911 fue director de la Cruz Roja Mexicana. “Es autor del proyecto de construcción del Hospital General”. “Sus acciones fueron importantes en el Consejo Superior de Salubridad, el Instituto Antirrábico y el Hospital de Maternidad e Infancia”. (Rodríguez, 2018, p. 31)

conseguirse, serían puestas a disposición de las autoridades sanitarias de cada localidad. (Liceaga, 1910, p. 507) Esta afirmación de Liceaga en 1910 fue una de las primeras veces en que se vinculó una prueba diagnóstica única y con un tratamiento específico para la sífilis.

Algunas formas de hablar del tratamiento arsenical en la primera década del siglo XX, tanto en la prensa cotidiana como en ciertos ambientes médicos, como en el ejemplo anterior, insinuaban que el medicamento para la sífilis era infalible. Los medicamentos arsenicales se presentaron como un hecho indiscutible en la publicidad, como veremos en el capítulo 3; aunque la publicidad de alternativas para la salud de origen vegetal subrayaron las consecuencias negativas de los arsenicales. En este punto, la creación del fármaco y la prueba de Wassermann se entrelazaron pues se comenzó a estimar que la efectividad de cualquier medicamento para combatir la sífilis sólo se comprobaría mediante las reacciones serológicas. Esto sólo pudo verificarse hasta la década de 1940, mientras tanto la eficacia de los tratamientos arsenicales se ciñió a la percepción de la salud que tenían los enfermos de sí mismo y a la interpretación que hacían del diagnóstico clínico —o de los resultados microscópicos— los médicos. De esta manera, la noción de salud en este periodo fue el resultado una serie de relaciones complejas que se verificaban en las interpretaciones de los médicos y de los pacientes. Roy Porter (1989) considera que las nociones de salud y enfermedad previas a la estandarización de la bacteriología y disciplinas contemporáneas eran más eclécticas y abarcaban esferas independientes del campo médico científico. De esta manera, la desaparición de los síntomas era fácilmente traducida como la desaparición de la enfermedad, lo cual implicaba recuperar no sólo un bien físico sino un bien social.

El tratamiento en contra de este padecimiento fue objeto de discernimiento médico científico desde que representó un fenómeno social en Europa en el siglo XV. Se considera que la sífilis fue una enfermedad asistida desde este siglo y pronto se estableció el uso del mercurio dentro de su terapéutica; por otro lado, se sabe por algunas crónicas de la Nueva España que en tierras americanas las diferentes poblaciones usaban plantas y tés medicinales como paliativos, los cuales fueron exportados a Europa y también tuvieron un uso amplio, por ejemplo, la zarzaparrilla. (Quétel, 1992) Pero el higienismo y, posteriormente, la ciencia microscópica y la farmacéutica, de finales de siglo XIX e inicios del siglo XX, modificaron el horizonte médico de la enfermedad. Por un lado, el higienismo disparó la percepción de que la enfermedad era contagiosa y epidémica y podía ser prevenida mediante la higiene, la profilaxis y la prevención;

por otro lado, los laboratoristas en unión con los farmacéuticos construyeron la noción de la terapia crónica y, posteriormente, la noción de la cura total a través de fármacos. Esto a fin de los cuarenta debilitó la noción terapéutica basada en cuidados, paliativos, dieta y disciplina moral.

Entre 1910 y 1940 determinar cómo clasificar a la sífilis resultaba importante para las autoridades médicas, puesto que a partir de esta información se diseñarían políticas sanitarias distintas. Mientras que la enfermedad fue considerada parte de las patologías hereditarias —a finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX—, las medidas terapéuticas públicas fueron prácticamente nulas hacia la población en general y profilácticas, higiénicas y aislacionistas hacia el gremio prostibulario; mientras fue una enfermedad de la sangre o de la herencia, la sífilis fue un asunto de la vida privada de las personas. Pero cuando cambió su estatus a enfermedad contagiosa y epidémica —a partir de estadísticas impulsadas por los higienistas entre 1891 y 1940—, las autoridades sanitarias consideraron que deberían intervenir mediante tratamientos crónicos, tratamientos de “asalto”, moralización social y medidas higiénicas.

La llegada del Salvarsán y del Neosalvarsán siguió una pauta semejante a la inestabilidad de las pruebas diagnósticas. Estos fármacos llegaron en el momento en que los padecimientos sifilíticos (entiéndase avería, lúes, debilidad de la sangre, raquitismo, debilidad, histeria, entre otras) se consideraban raramente curables. En la primera década del siglo XX, el discurso sobre su carácter epidémico se estaba construyendo, se difundían la higiene y la profilaxis como medios de prevención. Posteriormente, el ala médica bacteriológica insistió en el uso de fármacos y difusión de la higiene, mientras que desde el ala higienista se privilegió la higiene y la moralización de las conductas sexuales; de hecho, promover la castidad fue uno de los objetivos del grupo higienista y moralista. Foucault sugiere que la educación sexual es, además de una búsqueda de la normalización de la vida íntima de las personas, un modelo de prevención en donde también se busca la homogeneización de la población y la disminución de sus prácticas de riesgo. Este tipo de modelo social no busca sólo eliminar todo riesgo para la población y regularlo, sino prevenirlo, evitar siquiera su aparición. (Foucault, 2017, pp. 56-57)

la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. [...], la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección. Su función no es excluir, rechazar. Al contrario, siempre está ligada a una técnica positiva de intervención y transformación, a una especie de proyecto normativo. (Foucault, 2017, p. 57)

De esta manera, personas interesadas en la prevención de las manifestaciones sifilíticas y las enfermedades venéreas a partir de la higienización y la moralización se concentraron en la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de la Profilaxis de las Enfermedades Venéreas. Esta inauguró en 1908 un primer esfuerzo de particulares en la lucha contra las enfermedades venéreas. Esta sociedad estuvo compuesta principalmente por médicos de la Academia Nacional de Medicina, por abogados, por higienistas y por sacerdotes. (Carrillo, 2010; Zavala 2015) Su esfuerzo estuvo centrado en difundir medidas higiénicas; fomentar medidas morales como la abstinencia prematrimonial y la monogamia sexual; y educar en torno a los nuevos avances de la ciencia en torno a la vida, la salud y la enfermedad sexuales. Posteriormente, en 1927 las autoridades sanitarias dirigieron la Campaña contra las enfermedades venéreas, llamada Campaña de profilaxis social y moral.

Lo cierto es que la llegada de los arsenicales a la terapéutica antisifilítica y la difusión de la higiene modificaron la forma de las personas de relacionarse con la noción de la enfermedad y los padecimientos. Al divulgarse en la publicidad de productos para la salud de que la cura para las manifestaciones sifilíticas existía, se divulgó la noción de que era responsabilidad de las personas buscarla. Esta noción también se hizo presente en el discurso clínico en donde se comenzó a construir un discurso que culpaba al enfermo de no cuidar su salud y de no buscar métodos científicos para curarse. Así, no someter a tratamiento los padecimientos sifilíticos comenzó a ser considerado una falta personal y a los enfermos que no buscaban la cura se les comenzó a criminalizar. Es decir, el Salvarsán y el Neosalvarsán introdujeron al discurso de la sífilis nociones culpabilizadoras que previamente no existían: la responsabilidad del sujeto de curarse, de ser viril, de ser reproductivo, de ser socialmente útil y de cumplir con un rol familiar.

Sobre el diseño del salvarsán, José González (2005) señala que los trabajos de Paul Ehrlich comenzaron en 1878, cuando trabajando con colorantes notó que “el azul-metileno tenía una especial apetencia por las células del conejo”; esto lo hizo pensar que “podía haber alguno que se fijase selectivamente a los microorganismo patógenos tiñéndolos y matándolos”. En 1904 comenzó a trabajar con otros colorantes descubriendo que había un mecanismo “fijador” y un mecanismo “parasiticida”. Posteriormente, en 1910, “descubrió el «atoxil» (sal sódica del ácido arsenical) y obtuvo de varias muestras la variante “606”, la cual se presentó como destructora de las espiroquetas en una inyección. “En 1914, incorporó el derivado 914, al que denominó Neosalvarsán, de similar eficacia y menor toxicidad”. (pp. 215-216) La empresa farmacéutica

alemana Hoeschst estuvo vinculada a varios científicos en la fabricación de fármacos y de la misma manera se vinculó a Ehrlich en la producción de Salvarsán. (p. 195) La mayor parte de las historias en torno al diseño de los arsenicales 606 y 914, o salvarsán y neosalvarsán de Ehrlich, los muestran como fármacos completamente controlados, efectivos y fiables, es decir, como “cajas negras”.

En México, las dosis que Eduardo Liceaga había conseguido habían sido enviadas por el doctor Manuel Barreiro, quien era Secretario de la Legación Mexicana en Berlín. Según su fuente, Barreiro las había adquirido de un amigo personal de Paul Ehrlich. El nombre de la persona que recibió la primera inyección en México fue “un secreto profesional”, no así los nombres de enfermos que posteriormente también fueron sometidos a las inyecciones del 606. Liceaga afirmaba que los médicos alemanes y franceses recomendaban que los enfermos tratados con arsenicales fuesen cuidados en hospitales, sanatorios, domicilios y no en consultorios médicos, puesto que era necesario tenerlos en observación. (Liceaga, 1910, pp. 507-508)

Hacia 1912, el médico Jesús González Ureña<sup>57</sup> evidenciaba que el método terapéutico con arsenobenzol no estaba estandarizado y eso se había convertido en una preocupación constante entre los médicos de diferentes partes del mundo, puesto que los accidentes que se habían registrado eran múltiples y en numerosas ocasiones mortales. El director del “Establecimiento Dermatológico de París”, el médico Leredde, le había enviado una nota que él había presentado a la Sociedad de Medicina de París sobre una recomendación en el uso del arsenobenzol. No sólo se trataba, como decía Eduardo Liceaga, de cuidados necesarios para su aplicación, sino también sobre la ignorancia de su eficacia en casos primarios, secundarios o terciarios, o si todos los pacientes con sífilis eran candidatos al tratamiento. (González, 1912, p. 402) Lo que observamos, como lo vimos con la prueba de Wassermann, es que el supuesto tratamiento antisifilítico no estaba completamente desarrollado, las técnicas de su aplicación no eran compartidas, ni estaban homogeneizadas y estaba supeditado a la noción del estado de la sífilis que padeciera cada persona o a la noción de la sífilis que el médico tuviera; así mismo se consideraba que era importante eliminar agentes externos que afectaran el desarrollo del tratamiento. Esto provocó que no se siguiera un mismo método terapéutico, que en cada lugar hubiese un uso diferente, supeditado a urgencias locales y particulares:

---

<sup>57</sup> Jesús González Ureña egresó de la Escuela Nacional de Medicina en donde fue profesor también. Se especializó en Dermatología. En 1924 y 1925 fue director del Instituto de Higiene.

Se declara partidario [el médico Leredde] del método por las dosis progresivas, comenzando por una inyección inicial de arsenobenzol de 0grs. 20. La que nunca determina accidentes, en ausencia de contraindicaciones. En principio, las cantidades consecutivas, serán de 0.40, 0.60 y 0.60. con ocho días de intervalo. Dicha terapéutica se modificará cuando se note reacción térmica franca, después de la primera inyección, o cuando se revelen lesiones latentes del sistema nervioso: cefalalgia, neuralgias. Sin embargo, en caso de reacciones exageradas del organismo, se puede prevenirlas, separando las inyecciones hasta 10 o 15 días, sin dejar de subir la dosis. Este método progresivo puede adaptarse a todos los casos, hasta llegar a la dosis normal[sic]. (González, 1912, p. 402)

Entre la descripción terapéutica que mencionaba Eduardo Liceaga y la que citaba Jesús González Ureña hay una discrepancia importante; el internamiento como lo proponía Liceaga daba mayor autoridad a los médicos de la Escuela de Medicina frente a representantes de otro tipo de terapéuticas, además sugería un control mayor no sólo del paciente sino del uso del medicamento; por otro lado, lo propuesto por Jesús González Ureña aludía más un tratamiento menos controlado, menos agresivo y progresivo. Lo que Liceaga proponía era el tratamiento público hospitalizado, mientras que Jesús González Ureña uno ambulatorio. Por otro lado, este tratamiento implicó una introducción progresiva no sólo de la noción de verdadera cura total o completa, sino también de la noción de cura falsa. Es decir, que podría haber sujetos que parecieran sanos, que tuvieran mejoría en los síntomas de la sífilis y aún así estar enfermos.

Estrada (2004) ha estudiado cómo también la utilización del mercurio en la terapéutica para la sífilis implicó discusiones clínicas. Hubo médicos como José Olvera, que en 1874, consideraban que el cloruro de oro o las sales de oro tenían los mismos efectos curativos del mercurio aunque con menores accidentes sifilíticos. Otros médicos, como el Dr. Hernández apoyaban el tratamiento sin mercurio, mientras que autoridades científicas como Ángel Gaviño apoyaron totalmente el tratamiento con mercurio. Estrada (2007a) también considera que las discusiones a favor o en contra del “606” se insertaron en la lucha entre la medicina francesa y la alemana. De ahí que varios médicos mexicanos, apoyados en artículos de la prensa francesa consideraran que el arsenical sin mercurio no ofrecía una cura eficaz. Yo desconozco esas luchas a las que Estrada se refiere, pero por los archivos puedo defender que esa dubitación en torno a los tratamientos arsenicales se debió a que estos no estaban estabilizados y mucho menos estandarizados. Realmente se desconocían muchos de los aspectos de su terapéutica.

Para que el tratamiento antisifilítico mediante la hospitalización con arsenicales fuera aceptado, las autoridades médicas que apoyaban esa propuesta deberían convencer al resto del cuerpo médico de que efectivamente era más honesto y efectivo que el tratamiento ambulatorio.

En este proceso de curar a los enfermos de sífilis intervinieron la adquisición del fármaco, el ensayo de una terapéutica menos peligrosa, la homologación en las dosis, la construcción de nuevos espacios médico-sanitarios, el convencimiento de las autoridades sanitarias de implementarlo como un programa de salud pública y la cooperación de los enfermos para someterse a él y, en ambos casos, el convencimiento de que era posible determinar el “rango de eficacia” de la terapia.

En este nuevo tipo de medicina, sujeta al dominio total del microscopio, los sujetos tendieron a desaparecer, tanto el sujeto médico, como el sujeto paciente.<sup>58</sup> Algunos autores consideran que esto sólo demuestra el avance inminente del capitalismo y la sujeción de los sujetos a la mecanización del tiempo, del cuerpo y de la vida en general. (Foucault, 2017) Lo cierto es que los cambios surgidos entre finales del siglo XIX e inicios del XX en México evidencian una continuidad en la forma de ejercer cada vez un control mayor de los sujetos. De esta manera el modelo de la hospitalización que se expresa en Liceaga planteaba un mayor control sobre el cuerpo del enfermo, en donde lo importante eran las observaciones de los médicos; mientras que el modelo ambulatorio expresado en Ureña requería, para que fuese exitoso, un automonitoreo del enfermo, una descripción detallada de sus efectos, una comprobación de la eficacia basada en una prueba microbiológica y consensos sobre formas de dispensación de las dosis. En ambos casos existió un control mayor sobre los cuerpos, pero hecho por diferentes agentes. Para Foucault (2017), el primer modelo es disciplinario e implica una coerción sobre el enfermo y el segundo modelo implica un control mayor del mismo porque ya está convencido de que debe participar en todos los mecanismos de regulación y autorregulación de su cuerpo, es decir, la vigilancia y el control ya están por completo internalizados.

En 1912 la red que debería sostener al tratamiento antisifilítico con arsenicales no estaba tejido, así como hemos leído sucedió con las pruebas microscópicas para la detección de la sífilis. Posterior a este momento, hubo una serie de reformas médico-sanitarias que implicaron modificar el funcionamiento de los espacios para la salud, los laboratorios, las relaciones con la

---

<sup>58</sup> Haraway (2004) considera que el tipo de ciencia que practicamos implica la observación de un testigo modesto: “Los hombres modestos, potenciando su agencia a través de la virtud masculina ejercida en espacios <<públicos>> cuidadosamente regulados, habían de ser auto-invisibles y transparentes, de manera tal que sus informes no estuvieran contaminados por el cuerpo. Sólo de esta manera podrían dar credibilidad a sus descripciones de otros cuerpos, y minimizar la atención crítica a los suyos propios.” (p. 50) De esta manera, los sujetos médicos tendieron cada vez a crear una ciencia en donde su subjetividad desapareciera, generando la percepción de que las pruebas microscópicas eran cada vez más eficaces y no estaban intervenidas por interpretaciones subjetivas.

industria farmacéutica y las políticas de salud pública.<sup>59</sup> Para comprender un poco más este incremento del poder sobre los cuerpos de los otros a partir de la introducción de una nueva técnica científica, que en este caso fueron los tratamientos arsenicales, haré un retroceso que nos permita observar cómo fueron las relaciones entre médicos y enfermos de sífilis anteriores a esta tecnología; mostraré cómo la figura del sujeto como un enfermo general, hereditario, venéreo o crónico, se desvaneció, así como los testimonios de su enfermedad. Posteriormente, abordaré algunas de las medidas morales propuestas a partir de la difusión de la inestabilidad de los tratamientos mercuriales, o arsenicales, ya que algunos médicos consideraron que erradicar los padecimientos venéreos o a la sífilis provocaría un incremento en las inmoralidades y perversiones sexuales. Finalmente, desarrollaré la inestabilidad de los tratamientos arsenicales en los laboratorios en México (en el Instituto de Higiene, Laboratorio Central del Departamento de Salubridad Pública, laboratorio adjunto al Hospital Morelos y laboratorios de los dispensarios antivenéreos), así como de otros tratamientos antisifilíticos a base de bismuto, yoduro de potasio y mercurio; cómo fue imposible estabilizar los tratamientos antisifilíticos antes de 1943 y cómo tanto las nociones de cura, de tratamiento, de fármacos y del cuerpo medicalizado cambiaron.

## 2.2 Confesando la sífilis

En el México de finales del siglo XIX había circunstancias específicas en donde el enfermo con manifestaciones sifilíticas podía confesar su padecimiento. Los enfermos tenían varias opciones dependiendo del grupo social al que perteneciera. Algunos enfermos, hombres o mujeres, podían asistir a un médico privado o, en caso de no poder costearlo, asistir a una beneficencia pública; las mujeres en la ciudad de México tenían la opción de asistir al Hospital Morelos<sup>60</sup> y los

---

<sup>59</sup> Sobre esto Latour (2000) considera que los objetos científicos o productos de la tecnología no “escapan a sus condiciones de producción” en donde es necesario analizar cómo se han montado los laboratorios que los producen: “Ahora sabemos que incluso para verificar un hecho universal como la gravitación, necesitamos conectar de algún modo el escenario local con un laboratorio a través del crucial medio de la metrología y de la estandarización. [...] A diferencia de los artefactos tecnológicos, los hechos científicos parecen liberarse de su curva espacio temporal una vez que nos alejamos de las condiciones locales de producción en el pasado y en el futuro. (p. 355)

<sup>60</sup> Sobre los tratamientos de la sífilis, se sabe que existieron diferentes espacios en donde se atendía a las mujeres que la padecieran desde la Colonia: “La casa de cuna aun[sic] existía en 1694 y no se sabe cuando[sic] desapareció. En cuanto al hospital fue puesto en 1604, al cuidado de los hermanos Juaninos, que habían llegado a México a gestión del virrey Marqués de Montesclaros, y cambió su nombre por el de Hospital de San Juan de Dios. En tiempos de Maximiliano fue destinado a las prostitutas enfermas, y en 1872 se le designó con el nombre de Hospital Morelos. (Fernández del Castillo, 1952, p. 90)

hombres dentro de la milicia podían ser atendidos en el Hospital Militar. Dependiendo de a qué grupo se perteneciera era la forma en que la confesión de la sífilis, así como su detección, podía hacerse. Pero todas esas personas, en esos diferentes espacios en las últimas décadas del siglo XIX, coincidían en que no serían criminalizadas por padecer sífilis ni sometidas a medidas punitivas por estar enfermos. Sólo en el caso de las prostitutas se pueden observar encierros y curaciones forzosas, como las ha mostrado Núñez. (2002a) Para un sector médico “era la única forma de constatar que las mujeres públicas siguieran las prescripciones médicas y no tuvieran relaciones sexuales hasta su curación. (pp. 153-154)

La sífilis desde la medicina clínica era considerada una enfermedad social con una carga moral fuerte pues se le asociaba a las patologías de la herencia que iban desde la debilidad moral del carácter del individuo a la debilidad de la sangre y la constitución de la sangre, pero esa carga moral no significaba la aplicación de una medida punitiva o criminalizante. En las teorías hereditarias no eran los sujetos completamente responsables de sus males, ya que gran parte de sus anomalías o defectos -ya fuese en su constitución física o su constitución moral- les habían sido heredados. En dado caso, sólo podían ser culpables de detonarlos al no guardar una disciplina moral y física que les permitiera conservar la salud. Dentro de esta concepción de las patologías hereditarias era una predestinación biológica la que marcaba al sujeto. Un mal previo en la historia familiar marcaría irremediablemente a las generaciones futuras. Según Carlos López, el hereditarismo fue una corriente en Europa en el siglo XVIII y XIX, esta asumía la necesidad de:

creer en una cadena causal que, portando cualidades morales y físicas de los padres potenciales, admite la influencia física y «hereditaria » directa y determinante de éstos sobre sus hijos y, por reiteración, su contribución al «patrimonio hereditario » [*l'heritage*] de las generaciones futuras, tanto desde un punto individual como social. (López, 2002, p. 236)

De esta manera debemos considerar que hasta finales del siglo XIX e incluso las primeras décadas del siglo XX la tendencia general no fue criminalizar a los enfermos con manifestaciones sifilíticas. El cambio progresivo en la construcción de la sífilis como un objeto científico debe entenderse no sólo dentro del paso de la medicina clínica a la medicina microscópica, sino también dentro de las reformas al interior de los hospitales y de la difusión del higienismo. Hay que recordar que durante la Reforma en México, los hospitales pasaron de la custodia religiosa a manos de las autoridades médicas y se convirtieron en espacios de búsqueda de la salud a partir de algunas de las prácticas de la medicina clínica existentes. La llegada de

fármacos, la difusión de los mismos por diferentes casas farmacéuticas, el uso de diferentes compuestos de origen vegetal o químico, y la fabricación tanto nacional como extranjera de los mismos, promovieron el uso de diversas y múltiples sustancias terapéuticas tanto en el interior como en el exterior de los hospitales.<sup>61</sup> Aunque los médicos se relacionaron con los hospitales, la mayor parte de sus prácticas no estaban sujetas a las labores en su interior; pero a partir de reformas médicas iría en aumento su disciplinamiento, así como del personal hospitalario y de los enfermos.

Por su parte, el higienismo se basaba en la limpieza y la purificación de los cuerpos, en su aseo personal y colectivo, así como en la limpieza de todos los espacios públicos y privados. Se estimó que las infecciones podían ser transmitidas por medio de los cuerpos no sanitizados, por lo que —en este caso— los cuerpos de las mujeres dedicadas a la prostitución con sífilis deberían de ser higienizados al interior del Hospital Morelos y sólo ser reincorporados a los espacios públicos cuando todo peligro de infección desapareciese. Desde el ala gubernamental, bajo el higienismo, se recomendó la hospitalización sobre todo de aquellos enfermos que no pudieran aislarse por cuenta propia y cuyo contacto significase un riesgo de contagio.<sup>62</sup> A diferencia de la gente de escasos recursos, la hospitalización de personas con una posición económica holgada fue hecha con frecuencia en zonas especiales dentro de los hospitales, o en algún espacio adaptado dentro de su casa. A finales del siglo XIX los médicos regularmente hacían visitas esporádicas a los hospitales, recomendaban dos o tres paliativos para los enfermos a sus cuidadores y se iban. Las personas enfermas con posibilidades económicas sólo acudían a los hospitales cuando necesitaban cuidados especiales que su familia no pudiera darles; cuando requerían cuidados o tratamientos secretos o cuando no residían en la ciudad cercana al establecimiento hospitalario, por lo que rentaban un espacio dentro de los hospitales. Los médicos reconocían la imposibilidad de controlar por completo los diagnósticos en estas condiciones, ya que los enfermos que

---

<sup>61</sup> Eli de Gortari considera que a pesar de que la Reforma exigía que las instituciones de salud deberían pasar a autoridades médicas, esto no sucedió en su totalidad debido a la falta de personal capacitado para asumir las labores de asistencia médica. (De Gortari, 1963, p. 314)

<sup>62</sup> Al respecto, se considera que en México: “La temática del aislamiento de los individuos con enfermedades infecto-contagiosas, presente en el *Código Sanitario* de 1891 (reformado en 1894 y 1903), suscitó amplios debates entre los miembros de la profesión. Esto obedeció a que si los médicos se negaban a informar a las autoridades sanitarias de la presencia de ese género de enfermedades podían ser censurados por la autoridad; pero si sí informaban de la enfermedad se violaba el secreto profesional, además de provocar la ira de la familia en cuestión por las consecuencias que esto tendría en ella: aislamiento forzoso, cuarentena domiciliaria y la perturbación de las relaciones sociales de la misma.” (Agostoni, 2005, p. 173)

buscaban ayuda médica casi siempre acudían a ellos cuando su enfermedad había progresado, por lo que el tratamiento sería administrado tardíamente; también insistían en que el desorden en el uso de los tratamientos no permitía corroborar su verdadero funcionamiento, pues los enfermos solían seguir sus indicaciones sólo en los primeros días.

Antes del establecimiento y consolidación de la salubridad pública, la salud era un asunto personal, familiar y privado. Estrada (2007b) señala que el “paciente confía en el carisma del médico, que está obligado a consolar, curar y sobre todo a guardar el secreto individual y familiar según el caso”. (p. 39) Existía una noción no regulada del cuidado de uno mismo, construida a lo largo del siglo XIX a través de la publicidad de productos para la salud. Ésta difundió el uso de diversos compuestos vegetales o “secretos” para prevenir o tratar padecimientos físicos, así como una disciplina moral para evitar el debilitamiento físico. Desde la sífilis hasta el dolor de estómago —pasando por el dolor de muelas o los padecimientos hepáticos—, todos los padecimientos tenían un paliativo, tratamiento o preventivo en la publicidad. El uso de estos productos, a diferencia de los servicios médicos, no era propio de los grupos de élite y no implicaba siempre la confesión de la enfermedad, como en los autotratamientos. Tanto personas pudientes, como grupos populares, buscaban en estos productos una solución a sus padecimientos. Sin embargo, hay que señalar que los servicios de consultas médicas se difundieron a través de la publicidad y aunque eran servicios accesibles sólo a un sector de la población su publicidad fue abundante.<sup>63</sup>

Si bien la medicina “de academia”, como la llamaban en ese momento, no había adquirido legitimidad, ya se posicionaba como una disciplina capaz de mostrar que su saber podía ser sometido a las pruebas.<sup>64</sup> Mientras que en los autotratamientos, la confesión no era un elemento que estuviera siempre presente, en la medicina clínica sí. La medicina clínica practicada a finales del siglo XIX partía del conocimiento minucioso de la sífilis que había sido

---

<sup>63</sup> Algunos autores sostienen que la publicidad de productora para la salud fomentaron la búsqueda de ella y promovieron la idea de una medicina más igualitaria que permitiese a todos acceder a tratamientos y a atención médicas. De la misma manera, ofrecieron un vocabulario lleno de especificidades para hablar de sus padecimientos y representarlos. La publicidad de productos para la salud incidió así en la percepción social de la salud y en los deseos sociales de querer acceder a ella. (Colin, 1986)

<sup>64</sup> Hacking cuenta que algunas técnicas científicas fueron medidas para comprobar su efectividad no tanto por preocupaciones sobre el bienestar de los enfermos, sino por cuestiones económicas. Por ejemplo, el Ministerio del Interior de Inglaterra mando a hacer “el primer análisis profundo de las consecuencias que podría tener en la cuestión de los seguros el gran descubrimiento de la época, la vacuna de Jenner contra la viruela. ¿Qué efecto tendría ese descubrimiento sobre la longevidad nacional? La cuestión era urgente pues el Estado reunía capitales vendiendo rentas vitalicias.” (Hacking, 1991, p. 77)

descrita en estadios o fases.<sup>65</sup> Si bien, existían prácticas de auscultación de los enfermos con la ayuda de instrumentos, todavía no estaba estandarizado su uso, ni era claro lo que se buscaba comprender con ellos. En México, para el caso de la sífilis, el mejor instrumento de auscultación era el ojo clínico, el cual preservó su lugar en las primeras décadas del siglo XX. Y sólo para la auscultación de las prostitutas el *speculum*.<sup>66</sup> El “ojo clínico” era considerado un ojo entrenado en la observación de la enfermedad; esta mirada entrenada debería poder distinguir perfectamente las lesiones sifilíticas dermatológicas —propias de la segunda etapa de la enfermedad—, de las lesiones debidas a alergias, sarna u otras afecciones. El “ojo clínico” era considerado el principal instrumento de los médicos, era una herramienta que permitía completar mediante un entrenamiento médico información de lo que veía. Así, a pesar de no haber observado a los enfermos en todo su proceso morboso conociendo su historial clínico debería ser posible de diagnosticar la enfermedad.

Ante la imposibilidad de observar todas las etapas de la sífilis en el enfermo, el médico debería privilegiar el testimonio del enfermo sobre su padecimiento. Por ello, en la medicina clínica era importante que el enfermo describiese minuciosamente, en caso de recordarlo, cuándo había comenzado su enfermedad y su sintomatología; si había tenido algún tratamiento médico o algún autotratamiento; cuál había sido ese tratamiento y por cuánto tiempo se le había administrado, entre otras minucias. Esta condición de no poder obtener historiales clínicos completos hizo de la confesión de la enfermedad una práctica común.<sup>67</sup> La enunciación de la

---

<sup>65</sup> En la medicina clínica sífilis era conocida como un padecimiento general, que se convertía en un padecimiento crónico y degenerativo. Se presentaba en fase primaria, fase secundaria o terciaria, según el tipo de síntomas que presentase el enfermo y los daños fisiológicos a los órganos. Uno de los manuales de sífilis más citados en México era el de Alfred Fournier *Traité de la syphilis* (1906). Otro de los manuales que fue usado dentro de la versión microbacteriana de la sífilis años después fue el de Cesare Levaditi y J. Roché, *La syphilis. Experimentation, microbiologie, diagnostique*. (1909)

<sup>66</sup> Según Estrada (2002a) “los reconocimientos ginecológicos con el espejo vaginal, además de peligrosos y poco higiénicos —si tenemos en cuenta que no eran esterilizados entre cada paciente—, eran vistos como indecorosos. Incluso fue una de las armas del discursos abolicionista, que asimilaba dicha práctica médica a una violación.” (p. 155)

<sup>67</sup> Sobre la falta de conocimiento de las experiencias clínicas completas, cabe recordar el testimonio de Alphonse Daudet como enfermo de sífilis en *La doulou*, traducido al español como *En la tierra del dolor*. En Europa Daudet tampoco pudo conseguir un diagnóstico temprano de su enfermedad e, inicialmente, socializó su enfermedad como un mal de época (finales del siglo XIX) propio de intelectuales. Pero en estadios posteriores de la sífilis describió que no sólo sufrió un gran deterioro físico sino la imposibilidad incluso de verbalizar su enfermedad: “Cuanto sufrí ayer por la noche: el talón y las costillas. Qué tormento... no hay palabras que puedan expresarlo, se necesitan gritos. Y, además, ¿de qué sirven las palabras para todo aquello que se siente a fondo en el dolor (y también en la pasión)? Aparecen cuando todo ha acabado ya, se ha calmado ya. Nombran recuerdos estériles o mendaces.” (Daudet, 2003, p. 34)

enfermedad por el enfermo era un elemento clave de la consulta médica. Algo que sabemos por algunos reportes médicos encontrados en revistas y archivo es que la sífilis era vista como una enfermedad vergonzante para gente con una posición social reconocida, pero poco vergonzante para grupos populares; era considerada común, es decir, su padecimiento estaba extendido. Por otro lado, encontré que las personas eran capaces de hablar de su padecimiento de diversas formas, algunas veces repitiendo lugares comunes de la narrativa de la sífilis y otras considerando a su padecimiento como algo indescriptible.

En las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, las evidencias de que el enfermo ofrecía una narrativa de su enfermedad son numerosas; el enfermo contaba cuándo había ocurrido el primer accidente o manifestación sifilítica (cuando niño o cuando adulto); si sus padres lo habían padecido (si había sido adquirido o heredado); si era una persona con hábitos sanos o no; si había tenido contactos sexuales diversos; cómo habían sido los primeros síntomas de la enfermedad; cómo eran los síntomas que experimentaba en ese momento, entre otras minucias. La narrativa del enfermo sobre su padecimiento era completada con suposiciones del médico y sólo cuando existía la imposibilidad de que el enfermo por sí mismo describiese su enfermedad, debido al debilitamiento físico en que se encontraba, su testimonio era sustituido por el de sus familiares.

La confesión de la sífilis a los conocidos era parte de un ritual frecuente, en donde la culpabilización no era ejercida y en donde el enfermo incluso podía obtener prestigio de su sufrimiento. En general, los enfermos no estimaban a su padecimiento una pena insufrible, hasta que éste implicaba tener que retirarse de la vida pública. (Daudet, 2003, p. 34) Scarry (1985) considera que las narrativas que tenemos del dolor son aquellas que se pueden contar, pero que esto no significa que efectivamente lo representen. “Physical pain does not simply resist language but actively destroys it, bringing about an immediate reversion to a state anterior to language, to the sounds and cries a human being makes before language is learned.” (p. 4) Cuando el dolor supera los límites de lo social se vuelve inenarrable e irrepresentable. De hecho, de ahí vienen algunas de las quejas de los enfermos a los médicos, hoy y con menor frecuencia en el pasado, de que el médico no comprendía o comprende su dolor. Es innegable que, a finales

del siglo XIX, los enfermos percibían tener más herramientas y facultades para narrar sus padecimientos.<sup>68</sup>

Coincido con Estrada (2007b) en que la relación entre el médico y el enfermo era indispensable para establecer un diagnóstico seguro y un historial completo pues, si bien la medicina clínica se basaba en la estricta observación de la enfermedad, esta no podía establecerse de forma completa sin la confianza del enfermo o de los familiares en el médico. Para mí, el hecho de que los familiares pudieran dar el testimonio de los enfermos de sífilis es un indicador de que las manifestaciones sifilíticas estaban socializadas y de que al interior de la familia la sífilis no siempre era motivo de ocultamiento, de aislamiento o de rechazo. El médico Fernando Leguía<sup>69</sup> recibió a un enfermo que ya había sido diagnosticado con sífilis por otros médicos y quien ya había recibido tratamientos con ioduro de potasio, de él decía:

M. P., abogado instruido, de unos treinta y cinco años, de temperamento linfático, constitución endeble, llegó á México, después de una larga ausencia de tres años en el interior del país, motivada por asuntos políticos, fecundos para un enfermo en graves contrariedades.

La degradación intelectual en que se encontraba el enfermo hacía imposible un interrogatorio directo. Las explicaciones de la familia y dos relaciones escritas de los médicos que habían asistido á este individuo, dieron en resúmen[sic], los detalles siguientes:

[...]Antes de salir de México ya había contraído la enfermedad sifilítica de que se trata; pero el enfermo no pudo dar detalle alguno acerca de la forma de los accidentes primarios. Dos diversos tratamientos mercuriales empleados aquí, no dieron resultado alguno favorable. Una vez en el interior, y desarrollados ya los accidentes secundarios y terciarios, fueron tratados por una misma persona, durante dos años consecutivos, con las preparaciones tónicas y el ioduro potásico, cuyas dosis fueron elevadas gradualmente á la prodigiosa cantidad de una onza diaria, según lo consigna con su firma la persona responsable [...]. (Leguía, 1872, pp. 91-92)

Observamos en este caso cómo los familiares fueron quienes dieron el testimonio de la sífilis y la autorización al médico para aplicar un tratamiento mercurial. La voz del enfermo estaba no sólo en la narrativa de su enfermedad sino en la aceptación o el rechazo del tratamiento. De hecho, con frecuencia los familiares solicitaban la interrupción del mismo debido

---

<sup>68</sup> Scarry también señala que a pesar de que muchas de las metáforas que existen en torno al dolor son inexactas, no son completas, son erróneas, son exageradas, simulan, son creaciones visuales o lingüísticas que tenemos como sociedad para disminuir la angustia. "Contemporary philosophers have habituated us to the recognition that our interior states of consciousness are regularly accompanied by objects in the external world, that we do not simply "have feelings" but have feelings for somebody or something, that love is love of x, fear is fear of y, ambivalence is ambivalence about z. [...], it would be throughout its entirety a consistent affirmation of the human being's capacity to move out beyond the boundaries of his or her own body into the external, sharable world." (1985, p. 5)

<sup>69</sup> Fernando Leguía fue un médico de origen español miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina. Daba consultas de manera particular a los habitantes de la ciudad de México, en donde cobró fama. Murió en España en la búsqueda de su salud, después de haber "recorrido los baños termales de Francia". (Treviño, 2014, p. 95)

al aceleramiento de la degradación del estado del enfermo. Es decir, la autoridad del médico tenía límites y no podían imponerse sobre los deseos del enfermo o de sus familiares. En este sentido, la única razón por la cual se podía suprimir el testimonio del enfermo era el aceleramiento de su padecimiento.

El ojo clínico tenía una superioridad sobre la voz del enfermo, pero no la sustituía. Si bien existía esta superioridad de la mirada, no significaba que hubiese una confianza completa de los pacientes en el “buen ojo” del médico, ni que el mismo médico confiase por completo en sus observaciones. Algunos autores han señalado que la búsqueda de herramientas más precisas de detección que sustituyeran al “ojo clínico” y los testimonios de los enfermos se debió a la incrementación de la desconfianza hacia la percepción de los sentidos.<sup>70</sup> Se puede considerar que hacia finales del siglo XIX la medicina clínica guardaba aún cierta confianza en el “ojo clínico”, pero incrementó paulatinamente su desconfianza hacia el testimonio de los enfermos. En el siglo XX, con el aumento de la instrumentalización científica, considerada más precisa, esa desconfianza también alcanzó a la “mirada clínica” y disminuyó el papel del enfermo, tan fundamental en el siglo XIX, generando incredulidad hacia su testimonio. Desde finales del siglo XIX, algunos médicos consideraban que los enfermos con frecuencia solían mentir sobre sus padecimientos o exagerar los síntomas; de hecho, diversos manuales y artículos de medicina advertían a los novatos sobre los verdaderos síntomas de las enfermedades y los síntomas actuados, ocultados o alterados.<sup>71</sup> Por ello se consideraba primordial tener un cuestionario base (el cual funcionaba como herramienta) que permitiera interrogar de manera ordenada a los enfermos o a los familiares, para alcanzar mayor objetividad:

---

<sup>70</sup> Jonathan Crary (2008a) señala que la confianza en el ojo se fue perdiendo bajo el aumento de la instrumentalización de la mirada, la cual demostró que el ojo no veía lo mismo dos veces. De hecho desde el siglo XVIII, el estatus de la mirada como generadora de conocimiento había cambiado. “El cuerpo humano, en toda su especificidad y contingencia, genera <<el espectro de otro color> y, así, se convierte en el productor activo de la experiencia óptica.” (p. 99) “Desde principios del siglo XIX, y cada vez más, por ciencia de la visión se entenderá una indagación sobre la constitución fisiológica del sujeto humano, más que la mecánica de la luz y de la transmisión óptica. Se trata de un momento en el que lo visible escapa del orden eterno de la cámara oscura y se inscribe en otro aparato, en el interior de la fisiología inestable y la temporalidad del cuerpo humano.” (p. 100)

<sup>71</sup> En algunos artículos de médicos militares, los autores consideraban que los soldados solían fingir enfermedades, las más recurrentes eran: “reumatismo articular y muscular, epilepsia, intermitentes, sordera, afección cardíaca, gastritis, ambliopía, enteritis, estrechamiento uretral, retención de orina, afección medular, locura, disentería, jaqueca, pleurodinia, neuralgia intercostal, ciática, neuralgia del trigémino, artritis, coxalgia, bronquitis, poliuria, hematemesis, enterorragia”. (Abrégo, 1891, p. 362)

Los antecedentes del enfermo; las circunstancias que han rodeado la aparición de su enfermedad; los síntomas que han marcado el principio, modifican profundamente nuestro diagnóstico en algunos casos, é[sic] influye sobre el modo de instituir el tratamiento; pero difícilmente se obtiene un informe realmente seguro sobre estos diferentes juntos, si las preguntas se hacen al acaso y no en un orden preparado de antemano. (Vargas, 1892, p. 291)

Así, la incapacidad para detectar la enfermedad no sólo residía en la falta de entrenamiento del ojo o del ocultamiento de una enfermedad, sino en los límites de la mirada médica. El médico Idelfonso Velazco<sup>72</sup> registró haber recibido un caso de “pólipos mucosos nasales” que habían sido tratados por otros médicos como enfermedad respiratoria, mientras que él los asociaba con sífilis:

El Sr. N. N., de 24 años, casado, de temperamento linfático y constitución regular, comerciante; dice haber padecido desde niño y muy frecuentemente faringitis y amigdalitis ligeras y de corta duración: igualmente se han presentado tres ocasiones distintas ulceraciones en el pene y según las señales que dejó la última, que existió hace dos años, fue indurada y aun vino acompañada de adenitis inguinal multipla-indolente. El tratamiento á que fue sometido durante la existencia de dicha ulceración, parece que detuvo los progresos del mal pues no ha presentándose después ninguna otra manifestación expecífica[sic].

El enfermo me asegura que, hace mas[sic] de un año comenzó á sentir sequedad en la nariz, especialmente en la bóveda, una cefalagia frontál lijera[sic], y enfriamiento continuo en los pies. [...] El médico que por entonces le asistía al explorarle las fosas nasales no le encontraría nada especial en ellas pues le aseguró que su padecimiento consistía en un simple catarro nasal. [...]

A los dos meses de enfermedad se encargó del tratamiento un médico tan instruido como hábil en su profesión, y en la exploración que hizo de la nariz, encontró ya (según la relación del enfermo) en ambas fosas inchasones[sic] parciales de la mucosa que se desprendían de la pared interna unas, y de la externa otras. [...] El médico que le asistía, después de emplear infructuosamente los astringentes, recurrió á un medio tan enérgico como eficaz, la escsion[sic]. [...]

Después de nueve meses me encargó de su tratamiento. [...] La secreción mucosa era abundante y espesa. La voz nasal y la aspiración forzada del aire por la nariz, producía[sic] un silbido bastante agudo, la respiración se hacia[sic] por la boca, la olfacion[sic] perdida por completo, la faringe roja, las amígdalas voluminosas é infartados los ganglios del cuello y las submaxilares. El enfermo se quejaba por último de enfriamiento constante en los piés y una ligera cefalagia frontal. [...] (Velazco, 1873, pp. 105-107)

Como puede notarse en este caso, el médico consideraba que el éxito del diagnóstico se debía a detalladas informaciones que había dado el enfermo sobre su padecimiento y a la experticia que él tenía en materia de sífilis; pero esta no era una habilidad de los médicos en general, pues sólo quienes hubieran estado de forma más cercana con casos de sífilis podrían haber llegado a esas conclusiones. En cuanto a la experticia del médico en la enfermedad, esta no

---

<sup>72</sup> Idelfonso Velazco obtuvo su grado de médico en 1869, fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina en donde fue “catedrático de Anatomía Rx Topográfica”. En 1873 ingresó a la Academia Nacional de Medicina y fue su vicepresidente de 1870 a 1880. Se desempeñaba de manera privada, por lo que fue conocido en la ciudad de México en donde tuvo “abundante clientela”. (Treviño, 2014, pp. 169-170)

se distinguía en su formación académica; más bien, esta se adquiría al tratar a enfermos de sífilis. Bajo estas circunstancias de la medicina clínica, el tratamiento no era estandarizable por lo que cada paciente era sometido a un proceso distinto.

La confianza entre médico y paciente no sólo aseguraba un mejor testimonio sino un testimonio sin falsedad. Se consideraba que cuando este lazo no existía, el enfermo solía mentir sobre su padecimiento u ocultar información. El médico Eduardo Vargas<sup>73</sup>(1892) mencionaba — sobre un caso de un niño con sífilis— la labor de convencimiento que había hecho para que los padres le confesasen que en otros momentos de su vida habían tenido manifestaciones sifilíticas. Es decir, que el médico, por sí mismo, con sus conocimientos disciplinares, instrumentos a su alcance y entrenamiento no podía diagnosticar una enfermedad:

Mi deber era proceder, á pesar de las dificultades con que generalmente se tropieza, á la información sobre los antecedentes de familia, en la suposición de una heredo-sífilis. He aquí los datos positivos que obtuve: El padre, tuvo manifestaciones de sífilis faringo-laríngea nueve años antes de que naciera el niño; estos accidentes fueron diagnosticados y tratados por un médico de merecida reputación. La madre tuvo igualmente manifestaciones de sífilis faríngea un año después que su esposo; accidentes diagnosticados y tratados por el mismo médico. Antes del nacimiento del niño, la señora tuvo dos partos prematuros con niños muertos. El niño de cuya historia me ocupo, pocos días después de su nacimiento, fue afectado de una erupción en las regiones: glúteas, crurales posteriores y plantas de los pies. (p. 310)

Estos testimonios evidencian no sólo la importancia del testimonio de los enfermos o sus familiares, sino las diferentes nociones de la sífilis previas a la medicina microscópica, como a la concepción de que la mirada clínica no podía develar todos los secretos del cuerpo. En el imaginario de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, la creencia de que la sífilis se adquiría por contacto venéreo estaba presente, pero también estaba extendida la idea de que era una patología hereditaria o un defecto de la constitución de la sangre. Desde una lectura diferente a la de Carlos López, Alain Corbin (1981) estima que la sífilis fue tratada como hereditaria con el objetivo de no culpabilizar a nadie o de culpabilizar pero sin las connotaciones sexuales que después obtuvo: “le fouetus, victime de la maladie de son père, peut infecter sa mère sans que celle-ci ait été contaminée au cours de rapports sexuels.” (p. 134) Según este historiador, esto

---

<sup>73</sup> Eduardo Vargas se graduó en la Escuela Nacional de Medicina en 1879. En 1885 formó con otros nueve médicos la Sociedad Iatromática. En 1888 se volvió catedrático de Patología Clínica y Terapéutica Quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina. En 1896 “fue nombrado médico adjunto al Servicio de Cirugía Menor en el Hospital de San Andrés”. “En 1905, al inaugurarse el Hospital General, fue nombrado Médico en el Pabellón de Niños no Infecciosos”. Murió en 1906. (Treviño, 2014, pp. 215-220)

generó la noción de sífilis tardía, en la que era posible que una mujer desarrollara los síntomas de la sífilis incluso años después de haber tenido a su hijo; el niño era quien infectaba a la madre a través de su sangre y no el padre a través del contacto sexual. (p. 135) Ni esta ni la interpretación de Carlos López se contradicen, los casos hallados en archivo más bien muestran que coexistieron.

El primer intento de regular la prostitución durante el II Imperio el 2 de julio de 1867 intentaba alterar esa forma de la confesión de los padecimientos sifilíticos, anteriormente descrita. Quienes compartían la opinión de regular la prostitución estaban de acuerdo con que las mujeres que ejercieran la prostitución y padeciesen manifestaciones sifilíticas deberían de ser sometidas a tratamientos y encierro forzoso. (Núñez, 2002a) Es decir, ya no era la enferma quien debía acudir en la búsqueda de la salud por su cuenta y opinar sobre sus tratamientos. Se trataba precisamente de que una autoridad médica pudiese opinar más sobre el cuerpo del enfermo que el enfermo mismo que fuese una autoridad y no el enfermo quien decidiese si debía o no recibir tratamiento y que se enfatizara más el vínculo entre los padecimientos sifilíticos y el contacto sexual, que otras relaciones.

Los tratamientos que existieron en el Hospital Morelos entre 1872 y 1891 para mujeres que acudiesen a tratarse la sífilis consistían en tratamientos a base de mercurio, ya fuese en pomadas, inyecciones o píldoras. Los gastos de los tratamientos corrían a cargo de las solicitantes e, inicialmente, no se consideraba que las mujeres que acudiesen a este espacio debían ser moralizadas o penalizadas. A partir de las nuevas disposiciones en el *Reglamento al ejercicio de la prostitución* de 1891 y en el *Código Sanitario* de ese año, se hizo un énfasis en que todas las prostitutas con sífilis deberían ser remitidas a este espacio, ser sometidas a un aislamiento y a tratamientos antivenéreos obligatoriamente, y se deberían prohibir los tratamientos a domicilio.<sup>74</sup> En 1892 la Inspección de Sanidad a cargo del gobierno de la ciudad —mediante una carta emitida por el secretario de gobernación— pedía a los médicos del Hospital Morelos recibir sólo a mujeres inscritas en el registro de prostitutas y no dar tratamientos antisifilíticos a quienes no estuviesen en el mismo. La Inspección de Sanidad pidió

---

<sup>74</sup> El espacio hospitalario tuvo en el siglo XIX funciones de caridad, de asistencia médica privada y de policía. La tradición policial hospitalaria se había dado con personas consideradas indeseadas sociales o nocivas, ya fuese por sus costumbres, por sus enfermedades o por su origen social, étnico o religioso. Vázquez (2009) considera que el encierro disciplinar ya había tenido la finalidad de neutralizar el “desorden” y “pecado en el siglo XVII. (p. 70) Pero en el siglo XVIII, la ciencia de la policía y la policía médica vieron a la salud como un medio de “acrecentar la cantidad y la calidad de la población”. (p. 155)

el registro de las 54 mujeres que se habían presentado a dicho establecimiento “a pedir cama”, pero los encargados del hospital respondieron que su misión era dar asistencia a las “mujeres afectadas de enfermedades sifilíticas, de los órganos genito-urinarios y de la piel”, así como “recibir asiladas de las mencionadas enfermedades” que fuesen remitidas por la Inspección de Sanidad o llegasen voluntariamente. (AHSSA, BP, HM, Caja 2 Exp. 31, 1892). También mencionaban que el tratamiento voluntario al que se sometían antes de las disposiciones aislacionistas y del encierro obligatorio había demostrado ser más efectivo, pues era posible llevar la terapéutica de manera más controlada, así como registrar si había efectos curativos o no. (AHSSA, BP, HM, Caja 2, Exp. 31, 1892)

[...] Entre las voluntarias, hay muchas ancianas que se curan de enfermedades de la criatura, otras de accidentes de la piel, y algunas de sífilis; en éstas, se encuentran casadas, cuyos maridos las han enfermado, y que, confiando en la discreción y especialidad del hospital, solicitan camas para ser atendidas; lo mismo sucede con domésticas que las familias mandan; sin que éstas, ni las otras, deban considerarse como prostitutas. Por otra parte, como la misión del establecimiento, es puramente científica y humanitaria, se ha procurado atender en él á[sic] mujeres enfermas que lo necesiten, sin mengua del nombre que cada cual tenga, ni participio en su inscripción de Sanidad. (AHSSA, BP, HM, Caja 2 Exp. 31, 1892)

También estos médicos insistían en que las autoridades dejasen de llamar al tratamiento de la sífilis “Servicio nuevo”, porque desde antes de que “estuviera reglamentada la prostitución” en el Hospital de San Andrés ya existían “secciones destinadas para atender á[sic] las enfermas sifilíticas”. Asimismo, hacían énfasis en que la función de dicho establecimiento era recibir tanto a mujeres que llegasen de manera voluntaria o involuntaria, con tal de que fuesen “sifilíticas, ó padezcan alguna de las enfermedades ántes[sic] mencionadas [...]”. (AHSSA, BP, HM, Caja 2, Exp. 31, 1892)

Este primer cambio significó para las mujeres dedicadas a la prostitución una violación a sus derechos, un cambio en su estatus y la otorgación de etiquetas nuevas para las mujeres que padecían sífilis: prostituta. (Núñez, 2002a; Estrada 2007b; Rivera-Garza, 2001) También sabemos de la inicial oposición de las autoridades del Hospital Morelos a seguir los mandatos sanitarios, debido a que consideraban, en primer lugar, que la asociación mujeres sifilíticas con prostitución no podía ser generalizada. En segundo lugar, debido a que los hospitales no contaban con los recursos para dar tratamiento a tantas mujeres; esto significaba que el Morelos, como muchos otros hospitales, tenía la capacidad de dar curaciones a un número limitado de pacientes voluntarios, pero no estaba preparados para hacerlo de forma masiva y mucho menos

obligatoria. Y, en tercer lugar, porque la prostitución (tema aparte) era considerada un mal necesario al interior de la ciudad de México y en muchas otras ciudades de la República.<sup>75</sup>

Además, hay que señalar que la prostitución era considerada la práctica ideal para el desbordamiento de placeres heterosexuales, en otras palabras, un medio de contención para la exploración de la sexualidad que imponía restricciones heterosexuales a esa búsqueda. (Estrada, 2005) Por eso, los placeres solitarios eran más repudiados, a pesar de que en términos de enfermedad estos representasen menor riesgo. En consecuencia, en el sector masculino las manifestaciones sifilíticas eran consideradas una enfermedad propia de heterosexuales y padecerlas no implicaba verse discriminado. Sólo cuando la sífilis aparecía en zonas corporales excluidas de áreas corporales normalizadas, éstas se convertían en una enfermedad aberrante. Por ejemplo, el médico Nicolás San Juan sobre una blenorragia anal —que no sífilis, pero sí enfermedad considerada venérea— opinaba:

En mi concepto, las únicas personas en quienes la blenorragia anal se produce son los sodomitas pasivos, ya sean hombres o mujeres.

Por fortuna entre nosotros la pederastía y la sodomía, como en entiendo en lo general, ó sea el uso contranatural entre personas de igual sexo, se ve con rarísimas excepciones; pero la sodomía con las mujeres como mujeres pasivas, no es por desgracia tan rara. Este crimen de inmoralidad se ejerce generalmente entre las mujeres prostitutas, por ser las que á cometerlo se prestan mediante recompensas más ó[sic] menos cuantiosas. (San Juan, 1880, p. 194)

La prostitución y, su secuela inmediata, la adquisición de la sífilis funcionaban también como pruebas de la virilidad. Virilidad que podía ser perdida si la enfermedad avanzaba, pero que demostraba el respeto a la heterosexualidad normativa. (Estrada, 2005, p. 132) Al respecto, Judith Butler (2007) señala que la forma en que se inserta la normatividad de la sexualidad en sus múltiples variantes esconde siempre el marco normativo de lo heterosexual: “No ser reconocido socialmente como un heterosexual es perder una identidad social posible”. (p. 170)

---

<sup>75</sup> La noción de que la prostitución era un mal necesario generó diversas opiniones. Por un lado, existían opiniones de que debería dejarse el ejercicio de forma libre, ya que se había demostrado que las mujeres buscaban sus curaciones con mayor asiduidad de forma voluntaria que de forma obligatoria. Pero otros grupos insistieron en que la prostitución se reglamentase así como su tratamientos, promoviendo la hospitalización forzosa: “La prostitución por lo mismo es una necesidad social; necesidad funesta si se quiere, pero que no pudiendo extinguirla los gobiernos, tienen la obligación de hacerla ménos[sic] peligrosa. Erigida una vez en elemento inevitable de la sociedad, la mano severa de la administración pública, tiene que procurar disminuir sus estragos, sin que sea un obstáculo la idea vulgar de que es inmoral reglamentar el vicio: precisamente para quitarle en lo posible su influencia perniciosa sobre la moral y para evitar estragos á[sic] la salud de los hombres, se debe regular y vigilar. (Reyes, 1874, p. 449)

Desde 1891 (AHSSA, BP, HM, Leg. 2, Exp.18, 1891) hasta 1919 se presentaron constantes motines que han sido estudiados ya. (Ñúñez, 2002b). La queja principal de las asiladas era casi siempre la misma, el recinto carecía de las condiciones adecuadas: uno, para hospitalizarlas (insuficiencia de camas y salas); dos, para darles tratamientos —pues había carencia de medicamentos—; tres, para alimentarlas —pues había carencia de víveres— y, cuatro, incluso para atenderlas —pues había carencia de personal—. <sup>76</sup> Los desacuerdos que hubo entre las decisiones tomadas por las autoridades del Hospital Morelos y las autoridades de la Inspección de Sanidad a fines del Porfiriato fueron constantes. A los ojos de los médicos del Morelos, la hospitalización forzosa era innecesaria y si las autoridades sanitarias del gobierno de la ciudad querían mantenerlas en el encierro debían “acceder a lo que ellas piden [pedían]”, considerando que eso permitiría “subsana[r] las graves dificultades que a diario” se les presentaban. De otra manera, recomendaba el secretario General del Consejo de Salubridad evitar el aislamiento y la hospitalización forzosa. (AHSSA, BP, HM, Caja 12, Exp. 7, 1917) De hecho, la hospitalización de las enfermas de sífilis en el Hospital Morelos carecía de todo procedimiento en el internamiento y de claridad sobre qué supuesto tratamiento recibirían (puesto que no existía un tratamiento mercurial o arsenical estandarizado). La prueba de que estaban curadas —atendiendo a la lógica de la medicina clínica— era la desaparición de las lesiones visibles, la cual regularmente ocurría con las suministros de mercurio o de yoduro de potasio, ya fuese en inyecciones o en pomadas. <sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Las autoridades del hospital consideraban que no existía el personal suficiente: enfermeras, encargados de la botica, médicos, afanadores y cocineros. De hecho, no tenía reglamentos internos que regulasen sus funciones, ni horarios de entrada y salida establecidos, ni un salario fijo. No fueron pocas las quejas en torno a inasistencias de los miembros del personal, a la falta en el cumplimiento de sus labores, a carencias materiales, a robo de estos últimos y otros utensilios. Se sabe que el robo lo hacían los mismos trabajadores del hospital para ser vendido entre vecinos de los alrededores. Esto permaneció incluso hasta décadas después, por ejemplo, en septiembre de 1903 hubo quejas de que el encargado del botiquín de La Castañeda no suministraba de manera honesta los medicamentos al Hospital Morelos—ya que le correspondía esta función—; esto era en perjuicio de los enfermos y de los médicos, quienes veían retrasada su labor cuando el boticario no enviaba los fármacos o, peor aún, cuando los adulteraba: “[...] el Encargado del Botiquín del Hospital Morelos, que es quien debe administrarlas á[sic] aquel Establecimiento, lo hace en cantidad menor que la recetada ó[sic] no lo hace, quedando algunas de las particas[sic] del recetarios con las anotaciones de <<pendiente>> ó <<ya se mandará>>”. (AHSSA, EH, HM, Caja 4, Exp. 59, 1903-1904) Mario Barbosa (2013) señala que hubo una burocratización de las instituciones muy baja durante el Porfiriato y una falta de claridad sobre las funciones que los trabajadores deberían desempeñar dentro de las instituciones. Este autor señala que sólo pudo consolidarse una responsabilidad recíproca entre los trabajadores y las instituciones a partir de la década de los treinta del siglo XX, con la creación de la Ley Federal del Trabajo en 1931. (p. 150)

<sup>77</sup> Estrada (2007a) señala que desde la década de 1870 se incorporaron las inyecciones hipodérmicas de mercurio “sobre todo para los casos de «cronicidad notable»”.

Otro grupo en donde se impuso la confesión obligatoria sobre la confesión voluntaria de las manifestaciones sifilíticas o venéreas fue el militar. Esto no sólo ocurrió en México, en otras naciones europeas las primeras campañas en contra de la sífilis se orientaron a la milicia.<sup>78</sup> En México se consideraba que la sífilis era uno de los principales padecimientos al interior de los campos militares. (Anónimo, 1891, pp. 30-31) De hecho, algunos médicos militares, como Ángel Rodríguez (1891) afirmaban que el número de enfermos de sífilis al interior del ejército había crecido: “[...] tomando de los datos inéditos existentes en el Departamento Médico Militar, que muestra el movimiento de enfermos venéreo-sifilíticos habidos en los hospitales militares de la República en los años de 1881 a 1885, la enorme cifra de 12,886 infectados.” (Rodríguez, 1891, p.197) Dentro de los campos militares se creía que la sífilis podía ser hereditaria o un defecto de la constitución de la sangre, pero se sostenía que la causa principal de la sífilis era que los soldados llevaban una vida sexual más desordenada, al no siempre tener un orden familiar. Según Carrillo, en 1881 la Secretaria de Guerra aprobó un reglamento para disminuir en lo posible la propagación de las enfermedades venéreo-sifilíticas. (p. 73)

A diferencia de los médicos clínicos generales, los médicos militares habían tenido una mayor posibilidad de observar la prognosis de la enfermedad; por ello, en gran parte de sus escritos reconocían que la sífilis era predominantemente transmitida por vía sexual, aunque también se aceptaba que se transmitía mediante artículos personales compartidos sin cuidados higiénicos suficientes. Entre las primeras medidas higiénicas y de vigilancia sugeridas a este grupo se recomendaba: “1ª Practicar una visita corporal á los soldados una vez por semana, inspeccionando muy especialmente los órganos genitales, el ano, el perineo, la boca y la faringe [...]”; “5ª Recomendar al soldado un aseo riguroso de los órganos genitales.”; y que los médicos diesen aviso inmediato a las autoridades sobre los casos de sífilis, para localizar a la mujer por quien el soldado había adquirido la sífilis. (Jurado y Gama, 1892, p. 181)

Las discusiones principales eran sobre cómo manejar la alta incidencia de la sífilis en estos centros. En un primer momento, los médicos militares discutieron la posibilidad de que las soldaderas fueran expulsadas de los campos militares, pero consideraron que esto traería como

---

<sup>78</sup> Por ejemplo, Brandt (1985) cuenta que la sífilis se convirtió en un asunto de carácter militar en Estados Unidos durante la invasión de la frontera mexicana en 1916, pero también en momentos previos a la Primera Guerra Mundial y, posteriormente, durante la Segunda Guerra Mundial. En Europa también pasó lo mismo, se consideró que después de la Guerra de los Siete Años que ésta había provocado un despunte en los casos de sífilis y puso en aviso a las autoridades sanitarias para someter a los contagiados a tratamientos.

consecuencia la sublevación de los soldados y revueltas al interior de los campos, ya que la soldadera cumplía funciones no sólo eróticas sino domésticas en estos espacios. En un segundo momento, consideraron la posibilidad de que las soldaderas tuvieran inspecciones clínicas para determinar si estaban sanas o enfermas y que sólo quienes estuvieran sanas pudieran entrar a los campos, pero se objetó que esto rompía toda regla de pudor y que podía acarrear disturbios entre los soldados, quienes las consideraban sus parejas sentimentales. Carrillo (2010) consideraba que se intentó equiparar a las soldaderas con prostitutas. (p. 74) Por ello, los médicos militares determinaron que sólo deberían tener libre acceso quienes comprobaran unión sentimental con un soldado, ya fuese por medio del matrimonio o de un tutelaje reconocido por el soldado.<sup>79</sup> Siendo obligadas a inspecciones clínicas sólo aquellas soldaderas que estuvieran de visita. En un tercer momento, se consideró que los soldados también deberían ser remitidos a inspecciones clínicas semanales, ya que: “[...] pocas ó ningunas veces se ha sometido á reglamentación al hombre; y aunque esto es menos importante en el sentido de la transmisión de la sífilis, es, sin embargo, un factor muy necesario y complementario, pudiendo transmitir el mal de una manera más difícil de vigilar que las mismas clandestinas.” (Jurado y Gama, 1892, p. 177)

También se determinó que todos los soldados deberían de tener artículos de limpieza personal de forma exclusiva, es decir, se les debía advertir de los riesgos de compartir vasos, tazas, cucharas, navajas de afeitar, peines y otro tipo de enseres. De esta manera, la visión del diagnóstico de la sífilis y del tratamiento antisifilítico a los soldados no obedió a ninguna demanda por parte de ellos o la búsqueda de su cura. Sino que se impuso la noción de que las autoridades militares eran quienes debían determinar qué medidas diagnósticas y terapéuticas tomar. La preocupación por las manifestaciones sifilíticas y venéreas en los soldados se incrementó cuando su curación se relacionó con un gasto económico. Se volvió importante poder

---

<sup>79</sup> Ángel Rodríguez (1891b) consideraba que la vida sexual de los soldados era con las soldaderas. A veces ellas cumplían una función familiar, de la que el soldado se veía beneficiado, ya que representaban el papel de esposas con obligaciones domésticas. Pero él mismo consideraba que a veces la soldadera cambiaba de pareja, por lo que era difícil tener un control de la vida sexual de los soldados. Por otro lado, afirmaba que los soldados solían defender siempre a las soldaderas por ese papel doméstico que desempeñaban al interior de los campos militares: “La soldadera es la compañera inseparable del soldado, tanto en el cuartel, como en las marchas y en campaña; de ella casi exclusivamente hace uso el soldado; comprendiéndose por este hecho, que éste no obtenga beneficio alguno de las medidas restrictivas ejercidas por la Inspección de Sanidad sobre las prostitutas.[...] Por una parte, ante los ojos de los que palpan los hechos, esta mujer es la prostituta del cuartel, y no clandestina, puesto que á la luz del día ejerce su oficio. Por la otra, y ante la ley, es la mujer que va a impartir sus cuidados domésticos y sexuales, pura y exclusivamente a su marido.” (pp. 227-228)

determinar si un soldado podía ser curado o no, ya que el tratamiento era costoso. Se sugirió que el tratamiento antivenéreo o antisilífite fuera dado obligatoriamente sin reparar en gastos sólo si un médico garantizaba la curación del enfermo.

La quinta medida que propongo está basada en el gran número de venéreo-sifilítico que con frecuencia cumplen seis meses en el hospital, se les da de baja, perciben por largo tiempo haberes sin que presten útiles servicios á la nación. Otras veces cumplen 3, 4 ó 5 meses, salen de alta y al poco tiempo vuelven. Tales individuos son á todas luces inútiles al ejército; y mientras el médico se convence de su verdadera inutilidad, el erario pierde inútilmente sus fondos. Yo propongo, por lo tanto, que el plazo de seis meses fijado para declararlos inútiles, se acorte á cuatro, por ser aquél bastante largo. Este plazo me parece suficiente, pues que el que en ese tiempo no cura, ó es por su constitución minada, miserable, ó por la intensidad excepcional del mal: de todos modos lo probable es que tales individuos recaigan con frecuencia; en su periodo de enganche llegan á estar hasta más de un año en los hospitales y no tiene la energía y resistencia para las fatigas que los reglamentos actuales exigen al soldado. (Jurado y Gama, 1892, p. 185)

Las notas revisadas en la *Gaceta Médico Militar* de 1873 a 1900 muestran que se fortaleció la idea de que los soldados deberían confesar también de forma obligatoria sus manifestaciones sifilíticas y venéreas. Esto promovió que la forma de observar la enfermedad y su tratamiento se modificase. El soldado con manifestaciones sifilíticas o de alguna afección crónica fue considerado un miembro indeseado. Este estigma sobre el soldado enfermo provocó que fuese creciendo el ocultamiento de los miembros del ejército de sus padecimientos. Si en algunas ocasiones los médicos militares habían señalado que los soldados fingían enfermedades para no hacer servicios en lugares lejanos, pronto surgieron discursos que afirmaban que los soldados ocultaban sus enfermedades para no ser expulsados del ejército. Hacia 1892 ya existía una clínica de enfermedades venéreas en el Hospital Militar de Instrucción. (Carrillo, 2010, p. 74)

Debido a que el soldado era visto como una inversión por parte del Estado, mantener su salud se convirtió en un deber para quienes lo integraban. Pronto surgieron discursos que afirmaban que el mantenimiento de la salud de un soldado estaba vinculado con su utilidad dentro del ejército; en caso de que se convirtiera en un miembro inútil no debía proporcionársele un tratamiento. Por ello, también se enfatizó la relación entre enfermedad e inutilidad, pero, a la par, se vinculó la noción de búsqueda de la salud con productividad. El otorgamiento de los tratamientos dejó de considerarse una dádiva para los enfermos que buscaban voluntariamente su tratamiento y se reforzó su vínculo con la noción de la salud requerida para el cumplimiento de deberes sociales.

Los médicos militares, por su parte, consideraban que los tratamientos dados a los soldados con manifestaciones sifilíticas habían sido variables dependiendo del enfermo y de los

compuestos que se aplicaran; pero sugerían una terapia para evitar infecciones en las heridas y supuraciones, así como terapias “de asalto” que ayudasen a retardar la enfermedad. Entre éstas estaban la ingesta de píldoras, la aplicación de inyecciones y las curaciones con mercurio, yodo y potasio. Además de eso, los médicos militares consideraban que la sífilis en el ámbito público debería de ser un asunto de la vida privada de los sujetos, pero en algunos casos —como los militares, por los costos económicos que implicaba— concernía a las autoridades institucionales o sanitarias dictar las medidas de prevención y los tratamientos. Por ello, por lo menos en el ambiente militar era necesario “vulgarizar y poner al alcance de todos” los tratamientos mercuriales y yodurados:

La importancia de esta medida salta á la vista, pues que de esta manera se le quita al soldado la repugnancia que luego ostenta contra el tratamiento mercurial y yodurado, lo que hace que muchas veces se agrava por no tomar las medicinas por la aversión que inspiran, y se convierte á la larga en una sífilis rebelde ó de larga duración, que si no los hace inútiles, al menos los hace permanecer largo tiempo en el hospital. Por otra parte, no sólo se atenderán más á tiempo y con mejor resultado, sino que convencidos de la necesidad de un tratamiento prolongado, ellos mismos lo continuarán en el cuartel haciendo su servicio al mismo tiempo. (Jurado y Gama, 1892, p. 182)

Si bien el testimonio de los enfermos con padecimientos sifilíticos no difería del que se practicaba fuera del ámbito militar —pues estaba sujeta a la confianza de los enfermos en el médico, a la búsqueda de paliativos para sus padecimientos y a la necesidad de tener salud para preservar su vida social—,<sup>80</sup> la forma en que los tratamientos se administraban no estaba dirigida por la voluntad de los enfermos. Su testimonio, como en otros casos, era necesario para establecer el diagnóstico, pero en cuanto el diagnóstico se alcanzaba el testimonio y la voluntad del enfermo quedaba nulificada. Eran las autoridades médicas militares quienes establecían qué tipo de terapia dar o negar, por cuánto tiempo, en qué dosis y bajo qué consecuencias. El enfermo con manifestaciones sifilíticas perdía toda capacidad de negociación de su tratamiento si era parte del gremio militar.

---

<sup>80</sup> Por ejemplo, el médico José Gayón (1897) contaba que había observado soldados y dado tratamientos. Algunas precisiones en torno a la sífilis estaban basadas en preceptos de la medicina y otros en el testimonio del enfermo: “[...] he hecho en el mes de Enero próximo pasado algunas inyecciones de calomel, siguiendo los preceptos de Scarenzio-Smirnoff, y sus resultados voy á[sic] consignarlos en este imperfecto estudio, para que os sean conocidos. Primera observación.- El soldado Nazario Martínez, del 3er Batallón de Artillero, refiere que hace 8 años tuvo un chancro en el pene, del cual sanó fácilmente, y desde entonces ha sufrido, en diferentes épocas, de erupciones de la piel, cefalalgias y ulceraciones de la boca. Hará como dos meses empezó a notar que se hinchaban sus piernas y le dolían ucho por las noches [...]”. (p. 106)

Me parece importante recuperar esta historia, pues fue la primera vez que en el siglo XIX se consideró que la curación estaba en función del cumplimiento de deberes sociales. Esta noción se extendería a la población en general hacia mediados de la década de los treinta del siglo XX, cuando las autoridades sanitarias en México consideraron que era su deber construir las condiciones necesarias para que los enfermos con manifestaciones sifilíticas y venéreas tuvieran una curación obligatoria, lo cual sería bueno para la nación pues se convertirían en ciudadanos productivos laboralmente y sanos reproductivamente.

Construir la idea de que la percepción del enfermo con manifestaciones sifilíticas era errónea, que el enfermo podía ser mentiroso, que la salud era un bien capaz de producir otros bienes, que las personas enfermas deberían sentir un deber hacia la sociedad, que el tratamiento debería ser otorgado para construir sujetos productivos, que el tratamiento debería ser forzoso, que dar tratamientos antisifilíticos –independientemente de que el enfermo tuviese molestias- era una necesidad social, entre otros elementos, fueron parte de los cambios ocurridos entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX en torno a la percepción de los tratamientos y la construcción de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual.

### 2.3 La campaña moral

El impulso para atender a la población general que padecía enfermedades venéreas en espacios médicos públicos, y no sólo a las prostitutas o a los soldados, fue promovido también en la campaña contra las enfermedades venéreas promovida por la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de la Profilaxis de las Enfermedades Venéreas en 1908, la cual fue propuesta por miembros de la Academia Nacional de Medicina. (Carrillo, 2010, p. 66) Desde años antes, algunos médicos higienistas habían manifestado el deseo de que las autoridades médicas tomaran medidas coercitivas para promover que las personas se sujetasen a tratamientos obligatorios, como había pasado con otras enfermedades, pero no se había dado ningún paso en esta dirección. Si bien los primeros reglamentos de prostitución (1868) y códigos sanitarios (1891) cimentaron las bases del miedo hacia las manifestaciones sifilíticas, no propusieron que ese miedo se hiciera extensible a toda la población, ni que ese miedo alimentara la noción de que toda la sociedad en su conjunto debería de protegerse de la sífilis.

En esta campaña se promovió la responsabilidad del enfermo tanto para evitar enfermarse de sífilis, curarse -o tratarse-, como para evitar contagiar a otros. Estos elementos de la

responsabilidad ante la prevención, el tratamiento o la cura, y evitar el contagio de otros no se encontraban en la noción decimonónica de las manifestaciones sifilíticas. Ni siquiera en las primeras reglamentaciones de la prostitución de finales del siglo XIX existió la idea de responsabilidad en estos sentidos. En ellas, las mujeres deberían de ser aisladas por representar focos de infección, pero la culpa por padecer sífilis o contagiar a alguien con sífilis —o con alguna otra enfermedad venérea— no existía. La criminalización era articulada cuando la padeciente no quería someterse a los tratamientos o al aislamiento, pues se consideraba que por herencia las mujeres dedicadas a la prostitución que no querían someterse a los tratamientos eran violentas. En dado caso, la responsabilidad y culpa por contagiar a alguien más surgió cuando se consideró que la sífilis no siempre era hereditaria y podía evitarse no incurriendo en prácticas sexuales prematrimoniales o fuera de la monogamia

La primera campaña moral contra las enfermedades venéreas —como la han llamado algunas autoras (Carrillo, 2010; Valdés, 2015), promovida por la Sociedad Mexicana de Profilaxis Moral y Social — asumió que si bien la ciencia estaba avanzando no lo había hecho lo suficiente como para ayudar a la disminuir las enfermedades venéreas, por lo que se deberían tomarse medidas morales e higiénicas para proteger la salud de la población. Los médicos dirigentes de esta sociedad -entre quienes se encontraban Francisco Bulman<sup>81</sup>, Jesús González Ureña y Aristeo Calderón- consideraban que la Academia debería “dar el toque de reunión” para convocar a “personas de buena voluntad” en torno a la lucha contra la sífilis. (Bulman, González y Calderón, 1908, p. 322) Otros países ya habían organizado sus luchas antivenéreas con sociedades similares: Alemania, 1902; Austria, 1907; Nueva York, 1905, con la “Sociedad Americana de Profilaxis Sanitaria y Moral”; Francia, 1901, “Sociedad Francesa de Profilaxia Sanitaria y Moral”. (Aparicio, 1949, p. 405)

Como consecuencia de esta consulta, la comisión copia [copió] en su informe algunos de los medios de profilaxis utilizados por la Liga Francesa, tales como los medios de orden moral y religión, la profilaxis administrativa y policiaca (reglamentación de la prostitución), etc. y los medios de profilaxis médica (consultorio gratuitos, educación higiénica sexual, etc).” (Aparicio, 1949: 405-406)

---

<sup>81</sup> Francisco Bulman se tituló en 1892 en la Escuela Nacional de Medicina. Fue practicante del Hospital de San Andrés, trabajo en el Hospital General, en el Departamento de Tifosos y en el Sanatorio Español, en la misma área. Fue profesor en el Museo Anatómico de la Escuela Nacional de Medicina en 1898 y de otras cátedras. En 1897 fue nombrado director del Instituto Patológico Nacional. De 1925 a 1928 estuvo al frente del Servicio de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salubridad Pública. Perteneció a la Sociedad Médica del Hospital Morelos. Fue secretario de la Academia Nacional de Medicina de 1914 a 1915, su vicepresidente de 1924 a 1925 y su presidente de 1925 a 1926. (Anónimo, 1946, s/p)

Los órganos de difusión de esta sociedad fueron *La Cruz Blanca* (publicada de septiembre de 1908 a noviembre de 1912) y *El amigo de la juventud* (publicado de abril de 1913 a agosto de 1923). En el primer número de *La Cruz Blanca*, los editores manifestaban que la principal lucha a la que se enfrentarían para extirpar las enfermedades venéreas sería contra las “tendencias imperantes” de la sociedad de su época; puesto que “las gentes no se escandalizan de las faltas que cometen”, la prensa debería “sin lastimar la sensibilidad de nadie, introduzcan [introducir] dulce, lenta, pero profundamente la convicción de que hay *un interés personal* en evitar *las inmoralidades*”. (Editorial, 1908a: 1)

Esta sociedad profiláctica quedó establecida por socios fundadores, socios activos, socios protectores, socios benéritos, socios honorarios y socios correspondientes.<sup>82</sup> Como he señalado, la llamada primera campaña de profilaxis moral y social promovida por esta sociedad profiláctica tuvo publicaciones en dos momentos diferentes. En el primer momento, que fue el periodo que abarcó la publicación de *La Cruz Blanca* (1908-1913), los principales objetivos fueron: 1) difundir los avances científicos en torno al agente etiológico de las manifestaciones sifilíticas y posicionar al cuerpo médico como el único capaz de transmitir ese conocimiento; 2) popularizar el servicio de consultas médicas y atacar los servicios médicos hechos por personas sin licencias; 3) atacar los autotratamientos; 4) difundir preceptos higiénicos para evitar el contagio de la sífilis y 5) difundir preceptos morales como medio para evitar el contagio de la sífilis y otros padecimientos venéreos.

En cuanto al primer punto, los médicos de esta sociedad profiláctica se preguntaban cómo era mejor difundir información sobre la sífilis, pues la gente no podía cuidarse de algo que ni siquiera conocía, cuyos peligros eran ignorados y cuyos remedios eran difundidos por fuentes poco fiables. Pensaban que para que el individuo cuidara de sí debía tener una forma “científica” de conocer su padecimiento. Estimaban que a partir de la vulgarización de la sífilis desde la interpretación de los grupos científicos —ligados al gobierno— se había logrado en otros países,

---

<sup>82</sup> El Consejo Directivo de esta asociación cambió a lo largo de los años, pero en diciembre de 1908 estaba compuesto por: “Presidente. Dr. José Terrés. Vicepresidente, Dr. Ricardo E. Cicero. Secretario Primero, Dr. Jesús González Urueña. Secretario Segundo, Lic. Roberto A. Esteva Ruiz. Tesorero, Ingeniero Agustín Aragón. Vocales: señores Dr. Samuel García. Lic. Vicente Sánchez Gavito. Profesor Ponciano Rodríguez, Don Carlos Roumagnac. General Joaquín Beltrán. Dr. Joaquín Cosío, Lic. Rafael Rebollar. Dr. Eduardo Licéaga. Canónigo Vicente de P. Andrade. Dr. Ricardo E. Manuell.” (Editorial, 1908b, p. 1)

como Estados Unidos, hacer que la gente se cuidara de esta enfermedad, dando una única interpretación al padecimiento. Apelaban a la lectura que habían hecho “en los documentos y planos expuestos por la Asociación Americana de Salubridad Pública en su reunión del año de 1906”. (Cícero, 1908a, p. 1)

Ricardo Cícero consideraba que se debían dar a conocer los peligros de la sífilis principalmente a los enfermos, para que fuese cual fuese “su grado de cultura anterior” tuvieran en “su mente nociones fijas y precisas” que los defendiesen “á[sic] ellos mismos” y los capacitasen “para no ser nocivos á[sic] los demás.” (Cícero, 1908b, p. 3) De esta manera, consideraba que la difusión de la sífilis debería darse en “*propaganda individual*, las *instrucciones impresas* fijas ó[sic] volantes, el *folleto*, y el *libro*, o en “*conferencias*, los *accesorios de las conferencias*, las *representaciones teatrales*”. (Cícero, 1908b, p. 4) Si uno revisa la cantidad de propaganda de compuestos médicos que describían a la sífilis en la prensa, resulta interesante que el médico Cícero considerase estimase necesaria más propaganda. Uno puede comprender que lo que realmente querían los médicos pertenecientes a este grupo era la difusión de una sola interpretación moral de la enfermedad, sustentada en una noción de verdad científica, para así afianzar un modelo jerárquico de transmisión de la información.

Debemos pues formar un libro de provechosas enseñanzas para arrebatarse de la legión de la ignorancia las víctimas que arrastra la vorágine del libertinaje y ya formado distribuirlo, pero distribuirlo profusamente; no por centenares, sino por millares: no solamente entre las de aquéllos para quienes parece que se descorre el velo de un misterio. Enseñemos objetivamente y traduzcamos del lenguaje de la ciencia al lenguaje del vulgo, los preceptos del Código de la Salud, que es la ley suprema de los pueblos. (Márquez, 1909, p 4)

Cabe recordar que *La Cruz Blanca* en 1911 difundió el conocimiento de la reacción de Wassermann con un artículo titulado “Acera[sic] de la creación de Wassermann” (Escalona, 1911, pp. 3-4). El “diagnóstico” era para esta sociedad “el verdadero problema científico” que los médicos debían resolver, ya que eso los distinguiría “del charlatán”. (Calderón, 1909, p. 1) Varios médicos de esta organización consideraban que debería difundirse todo tipo de avances científicos, pero siempre desde un discurso moral. Por moral médica se entendía aquella que estuviera acorde con las tradiciones y las costumbres sociales, de manera que los conocimientos médicos no significasen una amenaza para la moralidad, ni una forma de difundir conocimientos que pudieran incitar a la sociedad a romper normas sociales: “[...] la vulgarización de los conocimientos científicos que atañen a la función de principal de la familia humana, nunca será un desacato a las costumbres, ni mucho menos una propaganda de libertinaje

[...].” (Márquez, 1909, p. 4) Asimismo, consideraban que un mal direccionamiento en la difusión de estos contenidos científicos podía impulsar el desorden social. De hecho, estimaban que algunos de sus colegas, sobre todo quienes se oponían a moralizar a la sociedad, habían difundido conocimientos que habían permitido la difusión de perversiones sociales y sexuales, ya que una enseñanza precoz o descuidada en temas de sexualidad podía inducir a —lo que ellos consideraban— prácticas inmorales. Esto significa que el conocimiento científico en el que estaban interesados no sólo era aquel del que los pacientes pudieran beneficiarse sino también aquel que estuviera en relación con valores morales. Se introdujo así la idea de que los conocimientos científicos deberían ser filtrados y no deberían ser las personas quienes decidiesen a qué informaciones científicas acceder o cuáles rechazar. Si bien la cuestión de la difusión del conocimiento científico fue siempre un problema para este grupo, no significó que renunciara a ella. Pensaban que en caso de no difundir nociones actualizadas, los jóvenes podrían ser víctimas de la ignorancia y cometer perversiones debido a ella:

Si opino que todo lo concerniente al sexo en funciones debe ser proscrito de nuestras Escuelas N. Primarias, no por eso apruebo que sus alumnos sigan saliendo, al concluir su sexto año, sin ninguna educación profiláctica de futuros desenfrenos o perversiones sexuales. Para evitar esto, o para poner los medios al menos, bastaría con valerse de enseñanzas indirectas, presexuales pudiéramos llamarlas, basadas simple y sencillamente en el ejercicio progresivo, en el *entrainement* de la voluntad infantil. (Lavalle, 1912, p. 2)

En cuanto a la popularización de los servicios de consultas médicas por galenos titulados, se debe decir que esta publicación pretendió encasillar a todo los tratamientos alternativos a la medicina “de academia” dentro de la charlatanería. Además de pretender alertar a la población en torno a la sífilis, se intentó difundir la validez de únicamente un tipo de asistencia médica, por lo que se atacó todo tipo de servicios para la salud que daban médicos no titulados o titulados no pertenecientes a su gremio, considerándolos por igual como charlatanes. Algunas investigadoras han juzgado, al momento de estudiar el charlatanismo, que los argumentos de los médicos eran válidos, apelando a que efectivamente los médicos tenían técnicas científicas más eficientes.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Claudia Agostoni (2005b) menciona que era frecuente la figura del médico charlatán, pero que esto radicaba a la diversidad de médicos titulados, y no, que ofrecían sus servicios y no a que incluso su práctica médica no siempre estuviese estandarizada. “Parte de la explicación radica en la amplísima diversidad de médicos con o sin título legal para ejercer la profesión, quienes ofrecían sus servicios a un público que poseía un acercamiento ecléctico hacia la enfermedad y hacia los medios para restaurar la salud.” (Agostoni, 2005b: 105) Por ejemplo, en esta opinión queda la inestabilidad del conocimiento de la medicina en el público. “Es decir, las opiniones acerca de los médicos eran todo menos unánimes, lo cual denota que los médicos titulados y el Estado eran incapaces de imponer las normas,

La lucha contra los charlatanes por parte de un sector médico, más que estar basada en certezas científicas, estaba originada en las incertidumbres médicas, pues los médicos clínicos no tenían mecanismos para demostrar que sus tratamientos eran más efectivos. Pero también en que estos supuestos charlatanes no reducían su práctica a un único método, sino que incorporaban prácticas de otras tradiciones para atraer a los enfermos.<sup>84</sup> De hecho, la percepción de los enfermos era que los médicos clínicos eran los que lucraban con la salud de las personas ignorantes, sin curarlos y mandándolos al panteón en menos de un rosario. Un discurso que los médicos clínicos de esta organización reforzaron fue que mientras ellos daban tratamientos o curaciones sin ánimo de lucro (aunque sí de forma costosa, debido al precio de los fármacos); los charlatanes priorizaban su enriquecimiento. (Calderón, 1909, 1)

Los médicos de este grupo, o que coincidían con él, consideraban que se perdía —al no poder dar sólo una interpretación de la sífilis a los enfermos y sólo un tipo de tratamientos— la “oportunidad para la aplicación de una terapéutica racional y científica”. (Calderón, 1909, p. 1) Pero como hemos señalado, la noción de una terapéutica racional, homogeneizada, altamente efectiva y científica no estaba aún establecida en la medicina clínica, la cual funcionaba bajo otra lógica. El tratamiento científico que los médicos de la Sociedad buscaban era tener un control mayor y más estricto de los efectos de los fármacos sobre las personas y de la evolución en su diagnóstico, a fin de que ello garantizase la cura.

A diferencia de los grupos decimonónicos reglamentarista que defendía la vigilancia sanitaria sólo de las prostitutas o higienistas —que fomentaba el aislamiento sólo de enfermos infecto-contagiosos —, se comenzó a extender la idea de que deberían existir servicios de asistencia médica gratuita para todos los enfermos de sífilis en general, la cual debería incrementarse poco a poco. La Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral aplaudió en

---

prácticas y discursos de la medicina titulada sobre otros géneros de curadores, o de imponerse sobre el público consumidor de servicios médicos.” (Agostoni, 2005b, p. 115)

<sup>84</sup> Por ejemplo, Guillermo Prieto registró prácticas en torno a la salud de mediados del siglo XIX que hablan de las múltiples maneras de relacionarse con profesionales de la salud y con otros sujetos dedicados a la sanación que aún estaban vigentes en las primeras décadas del siglo XX: “Yo recuerdo sólo los famosos componedores de huesos que a tirones curaban torceduras y luxaciones, los medicamentos subrepticios contra las enfermedades ocultas, las habas de San Ignacio, atole del Padre Verdugo, pepitas para la solitaria y yerbas exquisitas para orina, entuertos, cáncer y mal de corazón.” (Prieto, 2011, p. 183) O las relaciones con otros profesionales de la medicina como los boticarios: “En un extremo del mostrador despachaba sus consultas; le llevaban niños tísicos, granos obstinados, dedos incurables y chicas de dudoso diagnóstico y ...¡aquello era una gloria!” (Prieto, 2011, p. 185) O la idea de recibir consultas gratis de otros profesionales de la salud: “Había en las boticas de mis tiempos la piadosa costumbre de dar medicinas gratis a los pobres, mientras duraba el toque de ánimas a las ocho de la noche”. (Prieto, 2011, p. 185)

1909 las medidas que había tomado la Junta Española de Beneficencia en apoyo a la lucha contra las enfermedades venéreas. Ese año la Junta había abierto un dispensario público gratuito exclusivo para hombres. (González, 1909, p. 2) Desde el primer registro de prostitutas hasta 1900, los inspectores de sanidad habían remitido a las prostitutas a espacios del Palacio Municipal y, de ahí, al Hospital Morelos, por lo que no existía un espacio específico para el tratamiento público de la sífilis para hombres.<sup>85</sup> En 1900 se había creado la Inspección de Sanidad en la calle Tolsa, no. 48, en donde estuvo el Dispensario Central para Mujeres. Pero los espacios de atención a enfermos de sífilis, que no fuesen prostitutas, estaban dispersos en los diferentes establecimientos del Consejo Superior de Salubridad. (Soto, 1949, pp. 143-144)

En palabras del médico Jesús González Ureña, la Junta Española de Beneficencia había dado una muestra de altruismo en abril de 1909, al inaugurar en “la casa número 11 de la primera calle del Salto del Agua” un consultorio “para la asistencia de enfermos insolventes venéreo-sifilíticos, especialmente obreros”, lo cual esperaba fuera una muestra para otras instituciones de salud privada y para las autoridades públicas. En este espacio nunca se planteó la hospitalización y la terapira ambulatoria de los hombres que acudieran a él. (González, 1909, p. 2)

Se compone de tres piezas principales, además de las dependencias indispensables: una sala de espera, una de consultas y operaciones y otra destinada á servir para reposo temporal de enfermos que lo necesiten tal vez después de alguna operación. Todas estas salas, que están iluminadas con luz eléctrica cuentan con su dotación completa de aparatos, instrumentos, medicinas, mobiliario, etc., necesarios en un consultorio de la naturaleza del que describimos. Las consultas, que se darán exclusivamente para hombres, serán diarias, de las siete á las nueve de la noche, á fin de que puedan asistir á ellas los empleados, los trabajadores enfermos, sin necesidad de distraerse de sus labores. (Anónimo, 1909a, p 4)

En cuanto al ataque a la difusión de los autotratamientos, este estuvo ligado con controlar el conocimiento de productos para la salud que pudieran tener usos considerados inmorales. No sólo consideraban los médicos clínicos —simpatizantes con la moralización de la medicina y de las enfermedades venéreas— que los enfermos consumirían productos que permitirían que su enfermedad progresase, sino que usarían productos que les permitiesen continuar con sus prácticas insanas, como los preservativos o las pastillas anticonceptivas. El médico Everardo Landa<sup>86</sup>, perteneciente a esta sociedad, contó que durante sus visitas a hoteles,

---

<sup>85</sup> Algunas autoras (Rivera-Garza, 2001) señalan que los enfermos sifilíticos eran enviados al hospital psiquiátrico La Castañeda. Esto es verdad, pero no ocurría con los enfermos con manifestaciones sifilíticas primarias o secundarias, dermatológicas u otras, sino con pacientes en un estadio terciario.

<sup>86</sup> Everardo Landa estudió en la Escuela Nacional de Medicina, fue practicante del Hospital de San Andrés. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1910. En 1933 obtuvo el grado de doctor en Ciencias Médicas en la

boticas y restaurantes encontró toda una serie de folletos que promovían “óvulos antifecundantes” y óvulos preventivos de enfermedades venéreas, los cuales se solicitaba por correo y eran enviados a domicilio. No pudo saber de ellos la composición de los mismos, pero, de acuerdo con la información de sus empaques, parecían ser sustancias antisépticas:

Debo advertir que los referidos óvulos son caros y que ignoro a dónde los venden, pues la “Compañía Preservativa de Enfermedades” (Disease Preventive Co.) no tiene despacho destinado para el público, según me dijo en una de las cartas, y me los envió con un hombre del pueblo, verdadero atleta al mismo tiempo que litocéfido.

Los óvulos de seguridad, como también les llaman, tiene excipientes diversos, pero son preferibles en concepto de algunos, los de glicerina, gomas o gelatinas. No son tan eficaces para el objeto que se les destina. Los óvulos a que me he referido lo tienen de grasa.” (Landa, 1910, p. 5)

Por ello, para estos miembros era necesario detener la difusión de esta publicidad no sólo por los efectos sobre la salud de los enfermos sino por la apertura a otro tipo de prácticas sexuales y reproductivas que possibilitaban. En cuanto al uso de productos para la salud de origen vegetal, se consideraba que los enfermos abusaban diariamente de estos productos que “pretenden curar las impurezas de la sangre, con sólo aplicarse, según las instrucciones de un Prospecto por demás llamativo y pomposo, pero altamente perjudicial [...]” (Calderón, 1909, p. 1) Asimismo argumentaban que no sólo era la ignorancia la que les hacía abusar de estos productos, sino “una economía ilusoria” y “un pudor y la vergüenza mal comprendidos”, pero también por la promesa de que la infección “producida por el microbio de la sífilis” podía curarse radicalmente, pues incluso la eficacia del tratamiento estaba asegurada. Lo cual los médicos clínicos no podían prometer a sus pacientes. (Calderón, 1909, p. 1) Así, se atacaron todo tipo de prácticas paliativas y curativas que no estuvieran bajo la supervisión de un médico titulado. Pero a la vez se fue creando la noción de que el enfermo, al consumir estos productos, era el culpable del progreso de su padecimiento, pues al recibir el “tratamiento general apropiado”, los pacientes iban al seno de su familia o “comunidad social a esparcir su enfermedad. (Calderón, 1909, p. 1)

Por otro lado, estimo que el ataque a la publicidad médica y al uso de cosméticos para ocultar afecciones dermatológicas causadas por la sífilis, no siempre estuvo relacionado con una preocupación sanitaria. Al atacar el consumo de los productos ofertados en esta publicidad, se

---

Universidad. Fue profesor de la Escuela Nacional de Medicina. Trabajó como investigador en el Instituto Médico Nacional. Trabajó en una beneficencia privada en el área de Maternidad. Fue Jefe del Servicio contra las Enfermedades Transmisibles y de Sanidad. Perteneció al Departametro de Propaganda y Educación Higiénica. Se declaró católico ferviente, “tenía entre sus libros numerosos estudios” de orden religioso y era “un gran admirar de San Francisco de Asís”. (Treviño, 2014, pp. 313-316)

atacaba también la idea de un consumo igualitario. Ya que los productos ofertados lo mismo eran consumidos por gente con recursos económicos que por gente pobre.<sup>87</sup> El argumento de que era la ignorancia la que hacía que los pobres consumiesen productos milagros es insuficiente; es más factible que los enfermos optasen por los paliativos ofertados en la prensa debido a que con ellos tenían una mayor regulación de la percepción de su salud y de su cura, que con un tratamiento químico (como el mercurial o el de yoduro de potasio) que podía generarles la percepción de un daño mayor, por los efectos que provocaban.

En cuanto a la difusión de preceptos higiénicos para evitar el contagio de la sífilis, se estimaba que no existía la difusión suficiente de todas las formas en que podía verificarse un contagio directo. Los médicos de *La Cruz Blanca* difundieron recomendaciones que ya se habían dado al interior de los campos militares. Consideraba que la población debería saber que todos “los objetos de uso corriente” podían ser contaminados [...] y servir de medio de transmisión [...] de la sífilis. Por eso se debería tener cuidado especial en la limpieza profunda de “utensilios de alimentación y servicio de mesa”; en los objetos “de fumador” —como “boquillas, pipas, corta-puros” —; en objetos de tocador e higiene como esponjas, cepillos de dientes, navajas de afeitar, cánulas, ropa de cama o retretes; en objetos que se llevaran fácilmente a la boca como “lápices, cortapapeles, plumas de escribir, papeles engomados, monedas, tubos acústicos”, entre otros; en herramientas e instrumentos profesionales como “tubos fundidores de vidrio, sopletes, boquilla de los instrumentos músicos de viento, etc.”; en instrumentos quirúrgicos como “depresor lingual, espéculum, monda de Itor, sondas para el cateterismo vesical, instrumentos de dentista, bisturíes, lápices de nitrato de plata, escarificaciones, venosas escarificadas, vacunación, sangría”, etc., (Portillo, 1909, pp. 2-4)

Además se puso especial atención a abandonar la costumbre de besar a los niños o besar en la boca. Los besos fueron descritos como peligrosos pues se consideró que desde la gripe hasta la tosferina podían ser transmitidas por este medio. Se creyó que era necesario que la gente conociera los peligros que residían en la saliva, pues una caricia ingenua podía ser motivo de desgracias futuras. “A los médicos corresponde poner en guardia a las familias contra este

---

<sup>87</sup> Katherine Bliss señala que los médicos acusaban a las enfermas de sífilis, principalmente a las prostitutas, de usar cosméticos para impedir que los médicos notaran sus defectos físicos. (Bliss, 2003). Pero si uno recuerda las narraciones costumbristas de finales del siglo XIX, por ejemplo de José Tomás de Cuéllar (1976), había un ataque a que las mujeres usaran cosméticos porque así, según el autor, se disfrazaban de una clase social a la que no pertenecían, incluso atacaba el uso de vestimenta que él consideraba no les correspondía.

peligro. Que declaren la guerra al beso indiferente dado a un niño como acto de cortesía. Que enseñen a todos los enfermos sífilíticos y tuberculosos, el peligro que entraña su menor caricia.” (Martínez, 1909, p. 6) Finalmente, en cuanto a los preceptos morales, estos se difundieron como la única vía segura de prevenir la sífilis. Se consideraba que debido a que tanto el diagnóstico como los tratamientos eran muy inciertos, la mejor vía de preservar la salud sexual era guardando una conducta sexual intachable. Por ello era necesario promover un modelo de “alta moralidad”, consistente en reducir el número y la frecuencia de “relaciones sexuales irregulares”. Pues, los otros métodos “propios del malthusianismo” (se referían al uso del condón o de anticonceptivos) convertían a la sífilis y a las enfermedades venéreas en “inofensivas desde el punto de vista exclusivamente sanitario”, pero no desde el que le interesaba a esta sociedad. (Cícero, 1908a, p. 2) Este grupo de médicos, así como el de las autoridades sanitarias, incrementaron el énfasis entre las manifestaciones sífilíticas y el contagio por vía sexual, y aún más por contagio por vía sexual pre y extramarital. Aunque en este momento no existiesen pruebas microscópicas contundentes de que sólo a partir de las relaciones sexuales era posible el contagio, el grupo lo asumió así.<sup>88</sup>

De esta suerte, este grupo médico promovió que la moral fuera medible en términos de conservación y preservación de la salud. Ellos tenían así un deber hacia los enfermos y los enfermos hacia su salud. Para esta organización “la conservación de la vida” era un deber, por lo que conservar la salud o restablecerla, cuando se hubiese perdido, debería ser una obligación moral. La idea de que permanecer sano era un deber individual, puesto que esto propiciaría la felicidad colectiva, se relacionó con el deber de los ciudadanos hacia “sus semejantes” y hacia “su descendencia”. (Calderón, 1909, p. 2) Esta noción de preservar la salud ya estaba presente en la prensa cotidiana y, principalmente, en los anuncios de productos vegetales para la salud desde finales del siglo XIX. En ellos es posible observar la figura de un consumidor en búsqueda

---

<sup>88</sup> Michel Foucault en *La historia de la sexualidad* (2005), consideraba que a finales del siglo XIX hubo una intensificación del interés médico por lo sexual, no significaba esto que todos los fenómenos sobre la sexualidad no existieran con anterioridad sino que el discurso médico los instauró en los discursos de la enfermedad y la medicalización, es decir, “[...] definió nuevas reglas para el juego de los poderes y los placeres; allí se dibujó el rostro fijo de las perversiones.” (Foucault, 2005:62) Además, argumentó que la práctica médica “se definía como una instancia soberana de los imperativos de higiene, uniendo los viejos temores al mal venéreo con los temas nuevos de la asepsia, los grandes mito evolucionistas con las recientes instituciones de salud pública; pretendía asegurar el vigor físico y la limpieza moral del cuerpo social; prometía eliminar a los titulares de taras, a los degenerados y a las poblaciones bastardeadas. En nombre de una urgencia biológica e histórica justificaba los racimos de Estado, entonces inminentes. Los fundaba en la «verdad »”. (Foucault, 2005, p. 68)

de su felicidad, la cual estaba ligada a mejorar no sólo su aspecto físico y su salud, sino sus condiciones materiales de vida.<sup>89</sup> Las campañas y discursos morales relacionaron la noción de prevención de la sífilis con la noción de la regulación de la vida sexual como modo de preservar la salud y la reproducción. Así, el sujeto enfermo de sífilis se convirtió no sólo en el responsable de portar la enfermedad sino de transmitirla.

Durante el periodo de publicación de *El amigo de la juventud* (1913-1923), la Sociedad de Profilaxis Moral y Social intentó difundir prácticamente los mismos preceptos, pero se sumaron otros como el del contagio nutricional; la eficacia de los tratamientos farmacológicos y la propuesta de promover la educación sexual. Sobre la infecciosidad de “la leche de las mujeres sífilíticas”, se intentó desterrar una práctica entre las clases altas. En esta revista se publicaron artículos extranjeros relacionados con las infecciones de sífilis de niños a través de la leche de sus nodrizas. Se consideraba que esta práctica provocaba la muerte de un gran número de infantes entre estas familias: “tratándose de la lactancia mercenaria, porque el hijo de una madre sífilítica nace por regla general ya atacado de sífilis. Importa pues, aunque no se posean datos precisos para saber cuán grande es este peligro, doblar la atención en la elección de una nodriza y desechar principalmente todas aquellas cuya sangre dé una reacción de Wassermann positiva.” (Uhlenhuth y Mulzer, 1913, p. 1) Esta noción de desechar a una trabajadora por dar positivo en una seroreacción sería después trasladada a otros oficios como los de panadero, mesero, cocinero, dependiente de una tienda y otros.<sup>90</sup> También generó que en el Código Penal de 1929 estuviera penado el contagio nutricional. (Rivera-Garza, 2001; Zavala, 2015)

La difusión de la inestabilidad de los tratamientos farmacológicos sirvió a esta asociación para difundir preceptos morales hacia 1915. En ese momento se insistió en que la

---

<sup>89</sup> Se considera que la publicidad no sólo fomentó la idea de consumir, sino de tener derecho a consumir, por lo que la publicidad promovió una nueva ética ciudadana, en donde el sujeto era un agente económico. (Colin, 1996, p. 19) Como agente económico debería aspirar a tener un mayor consumo, lo que significaría una mejora en su bienestar. Lo que estaba consolidándose era una nueva moral económica en donde el sujeto debería poder tener acceso a bienes de consumo y en este residiría su valoración social. El consumo así se convirtió en un símbolo de igualdad que se basaba en la posibilidad previa de producir. (Colin, 1996)

<sup>90</sup> Hacia 1930, de acuerdo con la expedición del *Código Sanitario* de 1927 los médicos deberían denunciar casos de enfermos que se negaran a recibir tratamientos antisifilíticos. Esta obligación se extendía a los patrones y a los jefes de oficinas, empresas o negocios. De esta manera, padecer sífilis podía ser un motivo de pérdida del trabajo. Por ejemplo, el propietario de una panadería pidió a las autoridades del DSP, mediante una carta, que en cumplimiento del artículo 106 del Código Sanitario acudiesen a revisar a sus trabajadores, para saber si los tenía que enviar a tratamientos forzosos o despedirlos, ya que varios de “los dependientes que tengo a mi mando están enfermos de GONORREA”. Este tipo de sospechas y delaciones hacia los trabajadores de diferentes dependencias fueron comunes en la década de los treinta. (AHSSA, Fondo SP, Sección IAV, Caja 3, Ex. 14, 1930)

forma en que se habían practicado en Europa y Estados Unidos habían variado tanto sin lograr obtener un amplio margen de certidumbre. Esto sirvió para reforzar la defensa de la abstinencia sexual y la monogamia sexual como métodos preventivos. Pero en sus últimos números se difundió la noción de que había varias terapias alternativas que si bien no curaban la sífilis de manera inmediata, le ponían trabas al progreso de la enfermedad:

Tres son los medicamentos a los que se ha reconocido acción específica contra la sífilis: el mercurio, el yoduro de potasio y la arsfenamina, o de modo más general; los mercuriales, los yodurados y ciertas formas especiales de arsenicales orgánicos. A ellos hay que añadir desde hace poco las sales de bismuto, en particular el tartrobismutato doble de potasio y sodio (trépol), cuya introducción en la terapéutica es demasiado reciente, por lo que aunque se ha mostrado eficaz, no hago más que mencionarlo.

Muchas víctimas causó a no dudarlo el mercurio usado de modo tan brutal; pero su desaparición del campo de la terapéutica de la sífilis es prueba segura de que se apreciaba su eficacia por los verdaderos hombres de ciencia [...]. (Cícero, 1922, p. 2)

Este viraje en algunos de los artículos de esta revista generó la percepción de que los tratamientos antisifilíticos estaban perfectamente estabilizados. De esta manera surgieron reacciones por parte de lectores y autoridades anónimas que exigían a la revista no difundir conocimientos científicos que quitasen el miedo a la población en torno al contagio de esta enfermedad. Ante este tipo de acusaciones, los editores de la revista incluso tuvieron que eliminar la “Sección de consultas”. En esta sección se publicaban supuestas cartas llenas de preguntas en torno a la sífilis como: será que esas llaguitas que tiene mi hijo en el labio son manifestaciones sifilíticas (Amicus, 1914a, p. 3); será que mi prometida, una señora enviudada, tenga sífilis, ya que su anterior esposo murió de esta enfermedad (Amicus, 1913, p. 3); entre otras, en donde daban información en torno a los tratamientos más actuales e incitaban a los lectores a siempre acudir con un médico titulado.

Ante las reclamaciones de que se estaba dando información de más, el articulista respondió que siempre se tenía presente que el periódico podía “llegar a manos de las señoritas, de los niños” y por eso se abstenían de “publicar todo lo que pudiera despertar en ellos una curiosidad malsana o comunicarles un conocimiento nocivo” (Amicus, 1914b, p. 3) Por otra parte, ofrecía disculpas por no haber incluido artículos que considerasen a la sífilis una enfermedad hereditaria. Recomendaba a los lectores no sentirse ofendidos con la información que él daba y a considerar que en caso de tener hijos con sífilis, estimasen que esa enfermedad se la habían heredado ellos aunque no tuvieran “signo alguno de la enfermedad”. Esto, añadía, no debería de ser motivo de culpa, pues los niños heredaban estos padecimientos incluso de los

abuelos. (Amicus, 1914b, p. 3) Estos descontentos de los lectores dejan entrever que la vinculación de las manifestaciones sifilíticas con una enfermedad de transmisión sexual molestó al público y se generó la percepción de que los médicos y articulistas de esta revista estaban dando información impertinente. No sólo la relacionada con la prevención e higiene de las enfermedades venéreas, sino también la vinculada con la vida sexual y reproductiva, o la que cambiaba el estatus de la sífilis de enfermedad hereditaria a sexual

Puede que una de las molestias principales en cuanto a la educación sexual en general haya sido que se insistió en que ésta debería ser dirigida por gente profesional en el área médica y no por los padres de familia o los “criados”, puesto que al no ser especialistas en temas sexuales, siempre respondían a las preguntas de los niños con reprimendas: “[...] cualquier explicación inexacta de un fenómeno, sea cual fuere su naturaleza, es perjudicial, pero lo es todavía más en asuntos sexuales y sin que el niño lo quiera, porque viene a despertar su curiosidad sobre un asunto que desde sus principios ha nacido desfigurado en su imaginación.” (Alfonso, 1913, p. 2) De hecho, en esta misma sección, algún lector pidió al articulista que manifestase si la sociedad profiláctica en su conjunto se inclinaba por la educación sexual o no. A lo que el articulista respondió: “aunque muchos de los socios (creo que la mayor parte) son partidarios de que se imparta dicha educación, hay algunos que no lo son.” (Amicus, 1914c, p. 3) Defendía que no se pretendía “destruir la inocencia” de los niños, sino que estos pasaran a la pubertad sin ignorar el “papel genésico de sus órganos sexuales”; consideraban que lo que estaban haciendo era “sustituir la enseñanza criminal que reciben los niños, de los criados perversos, de otros niños ya viciosos o de personas imprudentes” por una enseñanza “más sencilla, más razonable, desprovista de gestos impúdicos y de palabras indecentes”. (Amicus, 1914c, p. 3) La educación sexual, afirmaba otro autor, evitaría que las personas tuvieran “contactos impuros” y promovería “la abstinencia antes y la castidad durante el matrimonio”. La sífilis sería así “desterrada de los hombres morales y castos”. (Escalona, 1915, p. 1)

Es innegable el interés que lograron suscitar las publicaciones de la Sociedad de la Profilaxis Social y Moral, pero también no se puede obviar que generaron rechazo de una parte de los grupos populares como de la élite. Se consideró que las publicaciones de esta sociedad habían servido para difundir toda una serie de nuevas nociones en torno a la sífilis y a la salud sexual, pero que, a la vez, habían transgredido ciertas barreras morales. Esto provocó que se presionase a los editores para que ciertas secciones o contenidos fueran eliminados. La “Sección

de consultas”, una de las más cuestionadas por su formato basado en la publicación de cartas de los lectores, desapareció en 1915. Ante este tipo de presiones, es evidente que la revista tendió con el paso de los años a incluir mayor contenido moral a través de cuentos, brevariarios históricos y poemas. En 1923 apareció el último número de *El amigo de la juventud*.

Mientras ocurría esta campaña y las autoridades posrevolucionarias tenían discusiones sobre cómo organizar la salud pública, los médicos que laboraban tanto en instituciones públicas como consultorios privados introdujeron y promovieron, en la década de 1910 a 1920, el uso de los arsenicales a la terapéutica de la sífilis. Algunos médicos fueron adquiriendo experiencia en la aplicación de tratamientos con arsenicales y notaron que lo que se anunció como la “bala mágica” y la “cura radical” de la sífilis eran todavía lejanos. El acompañamiento del tratamiento con la prueba microscópica sería lo único que podría confirmar que el tratamiento funcionaba. Citando un trabajo de *Le Progrés Medicale*, publicado por Constantin Levatidi y M. Latapie el 4 de noviembre de 1910, José Gayón señalaba que la intención de todo tratamiento era volver la prueba de Wassermann negativa, pero el uso del “606” por poco tiempo no la tornaba negativa y menos cuando no se auxiliaban del uso del mercurio, por lo que el mote dado al 606 de “bala mágica” era inexacto (Gayón, 1912, p. 556)

En la misma publicación se decía que los médicos franceses Fernet y Mlle. Ettinger habían disminuido las dosis de arsenobenzol para “evitar los graves accidentes que se han observado con relativa frecuencia.” (Gayón, 1912, p. 555) Esos médicos franceses consideraban que dependiendo de si el enfermo estaba en la etapa inicial o la secundaria debería modificarse el tratamiento. Si el paciente estaba en la llamada “sífilis primaria” recomendaban un tratamiento intensivo de arsenobenzol y de cianuro de mercurio: “tres inyecciones de Salvarsán de 0.30 centigramos para la primera inyección, y 0.40 para los dos siguientes dejando seis u ocho días de intervalo entre una y otra”; a los ocho días de la última inyección se aplicarían cada tercer día, de diez a doce, inyecciones intravenosas “de 1.50 centigramos de cianuro de mercurio”. (Gayón, 1912, p. 555) Mencionaba Gayón otras publicaciones alemanas en donde igualmente se registraba que la cura era posible sólo si se asociaba el salvarsán con el mercurio. Así, el *Deutsche Med. Weschenschr* publicaba el procedimiento del profesor Krieblich de la Universidad de Praga:

En los enfermos que solo presentan el sifiloma primitivo con pléyade ganglionar concomitante, y cuya suero-reacción de Wassermann es todavía negativa, se practica, siempre que sea posible, la excisión[sic] del chancro y una intra-venosa de Salvarsán (0.40 a 60 centigramos), y después

de varias inyecciones intramusculares de 0.10 centígramos de calomel en 5 gramos de aceite de sésamo.

En los enfermos cuya reacción de Wassermann es ya positiva, no hace ya la excisión[sic] del chancro y los ganglios inguinales, sino que se instituye desde luego el tratamiento ya indicado con el arsenobenzol y el calomel.

Todos los enfermos del citado Profesor observados después de un año han quedado libres de manifestaciones secundarias, y en la mayor parte de ellos la suero-reacción de Wassermann ha quedado francamente negativa. (Gayón, 1912, p. 556)

Sin embargo, en esta década los médicos seguirían enfrentándose a la imposibilidad de saber si el tratamiento era efectivo. En 1913 el médico Eduardo Lavalle, perteneciente a la Sociedad Médica “Pedro Escobedo” y también articulista de *El amigo de la juventud*, mencionaba que las reformas hechas al Hospital Morelos para hacerse cargo de las remitidas por la Inspección de Sanidad seguían sin cumplir con su cometido pues los médicos de ese hospital daban de alta a las enfermas sin estar curadas. (Lavalle, 1914, p. 324) En este sentido, se oponía a una tradición clínica que consideraba que la desaparición de las manifestaciones sifilíticas implicaba una cura. Se argüía que la labor de los médicos era cerciorarse de que la curación era efectiva y el mejor método de cerciorarse de ello era someter a las enfermas a tratamientos completos hasta por varios meses.

Si atendemos ahora a las mujeres que padecen enfermedades graves y peligrosas (las otras no lo son), sería necesario tenerlas reclusas en observación durante varios años, para tener la seguridad de que no volverían a ser elementos de transmisión, pues una cosa es la desaparición temporal de las manifestaciones, y otra la curación definitiva. (Lavalle, 1914, p. 329)

Lavalle consideraba que el único método para obtener la seguridad de que las enfermas estaban curadas era que recibieran un tratamiento “mixto moderno, o sea el 606 y las inyecciones mercuriales”; el tratamiento debería durar “seis meses” y una vez curadas tendrían que tener revisiones constantes. Además, juzgaba que después de la curación deberían ser reducidas a “una cuarta categoría” para ya no permitirles dedicarse al mismo oficio. (Lavalle, 1914: 328) También Lavalle opinaba que el “Morelos” no necesitaba mejoras sino una demolición, para así transformarlo en un verdadero recinto hospitalario capaz de recibir tanto a hombres como a mujeres, pues la hospitalización de sólo mujeres y, en especial, de mujeres dedicadas a la prostitución le resultaba poco provechosa. (Lavalle, 1914: 328) Se puede considerar que el encierro de las enfermas de sífilis del Hospital Morelos hasta la década de 1919 estuvo más vinculado con cumplir las órdenes de la Inspección de Sanidad que con brindarles un diagnóstico clínico efectivo o un tratamiento completo.

Años antes, Lavalle ya había sugerido “crear instituciones especiales destinadas al tratamiento gratuito de las enfermedades venéreas”. Consideraba que darían mejor resultado las curaciones y los tratamientos “sin hospitalización obligatoria”, los cuales podrían extenderse a toda la población con “consultas nocturnas”; en consecuencia, “los obreros, empleados, hombres y mujeres de trabajo general” podrían asistir y los médicos aprovecharían la oportunidad para darles a conocer “la higiene de los sexos”. (Lavalle, 1908, p. 317)

No es cierto que la sífilis se cure definitivamente, pero está probado que los sífilíticos que se someten a una medicación científica, es excepcional que sean víctimas de las formas graves de la enfermedad. Los llamados médicos que ofrecen curar la sífilis en pocos días, son charlatanes, mentirosos y explotadores de la ignorancia de los enfermos. (Lavalle, 1908, p. 331)

Sabemos que los lotes de arsenicales adquiridos por las autoridades gubernamentales fueron probados en el Hospital Morelos. En 1919, el director de este recinto, solicitó al médico de la Sala “Robredo”, Manuel López Espino, que informase sobre la efectividad del Neorsaminol y del Salvarsán Americano. Estos fármacos habían sido adquiridos por el director de la Fábrica Nacional de Armas en Japón y se le habían ofertado al gobernador de la ciudad de México “200 dosis de (New Salvarsan) New Arsaminol”. El gobernador, para decidir si comprarlas o no, pedía al director del Hospital Morelos su opinión. Al hospital llegaron para ser probadas “en bulto por separado, tres paquetes pequeños de cartón que” contenían “ampolletas de Neoarsaminol”. (AHSSA, BP, HP, HM, Caja 14, Exp. 13, 1919) En este sentido, coincido con Rivera-Garza (2001) de que el Morelo fue un laboratorio y que se experimentaron en el cuerpo de las mujeres tratamiento de los cuales se desconocía su funcionamiento.

Del Neorsaminol se reportó que -a pesar de no haber contado con las dosis suficientes para considerar que se había aplicado un tratamiento adecuadamente- su efectividad se mostraba al provocar la desaparición de los síntomas de accidentes secundarios y terciarios de la sífilis con las primeras aplicaciones. Su preparación era sencilla y no había provocado accidentes tóxicos. Del Salvarsán Americano se explicó que su administración no había sido constante y que aunque mostraba un resultado satisfactorio, la mejora en el estado de las enfermas era mínima. Además su preparación era más complicada y se habían presentado “trastornos generales (dolor de cabeza, náuseas, carofrio[sic], elevación de la temperatura”. (AHSSA, BP, HP, HM, Caja 14, Exp. 13, 1919)

De la misma manera, se pidieron informes al director del Hospital Morelos sobre el salvarsán “Mets”, cuya escueta respuesta fue que se mostraban resultados satisfactorios.

(AHSSA, BP, HP, HM, Caja 14, Exp. 26, 1919) Este ejemplo nos permite ver que la forma de adquisición del salvarsán y neosalvarsán se hizo con particulares, con medicamentos que no siempre se conocían y con lotes pequeños que no siempre servían para conocer del todo el funcionamiento del fármaco. Por otro lado, la concepción del conocimiento de la enfermedad a través del testimonio del enfermo o de la cura a partir de la desaparición de las lesiones visibles se fue desplazando.

A la inestabilidad de los tratamientos con arsenicales y mercurio, se sumaron los tratamientos con bismuto. En 1922, el bismuto fue introducido por Constantine Levaditi y Robert Sazerac en los tratamientos antisifilíticos.<sup>91</sup> Posteriormente, en la década de los treinta, fueron introducidas las sulfanilamidas.<sup>92</sup> Paul Ehrlich había desarrollado la teoría de que los fármacos “eran reconocidos por receptores específicos en el organismo”, posteriormente J. N. Langley propuso que las drogas actuaban en “una «sustancia receptiva» que no era nervio ni músculo”. (Iversen, 2001, p. 17)

Ehrlich postuló la existencia en las células de unas << cadenas laterales específicas >> a las que denominó receptores, con una estructura química y estética singular, que sólo podían combinarse con anticuerpo que poseyeran química y una forma adecuada. Imaginó la existencia de un sistema estereoespecífico entre fármaco y receptor, que gráficamente definió como un sistema “llave-cerradura”. Posteriormente observó que pequeños cambios en la estructura química de los productos antiparasitarios afectaban de manera notable a su potencia de acción y a su toxicidad frente al huésped. Estos hallazgos confirmaron la validez del concepto de receptor y fueron el punto de partida para obtener agentes quimioterápicos capaces de unirse específicamente a los receptores del germen patógeno. (González, 2005, p. 182)

Según Jesús González (2005), los trabajos de Ehrlich guiaron las investigaciones a considerar que “las acciones de los fármacos” fueran “consecuencia del establecimiento de interacciones físicoquímicas en sitios de acción definidos”. (p. 182) Esta idea fue corregida años más tarde, pues las investigaciones con otros fármacos mostraron que estos tenían un sitio de acción generalizado, que eran rápidamente eliminados del cuerpo y que su mecanismo de acción

---

<sup>91</sup> “Se intentó la vía oral, rectal, subcutánea, pero la única vía aceptada fue la intramuscular. El tartrobismutato de sodio y potasio se utilizaban por su baja toxicidad. No era sustituto de la arsfenamina sino que se utilizaban en combinación con aquella. Era valioso para la sífilis tardía visceral, cardiovascular y neurosifilis y para tratar recaídas e infecciones resistentes” (Leitner et al, 2007, p. 14)

<sup>92</sup> “En 1932, el bacteriólogo germano Gerhard Domagk descubrió que la tintura roja Prontosil era activa contra infecciones por estreptococos en ratones y seres humanos. Poco tiempo después, los franceses mostraron que el agente antibacteriano activo del Prontosil era la sulfanilamida. En 1936, el médico inglés Leonard Colebrook y colegas proporcionaron una abrumadora evidencia de la eficacia tanto del Prontosil como de la sulfanilamida en la septicemia (infección en el torrente sanguíneo) por estreptococos, abriendo de esta manera la puerta a la era de la sulfonamida. Con sorprendente rapidez, Domagk y otros produjeron nuevas sulfonamidas, muchas de las cuales tenían una gran potencia y un rango antibacteriano más amplio, o bien menor toxicidad.” (Iversen, 2001, p. 19)

debería en algunos casos ser acelerado o retardado. En 1929, el médico Esteban Pous Cházaro<sup>93</sup> recomendaba el uso del bismuto sólo o acompañado. Contaba que en un viaje por España, el médico Gregorio Marañón le había compartido los resultados de algunos estudios con bismuto y otros fármacos que había hecho el doctor Jaime Peyrí, del Departamento de Dermatología y Sifilografía de Barcelona, los cuales habían sido publicados en su “Manual de enfermedades intersexuales”. En ese manual Peyrí no admitía “la existencia de catalizadores específicos, que lo fuesen sólo de una reacción y no había, por lo tanto, medicamentos útiles para únicamente una infección”; por consiguiente, los arsenicales, el mercurio, el bismuto, el yodo y el azufre eran útiles para tratar varias infecciones. (Cícero, 1931, p. 411) No sólo se enfrentaban los médicos, químicos y laboratoristas al problema de cómo usar los fármacos —de que los fármacos no estuvieran alterados, de establecer un tratamiento—, sino al de entender cómo funcionaban realmente en el cuerpo.<sup>94</sup>

El avance en las investigaciones de los fármacos dio como resultado que, para el caso de la sífilis, la cura no sólo se basará en la aplicación del fármaco de una forma ordenada, sino en el conocimiento de sus mecanismos. El médico Peyrín señalaba que había un momento en el que todos los medicamentos antisifilíticos desarrollados hasta ese momento provocaban una “fatiga” y dejaban de tener efecto. El mercurio, los arsenicales y los bismutos provocaban un “cambio mecánico en la sangre”; esto hacía, según su interpretación, que algunas veces la reacción de Wassermann se tornara negativa sin que esto significara una cura. Por ello recomendaba practicar el test de Wassermann alejado de las inyecciones de metales, es decir, una vez pasado cierto tiempo desde la aplicación de las inyecciones arsenicales o mercuriales. Ese efecto se debía a que “la introducción del hidroximetálico catalizador” provocaba la formación de “iones positivos e hidrógeno”; frente a la reacción “ión hidrógeno” del cuerpo se buscaba que hubiese una reacción

---

<sup>93</sup> Estebán Pous Cházaro ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1925. Tuvo cátedras en el Cuerpo del Colegio Militar y fue presidente del Patronato Nacional del Monte de Piedad. (Anónimo, 1944, s/p)

<sup>94</sup> José González resume que Claude Bernard en sus *Lecciones sobre los efectos de las sustancias tóxicas y medicamentosas* (1857) había indicado la unidad existente entre farmacología y los procesos fisiológicos y patológicos. Bernard analizó “la circulación interna del fármaco”, sus “procesos de metabolización intermediarios”, las “vías de excreción”, así como “los efectos farmacológicos locales y generales”. (González, 2005, p. 180) Georges Canghilhem, quien estudió la obra de Claude Bernard y analizando sus propuestas, consideró que uno de los grandes cambios que hubo con la medicina clínica fue su capacidad práctica, la enfermedad deja de ser un ente inamovible y es un ente sobre el cual se puede actuar. Con el paso de la anatomía a la fisiología surgió “una teoría de las relaciones entre lo normal y lo patológico” en donde “los fenómenos patológicos” son “variaciones cuantitativas” en los organismos, en donde lo patológico es “designado” como “hiper o hipo”. (Canghilhem, 1971, p. 20)

“ión hidróxilo” para continuar con el tratamiento. (Cícero, 1931, p. 413) De esta manera, la explicación de Peyrín presentaba una relación más compleja entre el cuerpo, el tratamiento y las pruebas diagnósticas microscópicas para comprender la cura:

Los compuestos no metálicos es necesario que hagan su aparición; el yodo, las curas de azufre, sobre todo éstas, volverán a hacer posible la aceleración digestiva parental del parásito de la lues; después de haber esta convivido con los tejidos con la nula capacidad bacteriolítica digestiva de las micelas que lo rodean, haciendo posible una simbiosis que provoque una proliferación celular, que dé lugar a las formas terciarias y cuaternarias iniciales de la enfermedad; queremos decir con ello que nosotros consideramos el terciarismo como una consecuencia de la simbiosis del parásito con los tejidos y no por hiperalergias del tejido, ni virulencias especiales del parásito, como hasta aquí se había venido considerando. (Cícero, 1931, p. 413)

En México, desde 1921 se había propuesto el uso del bismuto para las terapias antisifilíticas. El médico V. Pardo Castello hizo referencia a la recomendación presentada en la revista norteamericana *Archives of Dermatology and Syphilology*. Ante el creciente número de accidentes por tratamiento con arsenicales y mercurio, la búsqueda de otros tratamientos alternativos así como la estandarización del número de aplicaciones y la cantidad de las dosis se convirtió en materia de discernimiento. (Pardo, 1925, p. 614) Al leer aquella publicación decidió comenzar a probar el fármaco:

Considerando los informes favorables de las publicaciones citadas, decidí probar el tartrobismutato de potasio y sodio y el yoduro de bismuto y quinina en el tratamiento de nueve enfermos, tres de ellos con chancro en el pene, cuatro con manifestaciones secundarias y dos afectos de lesiones terciarias.

El tartrobismutato resultó tan doloroso, que decidimos suspenderlo y emplear en vez de él, yoduro de bismuto y quinina. El enfermo presentó una estomatitis grave, comenzando a sangrar las encías después de la sexta inyección del tartrobismutato. Entonces comenzamos a emplear únicamente el yodobismutato. (Pardo, 1925, pp. 616-617)

Aunque en 1920 las consideraciones en torno al funcionamiento de los fármacos en el cuerpo no tuvieron mucho eco; estas, como ya vimos con la propuesta de Peyrín, se fueron incrementando y el funcionamiento físico-químico del cuerpo mismo fue adquiriendo relevancia dentro de los estudios farmacológicos. Al ser el cuerpo el espacio en donde se aplica el fármaco y querer saber el funcionamiento de fármacos en específico, se incrementó la importancia de que los cuerpos no hubiesen sido sometidos a tratamientos anteriores. En las investigaciones de algunos de estos médicos mexicanos sobre los tratamientos antisifilíticos se enfatizaba el hecho de que los enfermos no habían sido expuestos a otras sustancias farmacológicas por periodos cortos o largos y, por lo tanto, la información que habían obtenido a partir de las terapéuticas aplicadas eran más fiables que en aquellos casos en donde no era posible saber cuál era

efectivamente el valor terapéutico del fármaco, puesto que el paciente había pasado por múltiples tratamientos. V. Pardo Castello mencionaba que sus enfermos “no recibieron” anteriormente “mercurio, neoarsfenamina ni yoduro de potasio” y que de sus experimentos se podía saber que la “cura consistió en una serie de doce inyecciones”:

El análisis de la orina no demostró ninguna anormalidad en el curso del tratamiento. No hubo estomatitis, con excepción del enfermo a quien se aplicaron inyecciones de tartrobismutato. La cura consistió en una serie de doce inyecciones, seguidas de la práctica de la reacción de Wassermann, un período de reposo de diez días y una nueva serie de inyecciones, seguidas de nueva suerorreacción sanguínea; los enfermos recibieron de doce a treinta inyecciones. (Pardo, 1925, p. 618)

De los nueve enfermos que analizó, siete después de las doce inyecciones presentaron una reacción de Wassermann negativa, dos enfermos no mostraron avances y tuvieron que ser tratados con otras sustancias debido a la alta toxicidad que presentaron con la primera inyección. (Pardo, 1925, p. 618) Esta forma de entender la terapéutica era mucho más compleja que la presentada por otros médicos cuando hablaban de los arsenicales. En este caso el médico consideraba una posibilidad no vista antes, alcanzar la “cura radical” y regresarle al enfermo la pureza perdida. Esta pureza debería demostrarse con una prueba serológica. Así, en esta noción del tratamiento era preciso controlar el cuerpo sifilítico no sólo en cuanto a mantenerlo aislado para observar el progreso de los fármacos, sino también en cuanto a no contaminarlo con múltiples fármacos y descontaminarlo de enfermedades. Esto no sólo hablaba de la preocupación por fármacos adulterados, sino también un cambio en la forma de concebir los cuerpos enfermos como cuerpos que se contaminaban en la enfermedad y después con los tratamientos.

## 2.4 Los tratamientos antisifilíticos en los servicios públicos

La creación de dispensarios antivenéreos públicos para la población en general y no sólo para prostitutas se comenzó a discutir en 1918. En 1914 Venustiano Carranza había otorgado poderes extraordinarios en orden de salud “para evitar la invasión de cualquier epidemia” y había dispuesto que la Secretaría General de Hacienda y Crédito Público así como la Comandancia Militar facilitasen todo al Consejo Superior de Salubridad para crear un “servicio sanitario” en el puerto de Veracruz. (Álvarez, Bustamante y López., 1960, pp. 42-43) En 1915, como ya mencioné antes, una reforma a los artículos 159 y 227 del Código Civil en materia de matrimonio y divorcio disponía, en el primero, que eran impedimento para celebrar el matrimonio: “La

embriaguez habitual, la impotencia, la sífilis, la locura y cualquier otra enfermedad crónica o incurable, que sea además contagiosa y hereditaria”. Y en el segundo que eran causales de divorcio: “Ser cualquier de los cónyuges incapaz de llenar los fines del matrimonio, o sufrir sífilis, tuberculosis, enajenación mental incurable o cualquier otra enfermedad crónica o incurable, que sea, además, contagiosa o hereditaria.” (Álvarez, Bustamante y López, 1960, p. 43) Estos cambios en el código civil son una muestra de la importancia intensificada que se estaba construyendo en torno a la salud sexual y reproductiva.<sup>95</sup> En la Constitución de 1917 se estableció la creación del Departamento de Salubridad Pública (reformando el Consejo Superior de Salubridad) y se le dio a este organismo autonomía y capacidad de sujetar a otras instituciones en materia de salud, así como una función pedagógica. Así este Departamento debía instaurar una medicina preventiva y social, en donde las autoridades tanto federales como estatales y municipales deberían asegurar la salubridad y la asistencia médica. (Álvarez et al., 1960, p. 65)

Los médicos Ángel Gaviño Iglesias, Joaquín Huici y el licenciado Fernando Breña Álvarez presentaron el 3 de julio de 1918 un proyecto para combatir la sífilis al Departamento de Salubridad Pública. (Álvarez, Bustamante y López, 1960, pp. 111-112) En este proponían “1º Suprimir el foco, ya sea esterilizando al enfermo o bien aislándolo. 2º Suprimir el vehículo de contagio, y 3º Vacunar a los sanos para inmunizarlos”. (Álvarez, Bustamante y López, 1960, p. 117) Los doctores Manuel Cañas y Edmundo G. Aragón se opusieron tanto al punto dos como al tres; al dos porque para el caso de la sífilis, estimaban, la contaminación por utensilios era menor, puesto que “fuera del organismo” la espiroqueta perecía y al tres porque no existía la vacuna antisifilítica.<sup>96</sup> En cuanto al primer punto, consideraron que no era posible pensar en el

---

<sup>95</sup> Se ha estudiado que este cambio en los códigos civiles provocó una modificación en la percepción de los deberes familiares hacia el enfermo en general y el enfermo de sífilis en particular. Por ello varias mujeres, consideradas feministas por algunas autoras, iniciaron juicios de divorcio debido a que su marido era sifilítico. (Peña, 2019)

<sup>96</sup> Los acuerdos finales fueron una resolución de cinco puntos en donde fue descartado el aislamiento forzado a la población en general y se priorizaba la curación privada; se dispuso que la hospitalización pública sólo se practicaría cuando los pacientes no contarán con recursos económicos para pagar su tratamiento. Además de ello, se proponía la difusión científica de preceptos sanitarios en torno a la sífilis. “Resumen de las proposiciones presentadas por los doctores Manuel Cañas y Edmundo G. Aragón el 9 de julio de 1918: ‘1º Voto en contra de que se viole el secreto profesional, por causas de enfermedad u otra cualquiera; 2º Educación higiénica, persuasión de los médicos particulares para lograr la curación de sus pacientes de sífilis; 3º Amplia difusión de preceptos de higiene individual y colectiva, por parte de las autoridades sanitarias, y creación de servicios sanitario asistenciales en donde se imparta atención gratuita a los enfermos que no puedan costear sus tratamientos; 4º Vigilancia de la prostitución e incremento de las actividades de profilaxis, y 5º Importancia de que los blenorragicos sean considerados como enfermos aún más peligrosos, socialmente hablando, que los de sífilis o <<avería>>.” (Álvarez, Bustamante y López, 1960, p. 120)

aislamiento de los enfermos sifilíticos porque “el número de éstos es tan grande y su papel social tan considerable que era inimaginable siquiera en dónde podrían confinarse, cómo se subvendería su manutención y curación y cómo se repararían los daños que su segregación del agrupamiento social produciría”. En consecuencia, recomendaban al Departamento de Salubridad dejar el asunto en la “conciencia de los pacientes”, quienes no siempre tenían conocimiento suficiente para “diferenciar entre el mal y el bien”; por su parte, aconsejaban facilitar “gratuitamente la curación de los necesitados” para que fuese “la persuasión” del médico la que incitara al enfermo a “subvenir por sí mismo a su curación” (Álvarez, Bustamante y López, 1960, p. 117) Este proyecto coincide con la forma en que Foucault considera que el control sobre los sujetos en torno a la salud y otras reglas sociales ocurre. Una mayor capacidad de control se muestra al ya no tener que coaccionar a los sujetos, sino al construir sujetos disciplinados que tienen interiorizados los nuevos mandatos sociales, bajo los cuales ellos mismos rigen sus vidas.

Sabemos que hasta 1921 se inició en la ciudad de México el proyecto de dispensarios antivenéreos públicos, el tratamiento médico-clínico y médico-microbiológico a grandes grupos y la necesidad de consolidar un tratamiento único para todos. Esto incrementó la paulatina pérdida del tratamiento personalizado. En septiembre de ese año se creó el dispensario número 1 -bajo la dirección del médico Francisco de P. Millán-, en la calle Serapio Rendón. Según Zavala (2015), este atendía a “hombres, mujeres y niños”. Señala la autora, en 1928 ya había 7 dispensarios en el Distrito Federal y 12 en otras partes de la República. El número 2 se ubicaba en “la esquina de las calles Arcos de Belén y Balderas” e inicialmente estaba sólo “dedicado a varones”; el número 3, en la “calle Zaragoza 99” y atendía “hombres, mujeres y niños”, en él había “una sala de electricidad médica y de diatermia”; el dispensario número 4 estaba en “la calle Colombia 38” y era exclusivamente para mujeres; el dispensario número 5 en “la calle Agustín Melgar 31, para hombres, mujeres y niños” y había empezado sus servicios el 9 de marzo de 1924. (Zavala, 2015, p. 139)

El establecimiento de los dispensarios gratuitos era una promesa de atención a los enfermos de sífilis. Con este tipo de establecimientos se trataba de promover el servicio médico gratuito como más confiable que el servicio privado. Sobre la apertura de estos dispensarios, el 10 de octubre de 1925 en *El Universal* (Anónimo, 1925, p. 5) se anunció —en una de las tantas notas que promovían la labor del Departamento de Salubridad Pública— que aumentarían a

cinco el número de dispensarios para padecimientos antivenéreos, los cuales contaban “con todos los adelantos modernos” en donde el diagnóstico y el tratamiento serían infalibles.<sup>97</sup>

En 1926 se inauguró el dispensario número 6, localizado en la “calle Bolívar 152, para hombres, mujeres y niños”; en julio de 1927, el número 7 que estuvo en Coyoacán en “la Plaza de Santa Catarina 4”, también para “hombres, mujeres y niños”. (Zavala, 2015, p. 139); el dispensario número 8 -abierto el “24 de octubre de 1927”- atendía sólo a mujeres, tenía “sólo por personal médico femenino” y estaba ubicado “en la calle Ayuntamiento no. 70”. (Zavala, 2015, p. 140) El número de dispensarios de 1927 a 1938 se mantuvo en ocho en la ciudad hasta que en 1938 se creó el número 9; hacia “[...] 1940 los números 10, 11 y 12”; ese mismo año se reformó el dispensario anexo al Hospital Morelos, el dispensario “Dr. Adán Hernández”. Todos estos dependieron del Departamento de Salubridad Pública. En 1936 se había creado la Sección Técnica de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas, que cambiaría su nombre a Sección Coordinadora de la Campaña, de la cual estaba a cargo la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal. (Soto, 1949. pp. 143-144)

Todos los dispensarios continúan en la misma ubicación en que fueron establecidos, excepto el número 1, que se encuentra en la calle del Chopo número 131, el 5 que fue trasladado al número 52 de la calle de la Constancia, y el “Dr. Adán Hernández”, que se halla en la Avenida Hidalgo y callejón de San Juan de Dios.

Como partes integrantes e importantísimas de la Campaña Antivenérea figuran el Dispensario “Dr. Eliseo Ramírez” dependiente de la Dirección de Epidemiología, el Dispensario “Dr. Adán Hernández” situado en los bajos del Hospital Morelos y esta última institución. (Soto, 1949, pp. 146-147)

Hacia 1950 había 15 espacios públicos subvencionados por el gobierno para atender a los enfermos de sífilis en la ciudad de México y el Distrito Federal. El establecimiento de los primeros dispensarios en la década de los veinte marcó el inicio de los ensayos con tratamientos arsenicales gratuitos, es decir, se planeaba aplicarlos a todos los enfermos. Esto implicó un desafío para las autoridades mexicanas, pues se aplicaría gratuitamente un medicamento que era

---

<sup>97</sup> Sobre estos nuevos dispensarios se decía: “[...] se inaugurarán en esta ciudad cinco dispensarios montados de acuerdo con todos los adelantos modernos, dedicados especialmente al tratamiento, absolutamente gratis, de las enfermedades venéreo-sifilíticas. Aun no se determinan los lugares en donde los nuevos dispensarios deberán funcionar, lo cual se hará muy en breve, pudiendo de esta manera contar la capital con diez establecimientos de esta naturaleza, pues cinco están en actividad desde hace algún tiempo”. (Anónimo, 1925, p.5)

considerado caro y que pocas veces se había comercializado en grandes cantidades.<sup>98</sup> Además de ello, quedaba la duda sobre la fiabilidad del compuesto. Hasta 1920, desde la llegada de las primeras inyecciones arsenicales, los tratamientos se habían concentrado en el Hospital Morelos, en los dispensarios antivenéreos, en el Laboratorio Central del Departamento de Salubridad Pública, en el Instituto de Higiene, con menos asiduidad en el Hospital Militar, en el Hospital de maternidad e infancia, así como con farmacéuticos y médicos particulares.

Mientras se comenzó a generalizar el tratamiento abierto, gratuito y voluntario en los dispensarios y Hospitales de Higiene Infantil, se incrementó el tratamiento coercitivo y forzoso en el Hospital Morelos. En el *Proyecto de Reglamento del Hospital Morelos* de 1924 se señalaba que el establecimiento debía atender efectivamente a “enfermas con padecimiento venéreos y ginecológicos”, pero hacía una distinción importante, señalando que “de preferencia” se admitirían “las enfermas remitidas por la Inspección de Sanidad” y sólo cuando hubiese “camas desocupadas” podrían “admitirse enfermas libres graves”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 1, 1924) La aceptación de que la mujer dedicada a la prostitución podía ser encerrada, ya que su aislamiento no implicaba un perjuicio económico, ni una crisis familiar debido a que nadie era dependiente de ella, se impuso y se apoyó de forma unánime porque había permeado la idea decimonónica de que las prostitutas deberían de ser controladas moral y sanitariamente. Esto contrastaba con la argumentación relativa a los hombres que se había discutido en 1918, cuando el encierro de enfermos sifilíticos fue descartado porque se expuso que no sólo afectaría a la honra de los sujetos sino que afectaría económicamente a toda la sociedad. Por otro lado, la necesidad de este control se incrementó ante la necesidad de los médicos de observar a detalle la eficacia de los fármacos, la evolución de los pacientes, que el tratamiento fuera continuo y no se

---

<sup>98</sup> Sobre la intensificación de las labores del Departamento de Salubridad Pública, Alfonso Pruneda comentaba que también en la década de los treinta se había llevado una lucha por establecer prácticas más científicas, así, contaba que: “Desde 1920, el Departamento de Salubridad Pública quiso cooperar en la lucha contra el charlatanismo médico y remediar, en lo que le fuera posible, los perjuicios causados por la falta de reglamentación del artículo cuarto constitucional. Esa cooperación se hizo patente y efectiva en el Código de 1926 y se confirma en el actual, por más que los puristas en legislación consideren que esas disposiciones no son estrictamente constitucionales. Es indudable que el Departamento de Salubridad Pública ha prestado muy buenos servicios a la comunidad, al establecer normas para el ejercicio de la medicina.” (Pruneda, 1936, p. 400) Según Claudia Agostoni, el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad comenzó a funcionar a partir de 1922 (Agostoni, 2007, p. 99) Ese mismo año fue fundado el Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” (Agostoni, 2007, p. 101) y la Escuela de Salubridad de México. (Agostoni, 2007, p. 102). En 1923 fue fundado el Centro de Higiene Infantil “Manuel Domínguez” (Agostoni, 2007: 106) y de mayo a octubre de 1929 se abrieron cinco centros de higiene infantil más. (Agostoni, 2001, p. 108)

abandonara, y el tiempo necesario para alcanzar la cura. Esto implicaba intentar mantener por más tiempo recluidas a sus pacientes.

Por supuesto, existieron muchos prejuicios y clichés en los discursos médicos sobre la supuesta naturaleza de las prostitutas y la necesidad de reformarlas moralmente. (Núñez, 2002a) Por ejemplo, se aludía a que la reclusión de estas mujeres tenía como finalidad evitar que abandonasen sus tratamientos, puesto que la falta de preocupación en torno a los asuntos concernientes a su salud era algo característico de ellas. Por otro lado, el argumento higiénico en torno a la reclusión fue muy difundido, se creó la percepción de que las manifestaciones sifilíticas eran sumamente contagiosas, por lo que era necesario aislar a estas mujeres, quienes eran focos de contagio —principalmente durante el periodo infeccioso de la sífilis. Sobre la regeneración moral sabemos que en el *Proyecto* de 1924 se pretendió que las mujeres recluidas en el Morelos adquirieran habilidades que les permitieran al salir no reincorporarse a la prostitución.<sup>99</sup> Por su parte, varias autoras (Bliss, 2003; Rivera-Garza, 2001; Carrillo, 2014) han investigado cómo las prostitutas acusaron a las autoridades médicas de someterlas a tratamientos perjudiciales, de ensayar en sus cuerpos tratamientos y de querer moralizarlas forzosamente.

El *Código Sanitario* de 1926 estableció una nueva manera de relacionarse con la sífilis, como se ha mencionado. Zavala señala que ésta relación ya se había establecido con otras enfermedades en el *Código Sanitario* de 1903, pero no estaba en él incluida la sífilis y los médicos no deberían reportar aún los casos diagnosticados. (Zavala, 2015, p. 121) La serie de reglamentos que hay que tomar en cuenta para analizar este periodo son el *Código Sanitario* de 1926, el *Reglamento para ejercicio de la prostitución* de 1926, el inicio de la *Campaña contra las enfermedades venéreas* de 1927, la reforma al *Código Civil* de 1928 para volver obligatorio el certificado médico prenupcial y la propuesta de reforma al *Código Penal* de 1929 para volver el contagio sexual un delito.

---

<sup>99</sup> En 1925 se propuso un Proyecto de Plan de estudios para la escuela anexa al Hospital Morelos en donde se darían a las hospitalizadas clases de aritmética, clases de bonetería, clases de corte, clases de juguetería, juegos de madera, clases de lencería y clases de lengua nacional. El objetivo era enseñarles métodos bastante sencillos de un oficio de manera que cuando salieran del hospital ya no se reincorporaran a la prostitución. (AHSSA, SP, P, S, Caja 10, Exp. 3, Fojas 15-18, 1925)

## 2.5 Los tratamientos antisifilíticos en el panorama farmacéutico mexicano

La implementación de los tratamientos antisifilíticos con arsenicales implicaba tener buenas relaciones comerciales con Alemania que era su principal fabricante. Pero como ya vimos, y señaló Pauline Mazumdar (2003), el bloqueo económico a Alemania en 1919 posibilitó que otras naciones pudiesen fabricar los tratamientos arsenicales antisifilíticos. Ángel Brioso contaba que en 1920 se había localizado una fábrica de “neosalvarsán en la que se llenaban los tubos auténticos con sal marina adicionada de una pequeña cantidad de materia colorante inofensiva”. A México, reportaba, había llegado el “Neoehranisol” que había ocasionado “muy serios y numerosos accidentes”, por lo que era urgente que el Estado interviniera de manera inmediata, tanto para evitar la propagación de estas sustancias como para dirigir a la población a tratamientos asistidos por médicos certificados. (Brioso, 1920a, p. 272) Esto plantearía años después la necesidad de crear un reglamento y vigilar la composición de los fármacos.

Otros sucedáneos se han inventado antes de la guerra para reemplazar al 606 y gran parte de ellos lo han sido por motivos no científicos [sic], sino de otra índole. Mencionaremos a este respecto el «galyl » (que deriva su nombre de Galeno), el «lugargol » (combinación arseno-argéntica), el «disodoluargol » (derivado del anterior) y toda una serie de mezclas de cacodilato o metilarsinato sódicos con el biyoduro u otras sales de mercurio. De los primeros, el que ha merecido ser ensayado fuera del país de su origen es el galyl: le empleamos un tiempo y le hemos abandonado por parecernos un preparado infiel, en ocasiones peligroso y un antisifilítico de acción muy inferior a la arsfenamina. Las mezclas cuyo tipo es el llamado «venarsen», productos puramente comerciales, no merecer que nos detengamos sino para aconsejar que no se usen.

El salvarsán sódico o «salvarsannatrium» es una sustancia digna de la mayor atención: fue ideada por el benemérito Ehrlich y se dice que ayuda a la neutralidad de reacción y fácil solubilidad del Neo y a la potencia de acción curativa del 606. (Brioso, 1920a: 534)

El salvarsán no podía ser imitado porque para ser “inyectado” se necesitaba de un conocimiento de la técnica y estas “manipulaciones” no estaban al alcance de todos. (Brioso, 1920b, p. 272) A pesar de que los productos alemanes ya eran escasos, varios laboratorios norteamericanos habían comenzado su fabricación, como los Dermatological Research Laboratories y la H. A. Metz Laboratories, de origen alemán, pero residencia norteamericana. (Brioso, 1920b, p. 272) Algunos países desde antes de la guerra habían producido sus propios arsenicales, como el Arsenobenzol Poulenc (conocido como Billon), hecho en Francia y del cual se aseguraba no se habían detectado accidentes. (Brioso, 1920b, p. 272) Brioso consideraba que la “arsfenamina” o el salvarsán de norteamericano eran similar al alemán y sólo se diferenciaban de este último en la etiqueta. (Brioso, 1920b, p. 272) Haciendo referencia a sus

lecturas médicas, señalaba que en la Universidad de Georgetown” se había demostrado que la “arsfenamina estadounidense” era aún mejor en “cuanto su toxidez” que la alemana. (Brioso, 1920b, p. 273) Pero remarcaba que el “mejor tratamiento de la sífilis, digámoslo con franqueza, no siempre será el mismo” debido a que:

Por lo que mira al período de la dolencia, el tratamiento óptimo será el más precoz: tan luego se haya establecido el diagnóstico de la enfermedad deberá instituirse un tratamiento antisifilítico, pero no antes, sin olvidar, por supuesto, que este diagnóstico casi siempre es posible establecerlo con certidumbre, si llegado el caso se interrogó al laboratorio y se tiene sentido clínico para valorizar las respuestas de este. (Brioso, 1920a, p. 536)

Si leemos con atención sus afirmaciones, podemos constatar que aún se mantenía la idea de que la eficacia del tratamiento no sólo estaba basada en la aplicación de arsenicales sin adulteraciones, sino en su aplicación temprana. A pesar de que los médicos hicieron cada vez mayor referencia a la comprobación de la enfermedad o de la cura mediante tests microscópicos, no se le otorgó una confianza total. Por otro lado, permanecía la etiología holística de la enfermedad. Se consideraba no sólo que la sífilis era hereditaria, sino que la persona después de contagiarse podía desarrollar inmunidad o resistencia a la enfermedad y que sólo ciertos factores relacionados con los malos hábitos y la mala higiene podían desencadenarla. Pues existían sífilis benignas y sífilis malignas. (Baz, 1922, p. 2) Por otro lado, ante la dificultad de establecer un tratamiento único, lo que abundaron fueron recomendaciones de lo que los médicos no deberían hacer:

NO deben practicarse inyecciones concentradas de salvarsán; si alcalinas provocan flebitis doloras; si ácidas, pueden acarrear la muerte inmediata, cual ha acontecido ya en México.

NO deben practicarse inyecciones ácidas, es decir, de 606 directamente disuelto en agua o en suero, pues si algunas veces parecen inofensivas, son siempre peligrosas. La alcalinidad del medio es condición de la vida humana, la acidosis precede a la muerte y la produce; nunca podremos saber hasta que punto las reservas alcalinas de nuestro paciente bastarán a neutralizar el *bliclorhidato* que introducimos y serán suficientes a neutralizar nuestra imprudencia. [...]

NO comenzar jamás el tratamiento por la dosis máxima, como lo hacíamos diez años ha.

NO administrar arsénico y mercurio, a quien tenga disminuida la depuración renal.

NO administrar dosis altas iniciales de mercurio o de arsenicales por la vía subdural, y las dosis sucesivas aumentarlas muy lentamente, de acuerdo con la tolerancia. Hace años, en uno de nuestros hospitales, dos enfermos recibieron por equivocación un centógramo[sic] de Hg. Cy. En inyección intraespinal: de ellos uno murió y el otro ha quedado parapléjico. [...]" (Brioso, 1920a, p. 541)

A pesar del ansia de los médicos por establecer un tratamiento único, la fase de experimentación permaneció hasta que el salvarsán fue desplazado por otros tratamientos que lograron estandarizarse más rápido (como la penicilina en la década de 1940), hasta que las

pruebas de detección fueron perfeccionadas (también en la misma década) y hasta que pudo comprobarse la efectividad de los tratamientos mismos. De esta manera, el tratamiento efectivo a lo largo de la década de los veinte era aquel que fuese admitido a largo plazo por parte del enfermo, es decir, que fuese aceptado, y que fuese vigilado por un médico, tanto por la necesidad de cuidar del enfermo como por la de evitar que abandonase su tratamiento.

Al no ser producidos en México, la administración de salvarsán y neosalvarsán estuvo supeditada a situaciones comerciales internacionales. Rogelio Godínez y Patricia Aceves (2014) consideran que en México no existía una industria farmacéutica en las primeras décadas del siglo XX y que aunque durante el Porfiriato se había impulsado la creación de nuevas industrias no se le dio la suficiente importancia a este ramo.<sup>100</sup> Para estos autores, las boticas “se dedicaban preferentemente a la venta de fórmulas magistrales y oficinales”. Algunos laboratorios, como el del Hospital Juárez en 1903, se dedicaban a sintetizar sustancias activas como “perlas y cápsulas, gelatinas, comprimidos y tabletas, tinturas, extractos fluidos, sinapismos, ungüentos y pomadas”, pero a nivel artesanal, es decir, “a pequeña y mediana escala”. (Godínez y Aceves, 2014, pp. 57-58)

Fue hasta después de 1917 que las empresas mexicanas se dedicarían “a la producción, importación y/o comercialización masiva de medicamentos con capitales sólidos”. De 1900 a 1917, los autores consideran que las empresas farmacéuticas establecidas en la ciudad de México —de dueños tanto mexicanos como extranjeros— se dedicaban principalmente a la distribución de fármacos importados y, en menor medida, de sustancias activas para la elaboración de

---

<sup>100</sup> Lilia Schifter y Patricia Aceves consideran que toda “la enseñanza, la investigación y los servicios públicos y privados concernientes a la química recayeron fundamentalmente en los farmacéuticos egresados de la Escuela Nacional de Medicina. Estos profesores se agruparon en diversas asociaciones profesionales y simultáneamente en institutos especializados de investigación científica. La química experimental durante este periodo giró en torno a las plantas medicinales y alcanzó su máximo en los laboratorios del Instituto Médico Nacional, inaugurado en 1888. Dentro de esta institución, en 1903, se creó el Departamento de Química Industrial para desarrollar una industria químico-farmacéutica nacional; sin embargo esta iniciativa no tuvo éxito. Posteriormente, en 1910, se fundó la primera Sociedad Química Mexicana, integrada en su mayoría por farmacéuticos miembros de la Sociedad Farmacéutica Mexicana. Más adelante en 1919, algunos de ellos participaron activamente en la formación de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia dentro de la Universidad.” (Schifter y Aceves, 2016, p. 73) En cuanto a la formación de la carrera de Farmacia se dio en la Escuela de Medicina de 1833 a 1867, según estas autoras, y consistía en un plan de dos años teórico-práctico y otros “dos de práctica en una oficina de farmacia. En 1867 “Se amplió a tres materias anuales”. Dentro de la Escuela Nacional Preparatoria desde su fundación en 1867 se dieron cátedras de Química y “en 1893, la cátedra de Análisis Químico se dividió en dos cursos anuales que debían impartirse en el segundo y tercer año del plan de estudios”. (Schifter y Aceves, 2016, p. 78) Posteriormente, “en 1916, se establecería la Escuela Nacional de Industrias Químicas. Ésta última, en 1917, pasó a formar parte de la Universidad Nacional de México como Facultad de Ciencias Químicas, la cual a su vez se transformaría en Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia en 1919.” (Schifter y Aceves, 2016, p. 86)

medicamentos. (Godínez y Aceves, 2014, pp. 57-58) Y que la mayoría de los productos de estas empresas farmacéuticas, en relación con la sífilis, eran productos de origen vegetal.

En aquellos años, las empresas que producían medicamentos eran tan pocas que en mayo de 1918 la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo sólo tenía registradas 5 industrias dedicadas a la elaboración de drogas en la Ciudad de México: *José Bustillos e Hijos, Compañía Mexicana de Específicos Indígenas, Johanssen Félix y Compañía, Silva M. y Hermanos* y la fábrica para el *Específico Zendejas*. En los estados de provincia solamente se tiene registro de *la Gran Farmacia Central y Droguería* de Rafael Elizarrarás en Morelia, Michoacán y la fábrica *Alpha* del doctor Francisco Montalvo en Mérida, Yucatán, dedicadas a la obtención de productos farmacéuticos. (Godínez y Aceves, 2014, p. 59)

Estos autores consideran que esto no se modificó mucho después de la Revolución Mexicana pues las primeras empresas mexicanas incursionaron principalmente en la fabricación de productos vegetales como el *Laboratorio El Águila* (1919), el *Laboratorio de Medicamentos* de Domingo Basco Pons (1919), los *Laboratorios Pellicer* (1921), el *Laboratorio Sanborns* (1921), los *Laboratorios Myn* (1926); mientras que también se establecieron otras empresas extranjeras de químicos como la *Chemisch Pharmazeutische Fabrik S.A.* (1922), la *Química Industrial Bayer, Weskott & Cía* (1921), que se convirtió en la *Química Industria Bayer, Meister, Weskott & Cía* (1926) y, posteriormente, en *Bayer de México S.A.* (1937). (Godínez y Aceves, 2014, p. 59) Todo esto haría que la industria de medicamentos de patente estuviera dominada por distribuidores extranjeros, aunque señalan que la labor dentro del Instituto de Higiene en producción de productos biológicos fue muy importante para el impulso de las campañas sanitarias, como lo hemos leído antes. (Godínez y Aceves, 2014, p. 61)

En 1925 el director de los dispensarios antivenéreos, Adrián de Garay, pedía se tuviera cuidado a la hora de poner impuestos a los productos médicos de origen extranjero ya que con la creación del Income-Tax,<sup>101</sup> el primer impuesto había causado un gran perjuicio a la salud pública. Los medicamentos, decía el director de los dispensarios, habían subido de precio de manera exorbitante y eso perjudicó su funcionamiento:

Últimamente se acaba de decretar un impuesto a todos los productos medicinales extranjeros que vienen en forma de ampollitas, de tal manera que antes pagaban \$1.00 cs por kilo bruto y ahora pagan \$5.00 cs., lo que hace aumentar notablemente el precio de estas medicinas, y en consecuencia se dificulta su uso causando esto serios perjuicios a los enfermos y aumentando los gastos del departamento por el consumo que hace de dichas medicinas.

---

<sup>101</sup> Luis Aboites y Engracia Loyo señalan que la creación del *income tax* fue parte de “un movimiento mundial favorable al fortalecimiento y modernización de las finanzas gubernamentales, el propósito era gravar “de manera progresiva el ingreso de los contribuyentes”. (Aboites y Loyo, 2010, p. 606)

Hay que tener en cuenta además que los salvarsanes en sus diversas formas y nombres, las preparaciones de bismuto en su inmensa mayoría y muchas de mercurio y otras (el surfasenol, los glucos, etc., etc.) no se hacen ni se han hecho nunca en México y forzosamente habrá que comprar el consumo de dichas medicinas y prosperará la sífilis con todos sus estragos. (AHSSA, SP, P, S, Caja 9 Exp. 11, 1924-1925)

El *Registro de medicamento de patente* iniciado en 1927 fue muy importante para poder controlar los medicamentos que llegaban y los compuestos vegetales o específicos que se fabricaban en México y para la realización del *Reglamento para el registro y certificación de Medicinas de Patente, Especialidades y Productos de Tocador, Higiénicos, de Belleza y demás similares* promulgado en 1928. Antes de este registro existían opiniones de que —a pesar de que los productos farmacéuticos de Francia, Alemania, o incluso de Estados Unidos, eran de calidad— “la falta de una legislación adecuada para el control de la importación y manufactura de medicamentos y productos químicos había dado lugar a que en el país circularan infinidad de presentaciones farmacéuticas que no cumplían con los requisitos mínimos indispensables”. Desde la promulgación del Código Sanitario de 1926 se había evidenciado la intención de las autoridades de controlar y regular la producción de productos farmacéuticos. En la primera “Farmacopea Nacional de los Estados Unidos Mexicanos de 1930”, auspiciada por el gobierno, hubo “una drástica disminución de productos vegetales [...], mostrando una clara preferencia hacia los medicamentos sintetizados por la industria farmacéutica”. (Godínez y Aceves, 2012, pp. 51-53)

En 1927 el Departamento de Salubridad “fijó el plazo de un mes para que los productores y comerciantes solicitaran el registro de todas sus presentaciones farmacéuticas [...]”, en este tenían que incluirse “la solicitud por escrito, acompañada de un ejemplar de cada una de las presentaciones, indicando la fórmula exacta de composición, usos, dosis y otros datos para realizar su estudio completo.” (Godínez y Aceves, 2012, pp. 51-53) Luis Aboites y Engracia Loyo (2010) consideran que las leyes proteccionistas a la producción nacional surgieron como consecuencia de los fenómenos mundiales que priorizaron el intervencionismo estatal, por lo que comenzaron a surgir campañas a favor de la mexicanización de la economía. (pp. 616-220)

En el periodo de 1927 a 1935, el Departamento de Salubridad Pública rechazó cerca de 761 medicamentos de 480 fabricantes diferentes. De los productos rechazados con la especificación de procedencia, el 75% eran fabricados en México y el 25% eran importados. [...]  
En cuanto al análisis químico de los medicamentos de patente, el Laboratorio Central del Departamento de Salubridad Pública realizó la determinación cuantitativa y cualitativa de aproximadamente 700 productos farmacéuticos en el periodo comprendido entre febrero de 1927 y febrero de 1930. Los productos de patente analizados provenían de México (34.02%),

Francia (25.27%), Estados Unidos (24.22%), Alemania (9.66%), Suiza (3.60%), España (1.67%), Hungría (1.15%), Italia (0.25%) e Inglaterra (0.11%). (Godínez y Aceves, 2012, p. 54)

Sabemos así que gran parte de los arsenicales, bismutos y mercuriales que se estaban usando en los dispensarios antivenéreos y en algunos hospitales y laboratorios dependientes del Departamento de Salubridad Pública eran importados. Sobre estos fármacos se registraron múltiples accidentes, principalmente en el Hospital Morelos, de manera que paulatinamente se generó la idea de que estos fármacos accesibles al público general debían ser valorados y aprobados por el Departamento de Salubridad Pública antes de ser puestos a la venta. Años después, en febrero de 1935, el médico Francisco Bassols —jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas — pedía nuevamente al Laboratorio Central informes sobre el cianuro de mercurio de los “Laboratorios Terapia”, que ya se habían dado un año antes, debido a que en “los distintos dispensarios dependientes de esta Jefatura a mi cargo, [varios enfermos] sufren serias intoxicaciones al ser tratados con el producto”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, F. 50, 1933-1939) El medicamento había sido evaluado en 1932 encontrándolo favorable para su uso. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, F. 5, 1931-1936)

Al Departamento de Salubridad Pública no sólo le interesaba tener certeza sobre la eficacia de los medicamentos y los riesgos en su administración, sino también evitar la caza de la prensa de los casos fallidos. Las campañas antivenéreas de 1926 y 1934 habían difundido la idea de que el tratamiento era obligatorio y no representaba ningún peligro. A lo cual la prensa se dio a la tarea de contradecir. Por ejemplo, en 1934 *El Gráfico* publicó una nota en la que la enferma Angela Ponce Torres de 28 años de edad había sido “recogida en grave estado originado por una inyección aplicada” en un dispensario del Departamento. El jefe del dispensario, Alfonso Blaz Infante, informó que la paciente había sido diagnosticada con sífilis secundaria y que se le había aplicado “una primera inyección intravenosa de cianuro de mercurio de 1 centigramo”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Ff. 51-52, 1933-1939)

La enferma declaró que a la media hora de esa aplicación había tenido “dolor de mediana intensidad en el epigastrio y vomito” y sus familiares pidieron que La Cruz Roja la trasladara a un hospital en donde le hicieron un lavado intestinal y le aplicaron “una inyección de aceite alcanforado”. Como ya se habían presentado casos similares con otros pacientes en ese dispensario, el médico Blaz afirmaba que esos eran los síntomas comunes entre los que también estaban “cólicos, evacuaciones con sangre, pujo”, los cuales solían persistir por “uno o dos días”

y desaparecer. (AHSSA, SP, IAV, Caja; 4, Exp: 19, 1933-1939: 51-52) Es decir, que los médicos de los dispensarios consideraban que los efectos producto de la toxicidad eran efectos secundarios de una buena aplicación del método terapéutico, mientras que los pacientes tratados y la prensa los consideraban nocivos. Este tipo de casos publicados en los diarios promovieron una desconfianza hacia los servicios de los dispensarios y de otros hospitales del Departamento de Salubridad Pública. Es decir, lo que estaba en disputa era la discusión sobre hasta dónde deberían llegar los tratamientos en la búsqueda por la salud, así como qué era la salud. Para los médicos implicaba aplicar un tratamiento al pie de la letra acorde con los tratados médicos, mientras que para la opinión pública el preservar y mejorar la percepción de la salud de los enfermos.

Por otro lado, las consecuencias de los tratamientos antisifilíticos y antivenéreos de origen farmacológico estuvieron sujetas a toda una serie de causas externas, como la adquisición de un medicamento no alterado, la adquisición de un lote suficiente para dar un tratamiento completo, el establecimiento de una metodología de aplicación, la posibilidad de controlar los efectos provocados en los pacientes y la situación previa de los mismos al conocer su funcionamiento renal. Todo esto cambió paulatinamente la noción médica y del público de que la sífilis era curable o tratable, pero para lograrlo el enfermo tenía que soportar una terapéutica dolorosa. Es decir, se modificó la percepción anterior de los tratamientos los cuales no buscaban curar al enfermo sino disminuir en lo posible sus padecimientos y las manifestaciones de su enfermedad.

## 2.6 Los arsenicales en el laboratorio del Hospital Morelos

Los médicos se enfrentarían con el paso del tiempo al análisis de no sólo un número mayor de enfermos sino también de fármacos, los cuales no habían sido probados en México o de los cuales no se tenía una información clara ni segura. Las empresas farmacéuticas tenían agentes distribuidores de medicamentos arsenicales que acudían con frecuencia a las oficinas del Departamento de Salubridad Pública con la intención de ofrecer sus productos y llegar a acuerdos comerciales con las autoridades médico-sanitarias. Estos agentes declararon frecuentemente que el Departamento de Salubridad Pública contaba con un excelente espacio en el Hospital Morelos para probar sus fármacos y ensayar tratamientos que después podrían ser sugeridos a la población en general, los cuales estarían avalados por el Departamento. De esta

manera, se mantuvo la concepción del Hospital Morelos como un gran laboratorio, en donde los tratamientos a las enfermedades eran importante pues en sus cuerpos sería posible comprobar la eficacia de los fármacos. A partir del estudio del primer Censo Industrial de 1930 que realizaron Rogelio Godínez y Patricia Aceves se sabe que la industria farmacéutica de esta época “dependía de la importación de materias primas para su producción [...]” y que en 1929 “existían en el país 50 empresas farmacéuticas con una producción total de 33, 337, 319 anuales”. (Godínez y Aceves, 2014, p. 61) De los “64 propietarios o socios que dirigían los establecimientos farmacéuticos, 41 eran mexicanos y 23 extranjeros”, entre quienes había alemanes, franceses, estadounidenses, españoles, italianos y húngaros. (Godínez y Aceves, 2014, p. 61)

En 1930 la Tesorería General de la República giró una circular a todos los dispensarios venéreo sifilíticos de la República y del D.F., en donde comunicaba la “estandarización de los tratamientos médicos” para difundir los “medicamentos que exclusivamente deben usarse” y cuyas recomendaciones debían cumplirse, pero en esta no se incluyó información sobre las dosis, las formas de preparación de las mezclas, la duración de los tratamientos, las soluciones alternas en caso de reacciones secundarias altamente tóxicas, los estudios serológicos y microscópicos previos a los que los pacientes debían ser sometidos. Dicha circular estaba firmada por el médico Ulisés Valdés<sup>102</sup>, quien era secretario general del DSP en ese momento, y se limitaba a ser una lista de los fármacos. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 16, 1930)

#### Antisifilíticos

Arsenicales: Para vía intravenosa, neosalvarsán exclusivamente; para uso intramuscular, sulfarsenos y asetilarzán.

Mercuriales: Exclusivamente cianuro de mercurio, para todos los usos.

Bismutados: Methanol, neo-bilmo-salván y Pentaby.

#### Antiblenorrágicos

Solución de permanganato de potasio y oxicianuro de mercurio para los lavados uretrales; protargol para casos de complicación; ampolletas de gonargina y uretrargina.

Vacuna Dmelcos, para chancro blando. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 16, 1930)

Se registró que dicha circular fue enviada a los delegados federales de salubridad de Iguala, Guerrero; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Apatzingán, Michoacán; al Dispensario No. 1 en la ciudad de México; Cuernavaca, Morelos; Colima, Colima; Toluca, México; Aguascalientes,

---

<sup>102</sup> Ulisés Valdés ingresó como soldado alumno al Hospital Militar de Instrucción en 1892 y en 1897 se graduó. Ingresó al Hospital Morelos como médico bajo la dirección del doctor Ramón Macías. En 1907 fue su administrador. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1908 y la presidió en 1913. Fue director del Hospital Juárez en 1912, de la Escuela de Medicina en 1914 y secretario general de Salubridad Pública en 1930. Fue miembro fundador de la Academia Mexicana de Cirugía. Fundó el Sanatorio Valdés en 1910. Fue fundador del Colegio de Cirujanos. Murió en 1939. (Rodríguez, 2018, p. 69)

Aguascalientes; Durango, Durango; Zacatecas, Zacatecas; Guanajuato, Guanajuato; Tehuantepec, Oaxaca; Querétaro, Querétaro; Orizaba, Veracruz; León, Guanajuato. (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 16, 1930) Esta primera recomendación sin especificaciones fue enviada a todas estas delegaciones, pero cabe señalar que, en varias de ellas, la venta de los fármacos recomendados era inexistente puesto que su distribución se concentraba en las urbes más grandes. Originalmente esta solicitud para saber qué medicamentos seleccionar y recomendar había sido demandada a los médicos Luis S. Viramones, Francisco Campuzano (médicos de la Inspección de Sanidad), Adán Hernández (director del dispensario no. 1), Manuel Cárdenas de la Vega (médico encargado del Servicio de Higiene Infantil) y Alfonso Ortiz Tirado (director del Hospital Morelos). (AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 16, 1930)

Esta recomendación de los fármacos a usar, estaba sujeta al abastecimiento en otras ciudades y al interior de la ciudad de México. En el Censo Industrial de 1935, el número de compañías farmacéuticas había aumentado a 73 y continuaba dependiendo del abasto exterior. Se juzga que fue hasta el periodo Cardenista que la industrialización del país se volvió importante por lo que se promovió su reactivación para “recuperar actividades y recursos económicos estratégicos, y limitar los intereses extranjeros en la economía nacional”. (Godínez y Aceves, 2014, p. 62) En materia de farmacia se sabe que el sindicato “Unión de Químicos Farmacéuticos y Farmacéuticos”, fundado en 1933, presionaba al Estado a cumplir acuerdos y leyes. Esta agrupación, indican Godínez y Aceves, intentó proteger a “los farmacéuticos y químico-farmacéuticos titulados que radicaban en el Distrito Federal”. (Godínez y Aceves, 2014, p. 63)

En 1937, la Unión demandaba una reglamentación más estricta para los laboratorios farmacéuticos, ya que en su opinión, algunos establecimientos seguían funcionando con irregularidades. Igualmente, solicitaba que los encargados de la Oficina General de Control de Medicamentos del Departamento de Salubridad Pública fueran farmacéuticos titulados, ya que solamente estos profesionales estaban compenetrados con los distintos problemas que aquejaban a la profesión. (Godínez y Aceves, 2014 p. 63)

Por ello, podemos afirmar que tanto los servicios farmacéuticos, como la regulación de los fármacos y su distribución permanecieron irregulares hasta finales de la década de los cuarenta del siglo XX. En cuanto a cómo se intentó analizar la composición química de los fármacos, regular un tratamiento susceptible de ser estandarizado y verificar la autenticidad de los productos farmacológico-químicos se conservan algunos registros de los ensayos practicados en el Hospital Morelos y en los dispensarios antisifilíticos del Departamento de Salubridad, en el periodo de 1930 a 1940. Los agentes de ventas de las casas farmacéuticas enviaron sus productos

al Departamento de Salubridad Pública. Regularmente ellos, por estar enfocados principalmente a su comercialización, desconocían si sus productos eran eficaces, así como la veracidad de sus fórmulas y de las indicaciones sobre su dosificación, impresas en los frascos o cajas contenedoras. Estos agentes mostraron siempre el deseo de obtener una carta del Departamento sobre los resultados de los análisis de sus productos, para legitimar su eficacia y promover su consumo. Si bien la *Ley de registro de patentes* de 1928 señalaba que todos los medicamentos deberían pasar por una evaluación del Departamento, no estipulada que estas cartas, en caso de obtener una valoración positiva, pudieran ser incluidas dentro de la publicidad de esos fármacos o al interior de sus cajas. Lo cual comenzó a ocurrir. De la misma manera, estos agentes de ventas ofrecían al Departamento precios especiales si se compraba el fármaco en grandes cantidades, ya fuese para el Hospital Morelos, los dispensarios o los hospitales de higiene infantil.

Por su parte, el Laboratorio Central del Departamento se concentró en probar 1) si los medicamentos realmente tenían las sustancias que indicaban sus presentaciones, 2) si las dosis propuestas por las casas farmacéuticas eran las adecuadas y 3) qué efectos tóxicos o nocivos eran observados en los tratamientos. Por ejemplo, en agosto de 1933, el médico Manuel Gea González pidió al jefe de los Dispensarios Antivenéreo, Carlos Meneses, que nombrase una comisión para estudiar y dictaminar sobre el fármaco “Sulfarsenamina Billon” para “el tratamiento de enfermos que concurren a los Dispensarios y Centros dependientes”. La comisión estuvo integrada por el médico Demetrio López, el mismo Carlos Meneses, el médico Salvador Zubirán, Manuel Guevara Oropeza y Mario Torroella. El médico Mario Torroella reportó que el Servicio de Higiene Infantil le había reportado accidentes con la “Sulfarsenamina Billon”, aunque ningún caso mortal, sino sólo “crisis nitritoides alarmantes; vómitos, diarreas [...]”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, 1933-1939)

Una modificación importante en las pruebas farmacológicas, que me parece importante señalar, fue que los tratamientos dejaron de probarse sólo en consideración de las mejoras clínicas que ofrecían. Algunos médicos incorporaron la opinión de los farmacéuticos sobre nuevos métodos de control de los tratamientos basados en pruebas en donde se medía la presencia del fármaco en la orina o la sangre, para determinar si causaban daños secundarios. Es decir, los daños a medir eran los fisiológicos mediante pruebas serológicas, microscópicas y

patológicas realizadas a personas y a animales, y no mediante la percepción del bienestar del enfermo o del funcionamiento del tratamiento por parte del médico.

El médico Pérez Grovas reportó que en un estudio de sulfarsfenaminas hecho en lotes de “cinco ratas” hubo “una rata muerta en cada lote[...]”, “en proporción de 0.50 grs. por kilo, por vía endovenosa”. En otros lotes de cinco ratones inyectados “en la misma proporción y por la vía misma” había habido “dos ratones muertos inyectados” con la sulfarsfenamina 213 y uno con la sulfarsfenamina 215. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, 1933-1939) El médico Ernesto Cervera reportaba que los fabricantes afirmaban que “400 miligramos por kilo-rata no” mataba “en seis días a 5 ratas inyectadas”, la cual era una dosis “50% más alta que la exigida por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos”. La dosis que él recomendaba era de “250 miligramos por kilo rata” que era ligeramente más alta que la recomendada en Estados Unidos, pero mucho más baja que la recomendada por los fabricantes. Se hicieron aplicaciones por “vía intravenosa” con la dosis de “250 miligramos” y de los lotes de cinco ratas sólo murieron dos inyectadas con “el lote 225”, pero después de las aplicaciones sólo una rata “sobrevivió más de seis días”, por lo que consideraban que las pruebas habían sido desfavorables. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, 1933-1939) A partir de estos resultados sobre las sulfarsfenaminas, la comisión encargada determinó que era “un medicamento muy poco estable, fácilmente oxidable”, a pesar de que sus productores decían que la “toxindex” se debía a que “los lotes empleados” habían sido guardados en lugares calientes o se habían usado en las pruebas “ratas poco resistentes”. Aun así, los médicos aseguraron que ese era un “producto mucho más tóxico que cualquiera de los otros arsenicales usados”, por lo que el Departamento concluyó que el medicamento no debía usarse en ninguna de sus dependencias. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, 1933-1939)

En el mismo documento el médico Ricardo Chávez —jefe de los dispensarios antivenéreos— informó que “las ampollitas de cianuro de mercurio de los Laboratorios Terapia” no contenían “oxicianuro de mercurio, sales de cobre ni ferrocianuros”, por lo que se concluía que el “cianuro de mercurio de los Laboratorios Terapia” era bueno. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Foja 5, 1933-1939). En enero de 1933 el médico Carlos Meneses —auxiliar en Jefe de los Dispensarios— informaba al médico Francisco P. Miranda -jefe de la Sección de Intercambio del Departamento de Educación Higiénica y Propaganda y Bioestadística- que había analizado el fármaco “Antiluerín” y había encontrado que tenía una acción “específica contra el gonococo y la espiroqueta”, pero era “destructor activo del espermatozoide”, es decir, era

“anticoncepcional”. Por “la segunda cualidad” no debería ser de “ningún interés para el Departamento de Salubridad Pública”. Agregaba que el “Antiluerín” era un producto muy usado en Berlín como “profiláctico” pero que por las condiciones económicas del Departamento no podría ser utilizado de manera masiva y, en caso de poder hacerlo, “podría constituir un elemento peligroso socialmente”. El fármaco podría, según él, usarse de manera inmoral e indebida al ser anticoncepcional y, en caso de popularizarse, el Departamento podría ser acusado de difundir, recomendar u obsequiar productos anticoncepcionales. El “Antiluegorín” había sido ofertado a las autoridades del DSP por “la casa del Dr. A. Willing U. Thewes de Gelsenkirchken”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Foja 6, 1933-1939)

Los argumentos de este ejemplo muestran cómo permanecía el interés principal de las autoridades sanitarias en encontrar un producto para la salud que se adaptara a una política poblacionista del Estado y a una defensa del uso de los fármacos de manera moral, como se había expresado también en la campaña moral anteriormente descrita. Al respecto, algunas autoras han señalado la labor prohibicionista del Estado en la forma de regular los medicamentos; de esta forma, bajo una noción de bien social se promovió una sola visión moral de la salud (como la preservación de la salud con fines reproductivos) y el uso únicamente de ciertos fármacos; lo importante para estos médicos no era ya sólo curar la salud sino garantizar una reproducción libre de gérmenes. Por lo tanto, se deberían prohibir e, incluso, ni siquiera dar a conocer productos que podrían ser usados como anticonceptivos a pesar de que estos eran más eficaces para el combate a las manifestaciones sifilíticas y venéreas. De esta suerte, la salud sexual quedó vinculada sólo con los métodos terapéuticos para el bienestar social, sino con los métodos de control reproductivo de la población.

En enero 1934, el médico Luis L. Bejarano —médico auxiliar jefe de la Inspección de Sanidad — informaba al jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas que el “Solu-Salvarsán” de la “casa Bayer” proporcionado por esa casa al Departamento en ampollitas de 5 c.c. había sido aplicado a señoras en el dispensario. De ahí había concluido que se podía recomendar en presentaciones de “6 c.c.”, pues era más económico. Asimismo reportaba que tenía una buena tolerancia, que casi no había provocado ningún accidente tóxico, que podía aplicarse en ayunas o sin ellas —ya fuese por la tarde o la mañana —, que era indoloro y que después de su aplicación las reacciones Wassermann “fuertemente” positivas se transformaban en “débilmente negativas y en ocasiones hasta negativa”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19,

Foja 9, 1933-1939) Este reporte muestra cómo la capacidad de normar y controlar las observaciones de los médicos y las condiciones de los enfermos se habían incrementado respecto a la situación que había en la década de los veinte. Hacia 1935 era claro que se debían controlar los horarios de aplicación, el tiempo entre una inyección y otra, así como la ingesta de alimentos de los pacientes.

No sólo las casas farmacéuticas estaban dando fármacos al Departamento de Salubridad Pública, sino que también particulares ofrecían sus compuestos vegetales para que fueran analizados en el Hospital Morelos o los dispensarios antivenéreos. En caso de tener buenos resultados deseaban venderlos al Departamento u ofertarlos a las personas como productos previamente avalados por esta institución. Por ejemplo, en 1934, la señora Elvira Yáñez Oyanegui ofrecía un producto “de su elaboración”, “destinado a curar enfermedades venéreas”. (AHSSA, SP, IAV, Caja; 4, Exp. Foja 46, 1933-1939) O, en 1936, el señor Salvador Beltrán ofreció su “Zarpussas” para ser analizado, el cual aseguraba servía para curar “los cuatro períodos de la sífilis” y debía aplicarse “conforme a las instrucciones que por separado” presentaría al entregar el medicamento. (AHSSA, SP, IAV, Caja: 4, Exp. 19, Foja 126, 1933-1939) De este último producto, al hacerse un análisis del compuesto, las autoridades encontraron que el producto contenía “tintura de raíz de zarzaparrilla 8gr.”, 2 gramos de tintura de zazafrán, 2 gramos de tintura de guayacán, 5 gramos de tintura de lobelilan azul y que su valor terapéutico era “SUDORÍFICO”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Foja 130, 1933-1939)

Incluso gente ligada al ejército había incursionado en la preparación de compuestos vegetales antisifilíticos. En 1938, Faustino Valladares —ex Mayor del Ejército Constitucionalista— pedía a R. Leonides Andrew Almazán —jefe del Departamento— permiso para implementar una cura para la gonorrea, el “reumatismo blenorragico” y “los flujos de las señoras” en el Hospital Morelos. Contaba que había descubierto su remedio haciendo “estudios de nuestra flora, para conocer las verdaderas cualidades curativas de algunas plantas”. Afirmaba que su compuesto era de fácil aplicación en “niños de tres años” y que lo había practicado quince años en el ejército con sus compañeros. Pedía se le dieran “las facilidades” que necesitase para “curar algunas enfermas” y se extendiera “una constancia del resultado” obtenido. Una vez que comprobasen “el mérito” de su producto daría la fórmula al Departamento, la cual no podría compartir en esos momentos porque se la “absorberían los grandes *trusts* de medicinas”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Ff. 91-98, 1933-1939)

En octubre de 1938 se volvió a presentar otra señora, esta vez de apellido Zavala, ofreciendo su preparación de nombre “Higienina”. De ella afirmaba que su olor era “tan penetrante” que mataba “todos los microbios”; el director del Hospital Morelos, Francisco Reyes, se mostró escéptico e informó al médico Juan L. Soto —jefe de la Sección Técnica de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas en el D.F— que “no tenía confianza en su preparación” pues parecía no tener “valor científico”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Foja 120, 1933-1939) La cantidad de compuestos vegetales y químicos que fueron enviados al Departamento de Salubridad Pública y de ahí al Hospital Morelos o al Laboratorio Central es grande. Aunque los laboratoristas del Departamento algunas veces emitieron valoraciones favorables de los compuestos químicos, se negaron generalmente a dar cartas de recomendación a las casas farmacéuticas. Resulta interesante que la mayor parte de los productos de origen vegetal fueron recibidos por las autoridades sanitarias para su análisis y, aunque no fueron aplicados a las enfermas por descubrir antes su composición, se generó la idea de que en ellos podría encontrarse un compuesto activo efectivo.

Por otro lado, las peticiones sobre información de los tratamientos antisifilíticos de encargados médicos de diferentes sitios al interior de la ciudad de México o del país no dejaron de llegar al Departamento de Salubridad Pública. En marzo de 1937, Salvador Iturbide Álvarez —Oficial Mayor— pedía a Francisco Bassols —jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas— que le informase sobre los “arsenicales, mercuriales y bismúticos” que la insitución a su cargo recomendaba para ser usados en los dispensarios antivenéreos y en los dispensarios de higiene infantil. A lo que se le respondió que de los mercuriales se recomendaba el “Ungüento napolitano”, el “Jarabe de Gilbert”, la “Solución de lactato de mercurio al milésimo” y las “Ampolletas de cianuro de mercurio de 0.01 gramos”; de los arsenicales “Neosalvarsán” y “Solusalvarsán” y de los bismúticos “Bi-yo-glicol”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, Foja 73, 1933-1939) A pesar de que ese era un comunicado oficial es visible la falta de información sobre los tratamientos antisifilíticos que tenían las autoridades responsables, así como la ambigüedad en la información sobre la dosificación y duración del tratamiento.

En 1938 el médico Juan L. Soto —jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas en el Distrito Federal — aseguraba que aún no había un “tratamiento tipo de la sífilis”. Afirmaba que en cada tratamiento se debían considerar “particularidades individuales desde el punto de vista patológico” puesto que existían el “presunto sifilítico”, el “sifilítico comprobado

en el período prehumoral”, el “sifilítico en período secundario”, el que tenía “una antigua sífilis”, el “sifilítico hereditario en la primera infancia” y cada uno de ellos constituía una variedad a la cual debía “adaptarse la modalidad del tratamiento”. (Soto, 1938, p. 51) Para Juan Soto los enfermos de sífilis estaban clasificados por el nivel de importancia según la necesidad del tratamiento en I) “enfermos de sífilis reciente, portadores de lesiones de extrema virulencia y poder contagioso”; II) “Mujeres embarazadas sifilíticas con manifestaciones o sin ellas”; III) “Niños heredo-luéticos con manifestaciones generales, cutáneas o viscerales”; IV) “Enfermos de sífilis con accidentes cutáneos terciarios y manifestaciones generales así como signos viscerales”; V) “Enfermos de sífilis sin manifestaciones clínicas, pero con reacción de Wassermann positiva”. (Soto, 1938, p. 53) Es decir, la clasificación de su gravedad estaba vinculada con la urgencia de su tratamiento. Se había desvanecido la percepción de que la enfermedad no necesariamente requería un tratamiento farmacológico, como en la terapéutica de la medicina clínica previa había existido. Por otro lado, los tratamientos comenzaron a ser clasificados de acuerdo con un supuesto rango de eficacia vinculado con el tiempo que el enfermo había sido tratado:

1° Tratamiento de ataque o de asalto, aproximadamente un año; 2° Tratamiento de consolidación, dos a cuatro años; 3° Período de observación de ocho meses; 4° Tratamiento de seguridad, duración varios años y 5° Vigilancia clínica y serológica indefinida. (Soto, 1938, p. 53)

Los tipos de tratamiento que sugería Soto estaban relacionados con una manera de la medicina clínica de concebir a la sífilis y no, por completo, con la microbiología de mediados del siglo XX. Hacia finales de la década de los treinta la confianza en las “estadísticas de los estudios cooperativos de la Asociación Médica Americana” había aumentado por lo que se recomendaban los tratamientos combinados de arsénico con mercurio, más que los de arsénico con bismutos. De la misma manera se apoyaban los curativos dados a los “arsenobencenos”, después al bismuto y, por último, a “los preparados mercuriales”. (Soto, 1938, p. 53) Pero los médicos mexicanos modificaron algunos de los preceptos de esa Asociación, por ejemplo, recomendaron dar una dosis “simultánea de bismuto intramuscular”, de origen norteamericano, y “de arsenobenzol intravenosos” a pacientes con tratamientos irregulares como regulares, cuando aquel cuerpo médico había recomendado esa terapia en tratamientos regulares.

Juan Soto señalaba que el “sistema moderno” del tratamiento era aquel que independientemente del período en que se encontrase la sífilis debería ser continuo e ininterrumpido y debería emplear arsénico y bismuto por vía intramuscular. Estos no deberían

administrarse “nunca menos de 30”, a menos que fuera un paciente especial quien lo fuese a recibir, ni más de “60 inyecciones salvarsánicas”. Después de la primera fase terapéutica se requería “tratamiento continuo con un metal pesado durante un año después de que todos los síntomas y signos de la enfermedad hubiesen desaparecido”. (Soto, 1938, p. 57) Los dispensarios de la Campaña Antivenérea podían implementar, así, tratamientos continuos y tratamientos interrumpidos y el primero, dependiente de la toxicidad que presentase el paciente, podría ser adaptado. (Soto, 1938, p. 59)

Un mayor acuerdo entre los médicos existió en torno a las sulfanilamidas. En 1940 se publicó un “Instructivo para el uso de la sulfanilamida del Instituto de Higiene en el tratamiento de la blenorragia” en el que se dieron las dosis recomendadas para este padecimiento. (DSP, 1940, p. 475) En este folleto se explicaban los síntomas de la toxicidad y la necesaria vigilancia médica en su aplicación. Así como la necesidad de una “dosificación adecuada”, una regularidad en la administración del medicamento”, el no abandono del tratamiento con los primeros síntomas de mejoría y la necesaria comprobación de la curación con “control microscópico” y un mantenimiento “lo más constante posible de la cantidad de líquidos ingeridos: 2000 c.c. como máximo, ya que una “ingestión de líquidos aumenta la secreción urinaria”, lo cual reducía la concentración de la “sulfanilamida en la sangre”. (DSP, 1940, p. 476) En 1940 se consideraba que el gobierno debería poner mayor atención a la investigación farmacéutica porque los periodos de guerra en Europa habían demostrado que acontecimientos de ese talante dejaban a México con carestía de fármacos y con una crisis de salud.<sup>103</sup>

Aunque México había comenzado a desarrollar una industria farmacéutica exportando incluso a Centro América o a Cuba—, esta estaba muy ligada a “medicamentos opoterápicos y hormonales”. Se señalaba que la Secretaría de Relaciones y la Secretaría de Economía Nacional ya habían llegado a un acuerdo con los productores para facilitarles “la adquisición de materias primas y de medicamentos elaborados”. (Morán, 1940, pp. 236-237) Por otro lado, se mencionaba que las legislaciones farmacéuticas de los gobiernos no se habían centrado en el apoyo a la industria farmacéutica o de productos biológicos mexicanos, lo cual generó falta de

---

<sup>103</sup> “[...]como aconteció con el salvarsán que en los campos neutrales, dejó sentir su carencia en la guerra 1914-1918. Los arsenicales fueron objeto hasta de especificaciones precisas cuando se trató del pago de las sanciones de guerra impuestas por los tratados de paz, que en aquel tiempo se juzgaron como un modelo de destrucción o sojuzgación de la industria química germana, pero que a la postre fueron solo errores que incubaron la actual contienda puesto que exacerbase la producción.” (Morán, 1940, p. 237-238)

medicamentos y la pérdida de empleos. Se recomendaba apoyar la “superproducción de productos opoterápicos y hormonales” para que conservaran el mercado que ya habían creado en países latinoamericanos, debido a la falta de productos europeos que había existido en recientes años por causa de las guerras. Aunque también recomendaban apoyar esas producciones dentro del territorio nacional para que se generase un mercado más amplio de sustancias medicinales genuinamente mexicanas. (Moran, 1940, pp. 236-238)

Si consideramos que la estandarización del tratamiento arsenical o bismútico para la sífilis jamás se alcanzó dentro de los espacios médicos científicos mexicanos en la primera mitad del siglo XX —ni siquiera con el establecimiento del Centro de Entrenamiento y Dispensario Antivenéreo “Dr. Eliseo Ramírez” —, podemos comprender de mejor forma la reticencia de las personas a abandonar la automedicación, el uso de tónicos y compuestos vegetales, la homeopatía y toda una serie de prácticas terapéuticas. Las consecuencias tóxicas graves de los tratamientos arsenicales, bismúticos y mercuriales siempre fueron vistas con desconfianza por la población, a pesar de que los médicos reforzaron la noción de que eran efectos secundarios menores. Si bien, como señala Porter (1995), los eméticos, los vomitivos y los febriles eran usados y aceptados de forma general. Esa aceptación se justificaba en la lógica que los ponía en funcionamiento, pues se basaba en gran medida en una teoría de los humores en donde el cuerpo debería perder calor, sangre o expulsar lo nocivo para purificarse y alcanzar el equilibrio. El mercurio —dentro de la medicina clínica del siglo XIX — funcionó dentro de esta lógica y de ahí la amplia aceptación que tuvo su uso, pues estaba restringido a pequeñas dosis estandarizadas consideradas inofensivas que el médico podía controlar y que el paciente podía negociar.

Contrario a la lógica de la teoría humoral, en la primera mitad del siglo XX, los arsenicales, los bismúticos y, también, los mercuriales construyeron una lógica de la cura radical dentro del marco de la medicina microscópica (todavía sin perfeccionar). Por ello construyeron expectativas que no pudieron satisfacer, generando repudio por parte de los enfermos. Al funcionar en una lógica diferente y no producir los resultados prometidos, su aceptación tuvo más resistencias en este periodo. Además de ello, los usos y restricciones impuestas a estos fármacos fueron las que guiaron que fueran catalogados como productos para combatir las enfermedades de transmisión sexual y abonaron a la construcción de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual. Si estos fármacos hubieran podido haber tenido diferentes definiciones y catalogaciones podrían haberse enfatizado otros usos terapéuticos y otras formas del contagio de

las manifestaciones sifilíticas. Pero se enfatizó su uso para búsqueda de la salud sexual y reproductiva, lo que por oposición generó la definición de lo que se estaba combatiendo: una enfermedad de transmisión sexual.

Se puede considerar que fue hasta la estandarización de la penicilina y la popularización de su uso que se alcanzó una noción de cura satisfactoria para la sífilis. Hay que recordar que el conocimiento de la “ventana terapéutica” es uno de los grandes retos de los investigadores con cualquier nuevo fármaco:

La separación entre el rango de dosis en el cual se observan beneficios médicos deseables y el rango de dosis más altas ante el cual se presentan los efectos adversos, se conoce como “ventana terapéutica”. [...]

Como las personas difieren en tamaño y en la forma en que inactivan las moléculas del fármaco, es casi imposible definir la dosis óptima para todos los pacientes, y tal vez sea necesaria encontrarla por ensayo y error. La dosis ideal puede ser diferente en hombres y mujeres, quienes en ocasiones inactivan con rapidez los fármacos, mientras que los niños y los ancianos los inactivan con lentitud, por lo que requieren dosis más pequeñas que los adultos saludables. (Iversen, 2006, pp. 48-49)

Leslie Iversen (2006) señala que, en la actualidad, la manera en que concebimos a los medicamentos está estrechamente relacionada con la forma en que concebimos a la enfermedad. En nuestras sociedades contemporáneas una enfermedad está casi siempre asociada a un fármaco que nos permite alcanzar la cura o, por lo menos, sobrellevar los síntomas. Aunque siguen existiendo enfermedades incurables, los avances en materia de fármacos han dado la sensación de que casi todo padecimiento se puede contrarrestar. Esta forma de relacionarnos con los fármacos opaca el poder considerarlos como productos llenos de pruebas y errores, hechos en espacios controlados, bajo ciertos marcos de referencia, pero no totalmente controlables pues sus efectos y funcionamiento no siempre se pueden predecir

En la actualidad antes de que un fármaco sea comercializado se requieren previos procedimientos de investigación, pruebas de seguridad, estudios clínicos piloto, pruebas clínicas completas, aprobaciones gubernamentales y, finalmente, su registro y comercialización. (Iversen, 2006, p. 157) Pero esto no siempre fue así, muchas veces los medicamentos fueron experimentados sobre los pacientes de manera directa a finales del siglo XIX e inicios del XX y sólo años después fueron reconocidos públicamente sus efectos adversos sobre los enfermos Por otro lado, Hacking (2001) señala que no siempre todas las creaciones científicas pueden ofrecer certidumbre, puesto que si bien muchos protocolos de seguridad son solicitados por las

autoridades reguladoras. Estos protocolos, por el costo que tiene sólo son hechos una vez y con frecuencia no soportan pruebas reiterativamente.

La estandarización de los métodos científicos microscópicos para la construcción de la sífilis como enfermedad de transmisión sexual y los fármacos para su tratamiento podrían hacernos pensar que estos desplazaron concepciones anteriores de la enfermedad y que permitieron disminuir el número de infecciones desde su introducción desde la primera segunda década del siglo XX hasta finales de la década de los cuarenta del mismo. Pero lo que nos demuestra la publicidad de productos para la salud, de médicos y de espacios especializados para los tratamientos es que no pasó de esa manera, lo cual veremos en el capítulo siguiente. Debido a la falta de popularización de información importante en torno a los métodos de la medicina microscópica que hubieran ayudado a entender la inestabilidad del diagnóstico o de los tratamientos farmacológicos y de laboratorio difundidos por las autoridades médicas y la publicidad, la población mexicana siguió recurriendo a otro tipo de tratamientos y paliativos. Tanto para evitar las órdenes médicas, la imposibilidad de negociar su tratamiento, el control sexual y la persecución y el nuevo estigma serológico por ser portador del *treponema pallidum*. Veremos cómo algunos productos para la salud abonaron a la internalización de la culpa y del estigma por portar el agente patógeno de la sífilis, a través de metáforas y representaciones que enfatizaban que las personas con manifestaciones sifilíticas, en un primer momento, o con sífilis en un segundo momento, habían roto un pacto social.

### Capítulo 3. De los males de la sangre a los laboratorios infalibles: la sífilis en la prensa 1900-1950

Las percepciones y modificaciones en torno a la sífilis o a los padecimientos sifilíticos (en su concepción de mal venéreo, de patología hereditaria y de enfermedad de la sangre) se dispersaron a espacios no médicos, ni clínicos, cuya importancia difícilmente se puede minimizar. La prensa contribuyó a moldear las prácticas individuales y las formas de relacionarse con la sífilis. En este capítulo analizo las imágenes de la publicidad de productos vegetales, tónicos, depurativos y químicos, así como de pruebas de detección y de preservativos para la sífilis aparecidos en el diario *El Universal* de 1900 a 1950. Por cuestiones de tiempo, sólo analizo y presento las imágenes que consideré más representativas de este diario, aunque la recopilación fue de más de 4000 correspondientes a los cincuenta años seleccionados. Consideré la elección de ese diario por su importancia dentro de la ciudad de México. Como varios estudiosos de la prensa han señalado, fue uno de los primeros en producir de manera industrial su tiraje, en abaratar sus costos y en llegar a un número mayor de consumidores. (Toussaint, 1984, p. 36; Ortiz, 2003, pp. 41-46) A pesar de que no consideré acontecimientos sociopolíticos ocurridos en este periodo, como el fin del Porfiriato y la Revolución Mexicana, es importante señalar que en esta selección temporal hubo fases distintivas para el diario: la primera en la que fue subvencionado por el gobierno de Porfirio Díaz —de 1888 a 1910— y la segunda —iniciada en 1917— cuando su dirección quedó a cargo de Félix F. Palavicini y se le vinculó al gobierno posrevolucionario. (Ortiz, 2003, p. 48) Por encima de estos cambios de regímenes políticos, lo que se observa en la publicidad de productos para la salud es que hubo una continuidad de los modelos de salud y enfermedad de inicios del siglo XX hasta la década de 1940 (e incluso años posteriores), pero también la introducción de otros ideales que apelaron a nuevas nociones de la salud y del cuerpo construidas a partir de percepciones de la ciencia y del bienestar.

Las imágenes recabadas que pertenecen a estos cincuenta años me permitieron comprender cómo la representación de la sífilis se modificó, pero también se enriqueció en este período. Con los ejemplos propuestos, pretendo mostrar cómo —no sólo médica y científicamente— la sífilis era una enfermedad difusa, socialmente tolerada y no considerada

exclusivamente enfermedad venérea o de contacto sexual. Al iniciar esta investigación, yo consideraba que al introducirse el uso del salvarsán y de las pruebas de Wassermann, con sus respectivas variantes, se había modificado la percepción social de la sífilis de manera inmediata, pero la existencia de la prueba y la aparición de ciertos tratamientos antisifilítico y antivenéreos como el salvarsán y derivados del mercurio no eliminaron por completo las representaciones clínicas y sociales de la sífilis previas, acuñadas en el siglo XIX. Por el contrario, las nuevas construcciones sobre la sífilis como enfermedad contagiosa e higiénica y, previas, venérea o de contacto sexual interactuaron con ellas, se nutrieron y se reconfiguraron. El análisis de esta publicidad me permitió observar que las representaciones de la sífilis como enfermedad hereditaria, de la sangre, producto de la debilidad física, permanecieron con firmeza hasta la década de 1940 a pesar de las pruebas microbiológicas diagnósticas y los nuevos tratamientos farmacológicos. Estas interacciones entre las diferentes maneras de construir una enfermedad se evidencian claramente dentro de la publicidad, tanto en productos de origen vegetal como en farmacoquímicos.

La publicidad de productos farmacoquímicos para la sífilis no ofertaba sólo paliativos para el dolor –como los tónicos fortalecedores, depurativos o purificantes-, sino curas radicales, tratamientos completos, tónicos fortalecedores, tratamientos modernos y preservativos. El aumento en la oferta de estos productos provocó que la forma en que las personas se relacionaban con la sífilis se diversificara y se promoviera la creación de nuevas etiquetas para los enfermos, nuevas subjetividades producto de la identificación de los sujetos con las categorías que promovían estas imágenes, entre ellas: sujetos impuros, sanos, normales, inmunes, ricos, enfermos sexuales. Igualmente se reforzaron las ya existentes como enfermos crónicos, raquíuticos, debilitado morales, enfermos de la sangre o de la herencia.<sup>104</sup> Las etiquetas, como indica Hacking (2001), clasifican, dividen, diferencian y forjan maneras de relacionarnos con los fenómenos que ellas mismas crean. (p. 57) Por ejemplo, no era lo mismo relacionarse con un enfermo heredosifilítico, que con un enfermo sexual sifilítico. Con este análisis lo que muestro es que, atendiendo el planteamiento de Daston, los objetos científicos tienen una capacidad creativa y de arraigo que es imperceptible y que se nutre, fortalece e inserta en concepciones científicas

---

<sup>104</sup> Sobre la creación de etiquetas sociales, Hacking considera que estas generan la impresión de que existen clases de personas concretas. Estas clases se superponen a los sujetos. Las personas al interiorizarlas comienzan a interactuar con otras personas y con ellos mismos a partir de las etiquetas asignadas. “Lo que se construye no es sólo una clasificación”, sino “una cierta clase de persona”. (Hacking, 2001, pp. 57-58)

previas —puesto que a la vez las modifica— y en nuevas representaciones culturales —que también modifican las representaciones culturales previas del fenómeno.

Estas formas tan diversas en la presentación de los tratamientos para la salud tenían diferentes características. Por un lado, promovían una difusión de los avances científicos de manera popular; por otro, proponían etiquetas que orientaban una forma de relacionarse con las personas clasificadas y que podían servir no sólo para clasificar a los enfermos sino para discriminarlos. Por ejemplo, una etiqueta dada por un depurativo o un tónico a una persona que tenía manifestaciones sifilíticas la clasificaba como alguien con debilidad de la sangre o con una sangre impura, de manera que quienes se relacionaban con ella también la consideraban así. Pero una etiqueta dada por un arsenical o por la prueba de Wasserman la clasificaba como una persona con un padecimiento sexual y reproductivo, por lo que excluía a los enfermos de sífilis de cierta sociabilidad relacionada con la familia y la procreación. A través de los análisis de estas imágenes analizo cómo las etiquetas apelan a diferentes tipos de relaciones sociales y de sujetos, a la vez que los construyen.

Dorothy Nelkin (1990) considera que en la publicidad se ofrecen al público diversos tipos de soluciones a un problema y en ella conviven propuestas de productos para la salud contradictorias y complementarias. El público recibe, por ejemplo, en un mismo diario el conocimiento de los medicamentos científicos más vanguardistas en el mismo nivel que información sobre remedios y curas milagrosas, pero los recibe en forma de metáforas, que regularmente simplifican los mecanismos bajo los cuales funcionan los productos; no son recibidos ni construidos como imágenes o discursos explicativos que permitan entender el funcionamiento interno del producto, el método o el instrumento. (p. 79) Para el caso de los productos para la sífilis de 1900 a 1950 es visible el mismo fenómeno. En un mismo espacio se ofertaron diferentes productos que sugerían diferentes maneras de relacionarse con la enfermedad, desde tónicos milagrosos hasta inyecciones químicas mágicas, sin explicar cómo funcionaban ni la tradición científica a la que pertenecían. Mientras en los laboratorios se estaban generando las etiquetas de enfermo o sano sexual, aun sin haber estabilizado la prueba diagnóstica o los tratamientos, las etiquetas de la publicidad fueron más heterogéneas y se vincularon con otras dimensiones sociales.

Nelkin considera, y en esto coincide con ella, que los mensajes e imágenes contenidos dentro de la publicidad construyen el contexto cultural de recepción, pero estos mensajes no se

encuentran sólo ahí sino en toda una serie de productos culturales que van desde películas, canciones, libros, etc. A diferencia de otros autores que consideran a los mensajes un reflejo de la realidad, ella considera que los mensajes construyen precisamente esa realidad y posibilitan formas de relacionarnos con ella. Las producciones culturales son a la vez el mensaje y el contexto de interpretación, decodificación, reproducción y retroalimentación de las representaciones.

Hay una corriente común en gran parte de la investigación reciente, que consiste en considerar que los mensajes que transmite la prensa dependen del contexto social en que se reciben. Este contexto incluye educación, experiencia personas y grupos de referencia de los lectores. Pero las fuentes alternativas de información y creación de imágenes tales como programas de televisión, tiras cómicas y otros vehículos de la cultura popular, son también parte del contexto social. Estos transmiten un conjunto de imágenes de la ciencia y la tecnología que son en general consistentes con las de los periódicos y revistas populares. (Nelkin, 1990, p. 78)

Julieta Ortiz (2003) también estima que la publicidad promueve el consumo de los productos mediante el uso de metáforas, sin favorecer la construcción de explicaciones sobre los productos ofertados. Los medios a través de los cuales se construyen los mensajes siguen estilos pictóricos, técnicas de impresión, técnicas de publicidad y más; todo ello para lograr mensajes más convincentes y mejorar las ventas. (p. 89) En estas representaciones, en términos de Ortiz, o metáforas, en términos de Elaine Scarry (1994), siempre otras posibilidades de entendimiento de un fenómeno quedan excluidas. Scarry estima que la mayor parte de los anuncios publicitarios de productos para la salud identifican una característica del producto y exageran su función dentro de una ficción. En estas ficciones a veces la representación del sujeto enfermo es importante porque sobre él recaen los efectos hiperbolizados del producto; pero en otras, incluso, se omite a los sujetos a quienes va dirigido. (Scarry, 1994, p. 13) En este sentido, siempre habrá fenómenos relacionados con la salud o la enfermedad silenciados y otros que tengan mayor difusión.<sup>105</sup> En los anuncios publicitarios están insertas polémicas éticas y estéticas sobre lo que se representa y cómo se representa. Scarry (1994) y Susan L. Star (1991) coinciden en que algunas metáforas

---

<sup>105</sup> Hacking considera que las etiquetas funcionan a través de metáforas y las metáforas “influyen en el pensamiento de muchas maneras que son imperceptibles”. Le otorgan a los fenómenos características que por sí mismos no contienen y los movilizan en función de esas metáforas. Por ejemplo, al hablar de las metáforas de la guerra señala: “La predisposición a describir el desacuerdo profundo en términos de metáforas de guerra hace que la existencia de guerras reales parezca más natural, más inevitable, más parte de la condición humana. También nos traiciona insensibilizándonos ante la verdadera idea de la guerra, de modo que somos menos proclives a ser conscientes de cuán profundamente repugnantes son las guerras reales.” (Hacking, 2001, p. 12) Esto también se puede observar con las etiquetas dadas por los nuevos instrumentos y fármacos para la sífilis. Usaron metáforas de salud, de felicidad, de riqueza, de pureza, de atracción, que permitían aceptar cualquier tipo de método para alcanzarlos, por más violentos, nocivos o inciertos que fueran.

que construyen nuestras formas de entender los fenómenos pueden ser desensambladas y eso nos ayudaría a comprender algunos de los contenidos que encierran. Esto implicaría no sólo desmontar algunos de sus significados, sino también algunas de las relaciones de violencia que construyen. (Star, 1991, p. 30)

La publicidad de los productos para la sífilis —como patología hereditaria, como enfermedad de la sangre, como enfermedad infecciosa y como enfermedad de transmisión sexual— permite observar cómo las imágenes y los discursos que la acompañaron ofrecieron representaciones diversas de la enfermedad; algunas relativas a su origen (hereditario, debilidad sanguínea, agente etiológico), sus consecuencias sociales (imposibilidad de procrear, alejamiento social, vergüenza, pobreza económica) o las posibilidades de la prognosis (dolores físicos extremos, la muerte, la cura, la inmunidad). También construyeron nociones de lo científico pertenecientes a diferentes tradiciones médicas, como formas de detectarla (las revisiones de la medicina clínica o pruebas microscópicas pertenecientes a la microbiología o rayos X pertenecientes a los estudios de la imagen), de curarla (desde compuestos vegetales provenientes de la homeopatía a inyecciones de salvarsán provenientes de la farmacoquímica), de relacionarse con ella (desde sólo buscar paliativos para el dolor a buscar la cura radical; desde la aceptación del enfermo hasta su exclusión y discriminación) y de espacios para su atención (desde el autotratamiento, pasando por los consultorios y de ahí a las clínicas de especialistas).

El objetivo de este capítulo es analizar cómo esta publicidad construyó diferentes comunidades de enfermos. Para Star, el mercado genera etiquetas con las cuales los sujetos interactuamos y solemos identificarnos. Pero esta relación, que puede transformarse en sujeción, se puede subvertir cuestionando la forma en que esa relación se da —pues lo que está en juego es la heterogeneidad en donde los fenómenos no pueden ser reducidos a sólo una taxonomía del mercado. (Star, 1991, p. 39) Es decir, los sujetos no deben ser sólo consumidores de fármacos, sino que pueden ser usuarios conscientes de los productos para la salud; además de ello, pueden existir muchas formas de relacionarse con la salud, desde una forma vigilada por el Estado, hasta otra privada y autorregulada individualmente. Algunos autores sostienen que el mercado crea categorías homogéneas de consumidores en donde los consumidores reciben un guión sobre cómo relacionarse con los productos y qué consumir. Analizar la función de la publicidad en la construcción de comunidades para indagar cómo fueron sus experiencias de la enfermedad, me parece importante porque nos permite comprender cómo -a pesar de la implementación y

estandarización de nuevas metodologías científicas que tuvieron como principal objetivo localizar a poblaciones enfermas y después discriminarlas-, la comprensión de fenómenos del cuerpo y la salud no puede sujetarse a las normas y puede diversificarse basándose en múltiples contextos culturales de la publicidad, relaciones y contextos que no estén exclusivamente vinculados a la producción y al consumo industrial.

Para Foucault (2008), como ya he mencionado, existían dispositivos de poder en diferentes niveles. Consideraba, por ejemplo, que las escuelas y los hospitales generaban dispositivos autoritarios que tendían a disciplinar a los sujetos, muchas veces de formas forzosa. Pero creía que existían otros tipos de tecnologías que moldeaban y disciplinaban a los sujetos de forma voluntaria. A esas tecnologías las llamó *tecnologías del yo* y consideró que los sujetos nos apropiábamos de estas herramientas para ejercer un autocontrol corporal, un modelamiento de nuestra conducta, un control de nosotros mismos, una estilización de nuestros cuerpos, nuestras economías y nuestras costumbres. Mediante las tecnologías del yo, afirmaba, nos sometíamos a disciplinas de forma voluntaria. (pp. 72-73) Y esta normalización voluntaria puede estar en pro de una producción económica, una obediencia al Estado o una forma de interpretar y vivir lo normal desde el yo y su cuerpo.<sup>106</sup>

Considero que la publicidad de productos antisifilíticos, por sus características, funcionó también como una tecnología del yo para el público y actuó al mismo nivel que manuales de comportamiento, libros de conducta o folletos de recomendaciones. Es decir, funcionó dirigiéndose a los sujetos de manera individual y ejerciendo una interiorización de una economía del cuerpo. A través de la publicidad de estos productos, se estaba construyendo una forma de la experiencia y una serie de sugerencias en torno a qué fenómenos del cuerpo estar atentos, esto es, fueron una propuesta del cuidado de sí. (Foucault, 2008, p. 68) Así, la publicidad de productos antisifilíticos no sólo dictó un guion a los sujetos sobre cómo relacionarse con su cuerpo sino también con la sífilis, a la par que con otros aspectos como la economía, la familia y el género. Joan Scott (2008) considera que no es posible separar ninguno de estos fenómenos debido a la interrelación tan estrecha que presentan, pues la construcción de uno implica la

---

<sup>106</sup> En su libro *Las tecnologías del yo*, Foucault hizo un recorrido sobre diferentes formas en que se construye el sujeto su interioridad y algunas de las tecnologías que son usadas para construir la subjetividad. En este sentido, por ejemplo, para él, las cartas, los exámenes de conciencia, el recordar el devenir de lo cotidiano todos los días o la interpretación de los sueños fueron tecnologías del yo en la época grecolatina en diferentes momentos y sirvieron para que los sujetos ejercieran un cuidado de sí mismos. (Foucault, 2008, pp. 72-73)

construcción de otros fenómenos contiguos. (p. 65) Los libros que indican qué cuidados debe tener uno en la cotidianidad; los instructivos sobre cómo administrar mejor nuestras finanzas, nuestras emociones o la energía de nuestros cuerpos; los anuncios publicitarios sobre cómo notar que estamos enfermos y asistir al médico; todas son tecnologías del yo. Por su parte, Haraway (1995) considera que la experiencia no es un acto individual sino un acto social que se construye a partir de un modelo, este modelo nutre la forma en que entendemos las experiencias, las vivimos y las recreamos. De esta manera, desde los dispositivos hasta las tecnologías están construyendo muchas de nuestras nociones de género, de salud, de riqueza, de enfermedad, de productividad, del bien, entre otras. Es a través de estas tecnologías del yo que los sujetos construimos gran parte de nuestras experiencias:

Es fundamental ser responsable de la política de la experiencia en la institución de «estudios de la mujer», lo cual no resulta fácil. Tampoco es obvio cuál será la forma que tomará, ni como deberían ser abordadas las luchas a propósito de las articulaciones de la experiencia ni los diferentes posicionamientos para lograrlas. Tampoco se le puede permitir a la experiencia que aparezca como eternamente plural e inatacable, como si fuese algo evidente y asequible cuando miramos «dentro» de nosotras y sólo existiese el yo de un grupo. La experiencia es un producto y un medio importantísimo del movimiento de la mujer, y debemos luchar por los términos de su articulación. Las mujeres no tienen a mano la «experiencia» ni tampoco ellas/nosotras tenemos la «naturaleza» o el «cuerpo» preformados, siempre inocentes y a la espera de las violaciones del lenguaje y de la cultura. Al igual que la naturaleza es uno de los productos de la cultura más asombrosos y no inocentes, la experiencia es uno de los aspectos del movimiento histórico de encarnación menos inocentes y menos evidentes. (Haraway, 1995, p. 184)

Foucault considera que del modelo capitalista surgió una forma particular de tecnologías del yo que se adecuaron con otras formas de disciplinamiento y formas de regulación de las poblaciones. Estas posibilitaron que los sujetos se construyan como ciudadanos, trabajadores, personas saludables y reproductivas, padres, madres, etc., y se vinculen con las expectativas del Estado. Él consideraba que en esta medida los Estados contemporáneos no sometieron de manera estricta a las poblaciones a un disciplinamiento, sino que construyeron mecanismos en que los individuos o sujetos se regulasen a sí mismos y de esa forma normalizaran sus cuerpos y, por ende, se normalizara la población. (Foucault, 2006a, p. 199) Pero como señalé líneas atrás, el modelo estabilizador que estas tecnologías producen ya sea de la sexualidad, de lo sano, del trabajo, del género, no se puede controlar por completo. De hecho es un modelo muy variable, que, a pesar de tender a su solidificación y a dejar fuera posibilidades de representación, construye otras, además de que su recepción tampoco puede ser completamente controlada.

La interpretación de Foucault, considera que bajo el modelo liberal hubo una intensificación del poder del Estado, que se volvió un regulador, un administrador. Para él, la institucionalización de muchos espacios al servicio del Estado refleja el incremento de su capacidad de control. La función del Estado liberal, a diferencia de otros modelos de Estado, era administrar la crisis a través de un establecimiento de medidas cautelares. Una de esas medidas se centró en el control de las poblaciones y para ello la labor de la medicina fue fundamental. (Vázquez, 2010; Foucault, 2006c, p. 204) Por su parte, el Estado trata de evitar riesgos, por lo que pondrá empeño en regular situaciones, fenómenos y poblaciones que impliquen un riesgo a futuro. En este sentido, el riesgo debe ser evitado. (Foucault, 2006a, pp.196-197) En México, como lo señalé en capítulos anteriores, la configuración del Estado nacional posrevolucionario se asemeja con el modelo del estado interventor y el estado de bienestar. Pero la publicidad de productos para la salud -que jamás dejó de aparecer- se construyó a partir de una lógica de mercado propia de un estado liberal, en donde los sujetos fueron construidos como consumidores. Contrario a lo que algunos creen, el Estado de bienestar no dejó de construir consumidores, pues construir consumidores es construir sujetos convecidos y deseosos de productos, normas sociales y deseos. El Estado de bienestar construyó las condiciones para que todos los ciudadanos pudieran ser consumidores, de ahí la necesidad de generar salarios estandarizados y proveer a los consumidores de productos. Esto es, que en cuanto a la construcción de los sujetos estos dos modelos de Estado no se contraponen, pues ambos buscan un tipo de ciudadanos que se autorregule, el Estado liberal de forma privada y el Estado interventor con el auspicio del Estado.

La oferta de productos para la salud fue considerada una amenaza por parte de algunas autoridades sanitarias mexicanas desde finales del siglo XIX y esta consideración acentuó en el siglo XX, como varias autoras lo han sugerido (Gudiño, 2009; Carrillo, 2010; Zavala, 2015). Este rechazo a la oferta de productos para la salud y el autocuidado, principalmente después de la Revolución, planteaba un incremento del control del Estado sobre problemáticas relacionadas con el control de la población, pero también una tutela de las prácticas médicas y científicas. Se consideraba que la oferta de los productos para la salud no estaba bien regulada y eso permitía lucrar con ella. Las medidas gubernamentales que se ejecutarían en el siglo XX estarían dirigidas a alcanzar un mayor control sobre la producción y el consumo de estos productos, lo cual se expresó en *Reglamento para el registro y certificación de Medicinas de Patente, Especialidades*

y *Productos de Tocador, Higiénicos, de Belleza y demás similares* (1928). El consumo de productos para la salud representaba una disidencia sobre la forma normalizada en que las autoridades sanitarias pretendían difundir el control de la salud y la enfermedad a partir de 1926, cuando el sistema sanitario se reforzó. La expansión de los servicios médicos a través de las instituciones del Estado hacia 1944 facilitó una mayor difusión de este modelo paternalista y protector, pero no desplazó jamás el modelo del autocuidado y la automedicación.

Considero que el propio sistema liberal difundió formas del cuidado de sí diferentes a las que el Estado de bienestar posrevolucionario proponía con sus campañas sanitarias. En las campañas sanitarias se establecía una sólo forma de relacionarse con el cuerpo asentada en el Código Sanitario, bajo el control y sometimiento a un médico (por todo el nivel de experticia que significa usar tratamientos con fármacos o someterse a una prueba serológica); mientras que en el modelo liberal, el sujeto era un autoregulador de su cuerpo y de su consumo. La publicidad de productos para la sífilis funcionaba bajo esta idea de que el sujeto podía tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud, pero, de la misma manera, transmitía una serie de valores relacionados con los nuevos principios sociales y económicos. Al respecto, cabe recordar que Max Weber (1969) considera que la moral económica capitalista es visible en aspectos de la vida cotidiana que forjan a un sujeto disciplinado, que cuida su conducta, su riqueza, su familia y su futuro.<sup>107</sup> Este sujeto se popularizó a través de la publicidad de productos para la salud en el que se difundió un modelo de sujeto económico cada vez más racionalizado, el cual no desapareció con el cobijo del Estado benefactor.

Los roles tanto de los médicos como de los enfermos se modificaron puesto que el saber de los primeros se impuso frente a los testimonios de los segundos, como propuse en el capítulo anterior. Aunque la pretensión de las autoridades médicas posrevolucionarias era que su modelo de salud fuera unitario, éste realmente se esparció de manera fragmentadas pues -como hemos leído- hubo toda una serie de dificultades materiales, económicas, estructurales, comerciales y de difusión de saberes que imposibilitaron una estandarización y solidificación de sólo este modelo.

---

<sup>107</sup> Weber consideraba que la ética protestante había moldeado gran parte del pensamiento de la economía capitalista privada. Se basaba la nueva moral en una racionalización de la conducta. En este nuevo modelo todo obedecía a un disciplinamiento que permitiera llevar una vida ordenada. (p. 79) En este sentido toda la vida de los sujetos debería de someterse a una racionalidad, este modo de observar la vida se difundió al grado de que se uniformizó en un estilo de vida. (Weber, 1969, p. 239)

Algunas investigaciones de otras autoras han mostrado las dificultades del Estado mexicano para establecer controles en torno a ciertas enfermedades y el fracaso de algunas de sus políticas sanitarias en torno a la sífilis. (Rivera-Garza, 2001; Blis, 2003) Pero a diferencia de ellas, yo no considero que el fracaso se debiera a dificultades de las campañas sanitarias, a decisiones políticas, a falta de políticas de salud más acertadas o a resistencia de la gente a someterse a la vigilancia médica (pues como lo veremos las personas aceptaban la vigilancia médica en servicios privados), sino a las dificultades mismas de las prácticas médico científicas, las cuales no habían estabilizado ni estandarizado ni a los tratamientos ni a las pruebas de detección, ni a los instrumentos científicos ni a sus saberes disciplinarios. Esta incertidumbre creada por los nuevos métodos e instrumentos científicos es evidente en esta publicidad y su inestabilidad provocó representaciones igual de inestables sobre la enfermedad a lo largo de estos casi cincuenta años.

### 3.1 La sífilis y el cuidado de sí

Foucault (2008) considera que hay varios modelos del cuidado de sí, reconoció tecnologías que permitían al individuo aprender el cuidado de sí mismo y otras que fomentaban el sometimiento al cuidado de otro. Las distinciones son importantes en tanto que un modelo propone que el sujeto tenga un autoaprendizaje de su cuerpo y él mismo sea su regulador, aunque casi siempre dentro de un marco de posibilidad sancionado por la cultura y la infraestructura. Mientras que el modelo del sometimiento al cuidado de otro implicaba una sujeción a una autoridad que determinaría si la conducta de uno mismo con su cuerpo y con su vida era la adecuada. En los anuncios de la publicidad de productos para la salud uno puede distinguir estos dos modelos. Aquellos que le sugerían al sujeto conocerse a sí mismo y determinar si estaba enfermo y aquellos otros que eran una guía para que él diese información precisa al médico o se sometiera a saberes considerados más autorizados. En un modelo, por medio del autoconocimiento, el sujeto era quien debía determinar si estaba enfermo o no. En el otro, la sujeción al médico implicaba incluso una confesión y mostrar aquello que se consideraba oculto, para que él juzgase el procedimiento a seguir.

Como mencioné líneas atrás, los productos para la salud proponen una ficción. En esta no siempre fue el médico un personaje imprescindible. El cuidado de sí se orientó así en dos direcciones: por un lado, a la automedicación y, por el otro, al tratamiento dado y vigilado por un

médico. Por ejemplo, los anuncios del “Específico Zendejas” o la “Zarzaparrilla del Doctor Ayer” de inicios de siglo promovían una forma de estar atentos a las manifestaciones de la sífilis, llamada también mal venéreo o enfermedad de la sangre. Los anuncios publicitarios ofrecían al público un producto que el individuo podía conseguir sin necesidad de mediadores. Se promovía de la misma manera el consumo de un producto que funcionaba para múltiples enfermedades y padecimientos. El cuidado de sí no se basaba en la experticia de saberes disciplinarios, sino en el conocimiento de uno mismo.<sup>108</sup>

Estos productos funcionaban, como Rosenberg (1992) ha señalado, en una lógica de la medicina diferente, en donde la eficacia de la homeopatía era indudable y los modelos morales, etiológicos, humorales y clínicos se interrelacionaban. Así, la eficacia de un producto no se ponía en duda y cuando era analizada era para valorar su originalidad, evitar su falsificación o su adulteración. Estos productos no dependían de la intervención del médico y fueron los primeros en promover la idea de un único producto, más o menos homogeneizado, para un padecimiento físico. Alejados del mundo de la medicina microscópica contemporánea, la noción de lo falso, lo no original o lo adulterado que promovió la publicidad generó la impresión de que los productos para la salud sólo fallaban cuando no eran originales. Los productos de origen vegetal de inicios del siglo XX existieron dentro de un contexto en donde no había una regulación de los medicamentos, la población daba mayor fiabilidad a los productos extranjeros, la oferta de productos mexicanos era escasa y no existía la noción de una acción específica del medicamento. (Rosenberg, 1992, p. 50) La llegada de los arsenicales estuvo marcada por una preferencia por los productos extranjeros y una mayor oferta de los mismos. Estos eran principalmente de origen europeo. Ninguno de los productos, mayoritariamente homeopáticos, pasaba por una verificación de sus fórmulas.

---

<sup>108</sup> Foucault planteaba que las tecnologías del yo permiten a los individuos “efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad.” (Foucault, 2008, p. 48) Para él la tradición cristiana había introducido una forma de tecnología del yo en donde era el pastor quien debía dictaminar si el examen del individuo de sí y su actuar eran correctos. (Foucault, 2008, p. 98) Esta tradición fue traspasada a los médicos y autoridades en otros modelos de Estado. Por el contrario, el modelo senequista de la tecnología del yo “el examen de sí, el juicio y la disciplina” mostraban el camino al conocimiento, en donde el sujeto debería poner en balanza sus pensamientos, sus acciones y la virtuosidad de ambas. (Foucault, 2008, p. 86) Para él existían tres tipos de examen de sí mismo: “primero, el examen de sí referido a los pensamientos en correspondencia con la realidad (cartesiano); el segundo, el examen de sí referido a la manera en que nuestros pensamientos se relacionan con las reglas (senequista); tercero, el examen de sí referido a la relación entre el pensamiento oculto y una impureza interior.” (Foucault, 2008, p. 90)

La única garantía que tenían los sujetos de que los productos publicitados funcionaban la ofrecían los testimonios (reales o ficticios) que la publicidad ofrecía. Rosenberg considera que los sujetos pensaban en sí mismos como farmacéuticos entrenados. (Rosenberg, 1992, p. 68) En los casos de Inglaterra que él ha estudiado, algunos vecinos con prestigio o familiares de algún miembro importante de la comunidad —en general personas que se consideraban de moral intachable— ejercían las funciones de los médicos y se estimaba que sus terapéuticas no diferían a las dadas por un galeno de academia. (Rosenberg, 1992, p. 36) Pero en la publicidad, el funcionamiento de un producto era defendido basándose en su antigüedad y en supuestos testimonios impresos de los consumidores. Por ejemplo, las “Zarzaparrilla y píldoras de Bristol” se anunciaban para las “enfermedades de la piel y la sangre” y se decía que existían desde 1832. Aseguraban que después de “casi tres cuartos de siglo” tenían un “éxito” jamás alcanzado por otra preparación, pues los “remedios” Bristol seguían produciendo cada día “las mismas sorprendentes curaciones” que les habían valido su “bien sentada fama”. Eran infalibles para “limpiar la sangre y los humores y curar el Reumatismo, las Herpes y todo desarreglo del Hígado, el Estómago y los Intestinos”. (*El Universal*, 7 de junio de 1900, p. 2)

En cuanto a la originalidad del producto, después de describir sus capacidades, se sugería verificar que tuviera el sello de garantía. Por ejemplo, la “Zarzaparrilla Iodurada de Gustave Chanteaud” se anunciaba como purificante “de la sangre, depurativo” de “infartos ganglionarios, fenómenos sifilíticos secundarios y terciarios, vicios de la sangre, afecciones cardíacas, asma, etc.” Se recomendaban de dos a seis cucharaditas de “ioduro potásico químicamente puro” para una persona enferma. (Ilustración 1) Su origen era francés y se recomendaba verificar la originalidad del producto comprobando la presencia de la marca en la parte superior de la botella. (Ilustración 1) De la misma marca se anunciaba el “Glifosfato Granulado Gustave Chanteaud” como “tónico del sistema nervioso” para las “debilidad o perturbación nerviosa, locura, histerismo, anemia, ciorisis[sic], tuberculosis”, especificando su fórmula, la cual tenía “hierro, de sosa, de cal y de magnesia” los cuales eran descritos como los “cuatro fosfatos indispensables á la nutrición de nuestros tejidos”. (*El Universal*, 12 de enero de 1900, p. 3) La publicidad siempre representaba el producto ofertado, la etiqueta con el nombre de la marca y la descripción de sus propiedades. Se pretendía familiarizar al producto con el público y así evitar el consumo de los productos con presentaciones similares.



**Ilustración 1 *El Universal*, 3 de enero de 1900, p. 2**

Purificante de la sangre, depurativo: infartos ganglionales, fenómenos sifilíticos secundarios y terciarios, vicios de la sangre, afecciones cardiacas, asma, etc. Cada cucharadita de las de café contiene 50 cg. De ioduro potásico químicamente puro. Dosis: 2 á 6 cucharaditas de las de café al día, en agua. Debe tener la marca arriba.



**Ilustración 2 *El Universal*, 6 octubre de 1925, p. 2 (segunda sección)**

JARABE DE GIBERT y Grajeas de Gibert AFECCIONES SIFILÍTICAS , VICIOS DE LA SANGRE Productos verdaderos fácilmente tolerados por el estómago y los intestinos. Exíjanse las firmas del D'GIBERT y la BOUTIGNY, Farmacéuticos Prescritos por los primeros médicos. DESCONFÍESE DE LAS IMITACIONES

El caso del “Específico Zendejas” (Ilustración 3) es interesante porque hacía señalamientos a la composición de otros productos que eran sólo agua envasada con azúcar y daba a quien lo consumía la impresión de que se fortalecía por las calorías que tenía. En esta época fueron famosos toda una serie de tonificantes cuya composición se basaba en alcohol y azúcar, con los cuales las personas se sentían vigorosas. Los anuncios de este específico, a diferencia de otros que veremos en otra sección, mostraban la botella con la etiqueta en donde supuestamente estaba grabado el rostro del Dr. Zendejas. Este tipo de anuncios estaban asociados al valor dado en esa época al aspecto físico, el retrato impreso de alguien con un apariencia física respetable funcionaba como marca y como garantía de que el producto era eficaz. Además apelaba a una ficción en donde estos sujetos eran representantes de los profesionales del conocimiento por lo que con frecuencia aparecían con traje, con toga o con bata de médicos. (Ilustración 5) Y en donde se presentaba una breve biografía en donde se exaltaba la honorabilidad del médico, llamado con frecuencia “profesor”.



Ilustración 3 *El Universal*, 7 de octubre de 1917, p. 5

Quiere Decir Sangre Pura

Desconfíe de los Específicos Baratos que no son más que AGUA DE AZÚCAR más o Menos Bien Envasada. Cuando le hablen de MILES DE CASOS CURADOS, o Verdaderos Milagros, **Informese de los Antecedentes de las Personas que le Ofrecen ESPECIFICOS y del Tiempo que Hace que Dichos Especificos Fueron Lanzados al Mercado. Su Salud es lo Primero. Y Ud. debe tener la seguridad de que toma una medicina y no un veneno.** Tenemos a su Disposición un Album de Testimonios de Incansable Antigüedad asi Como un Grupo de Fotografias que Convencen al más Escéptico. Decimos que Curamos, y Personas de Todas Clases Sociales, Dicen lo que Nosotros. El ESPECIFICO ZENDEJAS no falla nunca.[...] (Negritas mías.)



Ilustración 4 *El Universal*, 4 de enero de 1900, p. 4

**CURACIÓN RADICAL DE LA IMPUREZA DE LA SANGRE EN PASTILLAS Y POMOS.** Inmensos sacrificios y gastos sin medida me ha causado el cambio nuevo de forma que he dado á mi medicina. **Al ponerla en pastillas ha conservado su antigua pureza y su misma cantidad de principios activos de manera que obra con la misma seguridad y energía que la de los antiguos pomos, los cuales siguen a la venta para las personas que así lo deseen.** Mi medicina ha curado a muchos miles de enfermos.

El público toma mi medicina sin recelo y con toda fé en el éxito; los médicos más experimentados la recomiendan sin reserva. **Las páginas de los registros están llenas, en que constan los certificados, que no se publican por guardar la discreción necesaria en estos casos.** No olvidar que mi medicina, ya sea en pomos o en forma de pastillas, cura en un término no menor de 15 días ni mayor de 50 las afecciones siguientes:

Enfermedades de las señoras, reumatismos, gota, mal venéreo, escrófulas, gonorrea, anginas, úlceras, tumores, erupciones hepáticas, hervor de sangre, mal del pinto, calvicie prematura y todo lo que dimana de la impureza de la sangre. Estas pastillas las puedo remitir por correo, siempre que se me remita \$1.50 cs. Importe en cada caja y 10 centavos más por gastos de correo. **Son muy cómodas para llevarse en el bolsillo y se toman con mucha facilidad.** ESTABLECIDA EN 1890. El precio de los pomos es el mismo que es de las PASTILLAS. [...] (Negritas mías.)

Otros productos prometían la “cura radical” de las impurezas de la sangre en una cómoda presentación en pastillas, para que así la cura fuera fácilmente transportable. (Ilustración

4) Estos anuncios diseminaron la concepción de que los tratamientos clínicos eran difíciles, pues para recibirlos los enfermos deberían de permanecer en encierro y bajo cuidados especiales. Por el contrario, las pastillas para las impurezas de la sangre eran perfectamente adaptables a la

movilidad de la vida de inicios del siglo XX. Se aseguraba que contenían las mismas propiedades activas que los productos líquidos y que no había una diferencia marcada e importante entre ambas presentaciones. Esto significaba no sólo que las personas tuvieran miedo a permanecer aisladas durante su enfermedad, sino también que las actividades cotidianas imponían cada vez mayores desplazamientos. La publicidad de estos productos promovía, además del autoconsumo, un conocimiento de las enfermedades de forma general. Se promovió un conocimiento extenso de todo tipo de enfermedades porque se consideraba que ocurrían paralelamente, puesto que la patología era holística. (Rosenberg, 1992, p. 76) Por ejemplo, en la propaganda del “Profesor Collins” (Ilustración 5) se promovió una autovigilancia del cuerpo con ayuda de un cuestionario que se publicaba en el mismo anuncio. Pedían que el enfermo respondiera con “sís” o “nos”. Debido a que era un producto de origen norteamericano, se consideraba que un cuestionario facilitaría la comunicación con los “médicos”. El cuestionario incluía preguntas como: ¿Oye usted con dificultad? ¿Tiene usted dolor bajo las orejas? ¿Padece usted algún dolor en el cuerpo? ¿Expele usted fácilmente el aliento? ¿Tiene usted frialdad en la espalda?, entre otras. Pero se indicaba que en caso de saber inglés, el enfermo podía enviar descripciones detalladas de sus síntomas. El ficticio Prof. Collins haría el diagnóstico y enviaría el “remedio” personalizado. El mensaje aseguraba que, aunque todos los tónicos servían para purificar la sangre, no todos funcionaban de la misma manera y cada fórmula debía ser modificada de acuerdo al padecimiento y al enfermo.

En este tipo de anuncios fue donde se divulgó inicialmente la posibilidad de un tratamiento personalizado, en donde cada cuerpo debería sujetarse a dosis diferentes. De esta manera, si el producto no funcionaba se debía a que la dosis no había sido la adecuada. Ambos razonamientos exculpaban al producto de no dar resultados, a la vez que difundía nociones científicas que se estaban construyendo en torno a la dosificación. En las discusiones de la dosimetría al interior de los laboratorios se estaba construyendo la noción farmacológica de dosis personalizadas. Como es posible leer, en estos anuncios la noción del tratamiento tenía que ver más con la experiencia de la mejoría del enfermo que con la posibilidad de la estandarización del mismo. De hecho, la noción de la dosificación personalizada sirvió a muchos de estos productos para ser exculpados de su carencia de eficacia hasta mediados del siglo XX. Puesto que no existía la noción del tiempo para obtener la cura y la noción de cura no tenía que ver con nuestra noción contemporánea de ausencia del agente patógeno, la percepción de una mayor

posibilidad de mejoría se basaba en un consumo mayor de un producto, por más tiempo, de una única marca y que fuese original.



**Ilustración 5** *El Universal*, 16 de noviembre de 1900, p. 3

[...]El Prof. Collins, consume curas maravillosas que la prensa de los Estados Unidos de la América del Norte, relata casi diariamente. Él, ha consagrado toda su vida en Europa y América al estudio de todas las enfermedades, al uso debido de las medicinas y a la experimentación en todos los hospitales. En la actualidad disfruta la reputación del principal especialista de América. No desesperar, el tiempo de su enfermedad y lo que le hayan dicho otros doctores no importan, este Ud. seguro de una cosa: “El Prof. Collins, le curará sin remedio”. **El método mejor, para obtener vuestra enfermedad curada, es este: Lea Ud. cuidadosamente y sin equivocarse las preguntas, siguientes, apuntando fuera todas las enfermedades que adolezca.** El Prof. Collins, desde aquí, derivará sus infalibles conclusiones respecto á su dolor, y con el uso de remedios será Ud. incuestionablemente curado. El Prof. Collins, no puede vivificar los muertos, sólo puede con sus remedios y métodos curativos reconocidos por las autoridades del mundo, sanar decididamente todos los casos aunque estos sean crónicos ó desahuciados.

**Escriba Ud. “SI” ó “NO”** al lado de cada una de las preguntas contenidas en este aviso mándelo con su nombre y dirección al Prof. Collins. Si intenta Ud. **escribirle más particularmente, use vuestro ó nuestro idioma, é inmediatamente recibirá Ud. la respuesta diciéndole lo que debe hacerse para restablecerse nuevamente, lo que conseguirá Ud. con el uso de sus remedios que son preparados bajo un personal superintendencia** en el laboratorio del Instituto Médico Nueva York. Estas son las pregunta: [...] (Negritas mías.)

Este modelo siguió presente incluso a finales de la década de los treinta. El tipo de anuncios similares al del “Prof. Collins”, a diferencia de los que sólo promovían el consumo de un producto, exigían una autoinspección constante del cuerpo y daban un guion o instrucciones sobre cómo hacerlo. En este caso, bajo una especie de confesión. Así, no sólo promovían la personalización del producto sino la confesión de la enfermedad a alguien más. Fue un momento en donde se introdujo poco a poco la noción del experto en medicina, diferente a la noción de Rosenberg del “vecino farmacéutico” o doctor. En este sentido, la propuesta publicitaria promovía no tanto desconfiar de lo que el cuerpo mismo dijera como promover la validez de la opinión de un “experto”. El cuerpo dejó de ser un terreno transparente para el paciente que le revelaría la enfermedad a través de la simple observación y comenzó a ser visto como un territorio que debería ser mediado por saberes disciplinarios. Estos tipos de anuncios promovían una experiencia de la enfermedad modelada como un diálogo aparente.

En la Ilustración 6, el tipo de preguntas que vemos en el anuncio del “Prof. Collins” se repiten. Se vuelve a hacer énfasis en la imposibilidad de todas las personas para acceder a los servicios de un médico, por lo que también se ofrecía una consulta y diagnóstico de manera gratuita. La oferta era tanto para quienes vivieran dentro de la ciudad como para quienes vivieran en provincia, ya fuese con una consulta de modo presencial o por correspondencia. Al respecto, cabe señalar que las consultas por correspondencia fueron un instrumento muy usado antes del establecimiento de los servicios sanitarios federales y tuvieron una amplia difusión en la publicidad. Incluso en la década de los treinta, los médicos del Departamento de Salubridad Pública se quejaban de las costumbres que tenían las personas de solicitarles diagnósticos de sífilis y el envío de curas por correo. Colin sugiere que este tipo de anuncios difundió modelos de igualdad, ya que promovían la idea de que todos tenían derecho a acceder al cuidado de la salud por un experto en medicina. (Colin, 1996, p. 24) Al ofertar los servicios para cualquier tipo de “bolsillo”, se promovió que poblaciones que se consideraban excluidas de los servicios de salud, se pensasen como sujetos también dignos de los beneficios de los avances médicos y farmacológicos, que comenzaran a percibir el derecho a la salud como algo que no deterioraría la estabilidad económica.<sup>109</sup>

De estos anuncios también se nutrió la reticencia de las personas a acudir a consultas presenciales con médicos titulados, ya que estos eran percibidos como costosos y poco dadivosos pues no otorgaban los compuestos o fármacos gratuitamente. Esta representación de la consulta médica como un bien gratuito fue atacada por los médicos de la Academia Nacional de Medicina, antes de la profesionalización de la salud pública, pues consideraban que afectaba su derecho a cobrar tarifas que estimasen justas. Porter (1992) señala que durante mucho tiempo los médicos no pudieron vivir decorosamente de su salario, pues no se consideraba que sus servicios inciertos valieran la pena, ni que debieran lucrar con la salud. Como Prieto (2011) contaba en sus crónicas de mediados del siglo XIX, la salud era vista como un servicio de caridad, que no podía ser negado a nadie y al que no se podía poner un precio fijo.

---

<sup>109</sup> Sobre esto, Colin sugiere que la publicidad tuvo un rol muy importante en la difusión de los principios de igualdad provenientes de la Ilustración: “Commerce in words as well as things was a defining characteristic of the Affiches. They overlooked their profit-oriented organization to conceive themselves playing an altruistic role in the diffusion of Enlightened ideas and in the infusion of opinion with Enlightenment values.” (Colin, 1996, p. 24)



Ilustración 6 *El Universal*, 1 de julio de 1923, p. 12 (primera sección)

¿POR QUÉ NO SABA UD. PUDIENDO HACERLO?

- Padece Ud. de Impotencia?
- Padece Ud. del Sistema Nervioso?
- Padece Ud. del Estómago?
- Padece Ud. de los Riñones?
- Padece Ud. de Ataxia Locomotriz?
- Padece Ud. de Neurastenia?
- Padece Ud. de la Sangre?
- Padece Ud. del Corazón?
- Padece Ud. del Hígado?
- Padece Ud. Reumatismo?
- Padece Ud. Gonorrea?
- Padece Ud. Parálisis?
- Padece Ud. Agotamiento General?
- Padece Ud. Estrechez?
- Padece Ud. de Insomnio?
- Padece Ud. Estreñimiento?
- Ha perdido Ud. la Memoria?
- Tiene Ud. mucha Tristeza?
- Tiene Ud. mal sabor de Boca?

Si padece Ud. de cualquiera o varias de dichas enfermedades, ponga usted fin a sus sufrimientos, consultando en seguida a los doctores YOUNG & RASCHBAUM. [...]

Si su caso es crónico y ha probado usted infinidad de medicinas sin conseguir su alivio, ello no quiere decir que su caso sea incurable; significa simplemente que su enfermedad no ha sido tratada aún por un **Especialista competente**, y que además con los conocimientos necesarios, cuente también con los **medicamentos apropiados** al caso. Los doctores Young & Rashbaum disponen de ambas cosas Y NADA EN LO ABSOLUTO COBRAN NI POR LA CONSULTA, NI POR EL RECONOCIMIENTO motivos todos estos de la amplia confianza que su CONSULTORIO ha inspirado a cuanto enfermo ha tenido la oportunidad de enterarse sobre el particular. [...] CONSULTA Y **RECONOCIMIENTOS ENTERAMENTE GRATIS** Y SIN EL MENOR COMPROMISO PARA EL ENFERMO. Si vive usted fuera de la Capital y no puede venir, **ESCRIBANOS pidiendo CUESTIONARIO**. [...] (Negritas mías.)

Además de los anuncios, que mediante diferentes recetas publicitarias, promovían el cuidado de sí, sabemos de la existencia de libros y manuales que también lo difundieron. En esta investigación no fue posible consultarlos, pero sabemos de su abundancia por los anuncios que promovían. Rosenberg (1992) sugiere que estos estaban dedicados a una élite que consideraba que debería de cuidar de los suyos. La publicidad de estos manuales para la salud explicaba que los libros versaban sobre cómo curar las enfermedades, cómo estar sano, cómo cuidarse sin necesidad de recurrir al médico, cómo curar a otros. Algunos de estos libros comenzaron a

diversificar sus contenidos, refiriéndose a aspectos específicos de la salud, como la salud sexual. El mensaje de los anuncios indicaba que esos materiales revelarían una verdad no dicha sobre la “vida sexual”. (Ilustración 7) Se difundió que era la falta de información clara y precisa la que provocaba “desgracias”, como también lo hicieron las campañas morales ya revisadas en el capítulo anterior. En este sentido, la función del libro era la de prevenir enfermedades futuras. Los libros sobre la salud sexual se ensamblaron con una idea de la prevención, de la seguridad y del control a nivel individual. Y reforzaron la noción de que los conocimientos o los productos que curaban eran aquellos producidos de forma científica, aunque nunca explicaron con exactitud a qué se referían con “lo científico”. Por ello supongo que podrían referirse a una forma racional de concebir el cuerpo, las enfermedades y su cuidado. A diferencia del discurso de la campaña moral, no consideraban que esos conocimientos científicos debieran ceñirse a las costumbres y tradiciones morales de una sociedad.

Compatibles con la lógica de que cada sujeto se convirtiera en el médico de su propio cuerpo, la publicidad de algunos de estos manuales (Ilustración 7 e Ilustración 8) promovía el autocuidado y la prevención. Al convertirse uno en el médico de sí mismo, se podía alcanzar incluso una experticia suficiente capaz de extenderse al cuidado de los otros. Así, lo que otorgaba la legitimidad de curar a alguien era el mantenimiento de la salud propia, pues esta significaba que el sujeto era lo suficientemente virtuoso como para recomendar a los otros cómo cuidarse, prevenir enfermedades y curarlas. La valoración de quién era más o menos virtuoso estaba relacionada con la función que se tuviese dentro de una comunidad. Por ello, considero que el profesional de quien se desconocía su pasado y su virtuosidad —que laboraba al interior del Consejo o Departamento de Salubridad Pública o de otro recinto hospitalario, ajeno a las dinámicas de una comunidad— tampoco fue aceptado fácilmente por la población.



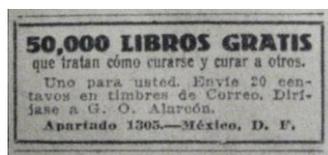
Ilustración 7 *El Universal*, 1 de julio de 1927, p. 1 (segunda sección)

#### LA VIDA SEXUAL

El objeto de este libro es **presentar el sexo tal cual es**, discutiéndolo bajo sus aspectos más nobles y elevados y **dando sólo hechos científicos y verdades** bien reconocidas por las autoridades más eminentes.

Es un libro muy franco, es verdad: algunos dirán, tal vez que es demasiado franco. Pero la franqueza en este caso es la más necesaria: es preferible dar a todos una explicación clara y COMPLETA de todas las materias sexuales, que dejarlos en la ignorancia o revelarles únicamente parte de la verdad. No existe ni un solo hombre ni una sola mujer –solteros o casados- que no tenga necesidad absoluta de saber lo que este libro contiene. Las **numerosas tragedias** que acaecen diariamente demuestran la necesidad de plena franqueza y honrada discusión de los problemas más importantes de la vida. [...] (Negritas mías.)

Algunos autores sugieren que estos manuales promovieron una moral económica capitalista que modulaba el cuerpo de forma racional. En este sentido, el cuerpo podía mediante la disciplina y el cuidado, evitar la llegada de cualquier enfermedad. Así, el autocuidado se relacionó con la lógica capitalista porque un cuerpo sano era el reflejo de un cuerpo que estaba bien racionalizado, trabajaba y descansaba de forma cronometrada, comía y bebía de forma moderada y evitaba excesos que pudieran significarle un desgaste. Era un cuerpo listo para el trabajo y que producía por sí mismo riqueza. De esta manera, se promovía evitar el derroche de la energía de forma irracional y utilizarla para crear riqueza. (Weber, 1969, p. 218) Por otro lado, estos manuales difundieron la percepción de que las explicaciones científicas deberían ser claras, sin reservas morales, con un lenguaje inteligible para todos y accesible tanto para hombres como para mujeres.



**Ilustración 8** *El Universal*, 10 de julio de 1927, p. 11 (primera sección)

50,000 LIBROS GRATIS que tratan cómo curarse y curar a otros. Uno para usted. Envía 20 centavos en timbres de Correo. Diríjase a G.O. Alarcón. Apartado 1305-México D.F.

Brandt (1985) señala que el papel de la prensa en el diagnóstico de las enfermedades antes de las pruebas serológicas fue muy importante debido a que las personas usualmente veían un anuncio en los diarios o revistas y, a partir de él, se practicaban un autodiagnóstico para, en algunos casos, buscar los servicios médicos o en otros automedicarse. (p. 20) En este sentido, la forma en que la enfermedad fue representada incidió en la manera en que las personas se relacionaron con la enfermedad. En gran medida, los anuncios desafiaban códigos morales pues promovían roles de género nuevos y promovían que el conocimiento no estuviera estructurado, ni fuera popularizado, de forma binaria. Es decir, atacaban a una tradición de la producción y difusión del conocimiento, así como de la producción y difusión de productos, que consideraba que este debía ser hecho bajo un molde sexo genérico y se debían crear productos e información

exclusivamente para mujeres, así como otros exclusivamente para hombres. Por ejemplo, en los libros que promovían el cuidado de sí, el conocimiento en materia sexual era ofrecido tanto a hombres como a mujeres sin reservas morales. (Brandt, 1985, p. 29) Así, la publicidad ofrecía una manera de obtener conocimientos sobre la sexualidad diferente al de la moral imperante en México. En la Ilustración 7 se argumentaba que en materia sexual a las mujeres se les había dejado en la ignorancia y sólo habían recibido parte de la “verdad”, por lo que era necesario dar conocimientos tanto a hombres como a mujeres por igual. Esto no significó la desaparición otros modelos de difusión del conocimiento, como el de la Ilustración 9, en donde el libro sólo iba dirigido a los hombres, incluso se anunciaba como “MUY IMPORTANTE A LOS HOMBRES”, aunque el contenido era sobre la sexualidad tanto masculina como femenina. Hay que destacar que algunos de estos manuales, folletos y tratados eran de origen extranjero, por lo que en México se estaban difundiendo modelos de género, ciudadanía, derechos y salud provenientes de diferentes lados.

Estoy de acuerdo con Brandt (1985) en que la lucha contra la publicidad por parte de las autoridades sanitarias estatales no sólo fue un ataque a otro tipo de aprendizaje al que pudieran acceder las mujeres sino también otros sectores o grupos sociales. De la misma manera, coincido con la propuesta de Colin (1996) sobre el papel de la publicidad en la difusión de los preceptos de igualdad dentro de las sociedades contemporáneas. Al respecto, Crary (2008a) también considera que la publicidad promovió una forma diferente de sujetos y configuró un modelo de consumidor. Las metáforas que crearon estos productos permitieron que los sujetos reconfiguraran sus derechos y sus deberes dentro de una lógica de mercado, con representaciones y textos específicos.<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> Sobre esto señala Crary que en otras épocas “la exclusividad de los signos” y de promoverlos pertenecía a la aristocracia y a las élites. Por lo que las imitaciones, las copias, las falsificaciones, etc., fueron un desafío a los monopolios de producción de signos. (Crary, 2008a, p. 30) Pero en el siglo XIX con el surgimiento de “nuevas técnicas industriales y nuevas formas de poder político”, el monopolio de los signos se transformó y la mimesis dejó de ser un problema. (Crary, 2008a, p. 30) Así los nuevos objetos producidos en serie generaron un impacto social y cultura, entre ellos los relacionados con la reproducción de imágenes, como la fotografía, o en este caso la publicidad. (Crary, 2008b, p. 31) “La fotografía y el dinero se convierten en formas homólogas de poder social en el siglo XIX. Ambos son por igual sistemas totalizadores que engloban y unifican a todos los sujetos dentro de una misma red de valoración y deseo. Tal y como Marx dijo del dinero, la fotografía es también un gran nivelador, un democratizador, un <<mero símbolo>>, un ficción <<sancionada por el llamado consentimiento universal de la humanidad>>. Ambos son formas mágicas que establecen un conjunto nuevo de relaciones abstractas entre individuos y cosas e imponen esas relaciones como lo real.” (Crary, 2008, p. 31)

Según González (2005), los productos secretos no podían estar patentados debido a que los registros de patente pedían “la exposición «abierta» y completa del invento”, lo cual impulsó la figura de la “marca registrada, es decir, el nombre comercial distintivo, cuyo derecho de uso se reservaba indefinidamente el propietario”. (p. 196) Algunos de los productos patentados como los específicos provinieron del concepto químico de que era posible aislar “los principios activos” de plantas mediante “síntesis”; pronto difundieron que habían logrado aislar esas sustancias activas y se convirtieron en la competencia de los farmacéuticos tradicionales. (González, 2005, p. 196) Fue a partir de finales del siglo XIX que se trató de diferenciar “los remedios secretos” de “los específicos”, pues supuestamente estos últimos sí contenían principios activos; de esta manera, se convirtieron en un “nuevo modelo terapéutico” que supuestamente introducía “avances farmacológicos y técnicos”. (González, 2005, p. 197)



Ilustración 9 *El Universal*, 2 de julio de 1944, p. 4 (primera sección)

**MUY IMPORTANTE A LOS HOMBRES**

IMPORTANTE LIBRO DE UN MEDICO MEXICANO SOBRE LAS ENFERMEDADES SECRETAS. Acaba de publicarse un serio e interesantísimo trabajo que en forma clara, sencilla y amena, expone las causas, prevención y curación modrnas de la GONORREA AGUDA Y CRONICA, “GOTA MILITAR”, ESTRECHEZ, PROSTATITIS, ORQUITIS, SIFILIS, ESTERILIDAD, REUMATISMO VENEREO, FISTULAS, etc, etc., así como FLUJOS Y ENFERMEDADES DE LA CINTURA (vientre). Se intitula “**La Hemorragia en el Hombre y en la Mujer**” y se obsequia reservadamente a los enfermos por su autor, Dr. Miguel Delgadillo, Médico Universitario. Tit. Reg. S.S.A. 1959, Prop. 8663-111. GRATIS: para adquirirlo, basta presentarse personalmente en la Clínica Médica Central (Tacuba 88, México), o por correo, adjuntando tres portes para envío y esta crónica. **Después de estudiarlo, será otra vez feliz en su salud personal y familiar.** CURACION RAPIDA, SIN SONDAS NI LAVADOS DOLOROS, POR LOS PROCEDIMIENTOS MAS MODERNOS. CLINICAS MEDICAS CENTRALES. CALLE DE TACUBA 88, MEXICO, D.F. (Negritas mías.)

La Ilustración 9 no sólo pretendía orientar a las personas sobre su salud. En este anuncio se aseguraba que una vez leído el libro, la persona recobraría su tranquilidad y volvería a ser feliz. Hay una dimensión psicológica que se ha desestimado en los estudios de la medicina, pero Rosenberg (1992), Porter (1995) y Healy (2002) señalan que durante mucho tiempo se consideraba que la mente y la imaginación tenían una capacidad mórbida impresionante. Tener calma era considerado un elemento clave para tener salud. De esta manera, que los productos

ofertaran la recuperación de la tranquilidad debe entenderse dentro de esta lógica en donde el padecimiento físico y el padecimiento mental estaban sumamente vinculados. En este tipo de anuncios es posible observar cómo el cuidado de sí también podía estar unido a la lógica médica de otra época y permanecer con consistencia.<sup>111</sup>

En este sentido, los libros sobre enfermedades “venéreas” podían funcionar como tratamientos por disminuir las ansias generadas por el padecimiento y su falta de comprensión. En el mensaje publicitario se ofrecía información sobre una serie de enfermedades como causantes de los síntomas, pero estos síntomas podían desaparecer después de haber estudiado el libro. Como ya señalé, las enfermedades funcionaban como etiquetas con las cuales el lector-consumidor podía identificarse. Hacking (2001) considera que el uso de las etiquetas sirve a los individuos en varias direcciones y puede tener múltiples usos, pues a la vez que pueden funcionar como un guion que posibilite la construcción de una identidad, pueden generar rupturas con esa etiqueta y modelo, modificándola, alterándola y creando una nueva. Contrario a lo que propone Star (1991), sobre la creación de estructuras excluyentes, Hacking considera que las etiquetas — con todos los significados que contienen— pueden ayudar a los enfermos a disminuir sus ansias. Al permitirles entender qué sucede en sus cuerpos, cómo justificar su (dis)capacidad o cómo opera el padecimiento en sus cuerpos, la ansiedad causada por la incertidumbre disminuye. Esto genera a la vez un *performance* de esa etiqueta que la modifica en un *looping* constante. La etiqueta puede funcionar para regular el comportamiento, pero también dota al paciente de un vocabulario que puede insertarlo en un orden social y legal que no lo excluya. En este sentido, los sujetos no sólo son condicionados por las etiquetas sino que interactúan con ellas y las reconfiguran:

Yo solía referirme conjuntamente a las clases de personas, las clases de acción humana y las diversas formas de conducta humana mediante la denominación «clases humanas». Una característica importante de las clases humanas es que tienen efectos sobre la gente clasificada, pero también la gente clasificada puede hacerse dueña de la situación. Llamaba a este fenómeno «el efecto bucle de las clases humanas». Ahora prefiero hablar de clases interactivas. (Hacking, 2001, p. 103)

---

<sup>111</sup> “Until the nineteenth century, the dominant view of insanity, shaped by the very visible madness of raving delirium and contemporary view of the nature of the soul, was that the mad were wholly insane. This view stemmed in part from an understanding of human beings as embodied souls, so that souls were responsible for their behavior. The soul was held to be an indivisible spiritual entity, and it was therefore inconceivable that part of it could be deranged. If an individual appeared deranged and the behavior stemmed from the soul, it followed logically that the whole soul must be deranged and the individual must be entirely mad. The example of delirium, in which all of an individual’s faculties appear simultaneously deranged, strongly supported this interpretation.” (Healy, 2002, p. 12)

La publicidad configuró así lingüísticamente los padecimientos de los lectores. Fue probablemente en este tipo de anuncios en donde aprendieron a describir sus dolores y en donde aprendieron a relacionarlos con alguna enfermedad específica. En este sentido, los anuncios publicitarios de productos antisifilíticos fueron pedagógicos y dieron un vocabulario para hablar de las enfermedades, el mismo que era repetido en las cartas que enviaban los enfermos a los supuestos médicos de los anuncios y en torno al cual giraba un performance médico. Casi siempre que un enfermo visitaba un médico iba con su autodiagnóstico bajo el brazo y con la necesidad de que el médico sólo lo confirmase, en un intercambio de aprendizaje que dicho vocabulario posibilitaba.



**Ilustración 10 *El Universal*, 20 de febrero de 1917, p. 4**

Si usted no ha encontrado alivio con anteriores tratamientos el DR CLEMENTE SWAN estimaría como un gran favor el que **usted le escribiera; dé sólo francamente una relación detallada de todos sus síntomas, su recado será concienzudamente diagnosticado, tal como si usted viniera en persona a mi Consultorio.** Toda correspondencia es atendida confidencialmente y guardando todo género de reserva. Miles de casos obstinados y crónicos de distintas enfermedades, han sido curados de una manera radical en mi Departamento de Consultas Médicas, cuyas puertas están abiertas a todo el mundo. Sírvese USTED tener presente que absolutamente gratis ponto a sus órdenes los conocimientos de un experto ESPECIALISTA, sin tener que pagar un solo centavo por la consulta. Confío en que usted ha de considerar este HUMANITARIO ofrecimiento, cuando necesite de algún Consejo Médico. [...] (Negritas mías.)

En la Ilustración 10 se observa nuevamente parte de las problemáticas que había en torno a los diagnósticos, las consultas médicas a distancia y los tratamientos presentes en los anuncios anteriores. Así como fomentaron el autodiagnóstico, sugerían a las personas siempre acudir con el médico y que el médico fuera quien determinase ese diagnóstico. Recomendaban desconfiar de los consejos de algunos anuncios que promovían la automedicación. Por ejemplo, la Ilustración 11 indica que no todos los síntomas descritos en la publicidad pertenecían a la sífilis. Era necesario que fuera el médico o el farmacéutico quienes confirmasen el diagnóstico, debido a que con frecuencia las personas confundían el padecimiento y usaban tratamientos antisifilíticos cuando su enfermedad era de otra naturaleza. Este tipo de anuncios, resultan

interesantes porque difundieron la idea de que el saber del médico científico legitimado con un título era más confiable que el del enfermo y que los profesionales de la salud estaban dotados de un conocimiento que era inaccesible al enfermo. Además de ello, se depositaba la certidumbre en el conocimiento médico científico, de manera que el médico o el farmacéutico titulados eran los únicos que podían ofrecer certezas sobre los fenómenos del cuerpo. La labor médica y farmacéutica se presentaba como una “caja negra”, en donde todos los fenómenos que no eran controlados por los saberes médicos se invisibilizaban y en donde el conocimiento científico aparecía en un lugar privilegiado dentro de las jerarquías de poder sin fisuras. Pero en ambos tipos de publicidad se fomentó la introducción de los servicios médicos dentro de una lógica de consumo.



**Ilustración 11** *El Universal*, 11 de febrero de 1917, p. 7

**No todo padecimiento proviene de sífilis o avería. Hay que ocurrir al especialista médico y farmacéutico.** Dr. J. N. Revueltas, quien después de concienzudo examen y de hacer diagnóstico exacto y preciso dará gratis el medicamento apropiado para combatir la enfermedad, sea la que fuere.[...](Negritas mías)

Es posible conocer a qué grado la publicidad de productos para la salud configuró la comprensión de los padecimientos sífilíticos gracias a algunas cartas encontradas en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (AHSSA). Algunos médicos pertenecientes al Departamento de Salubridad Pública consideraban que tenían que lidiar con los autotratamientos y las formas alternativas en que las personas obtenían su diagnóstico. Indicaron con frecuencia que las personas llegaban a sus consultorios con sus propios diagnósticos hechos a partir de la prensa, a los cuales no renunciaban con facilidad. Además, culpaban a esta publicidad de ser motivo de abandono de los tratamientos antisífilíticos químicos; debido a que ante la agresividad de los tratamientos con mercurio o arsénicos, preferían volver al autoconsumo de tónicos, productos secretos o compuesto vegetales. Si bien estos no servían como cura, los médicos reconocían su efectividad como paliativos, al grado de que la gente se creía curada.

Cuando, en la campañas antivenérea de 1927 y las posteriores actividades de 1930, el Departamento de Salubridad Pública difundió que tenía un medicamento que sí curaba la sífilis,

recibió cartas pidiéndole inmediatamente “el remedio”. En algunas de ellas es evidente cómo la lógica de la publicidad de los productos para la salud configuró la autodescripción de la sífilis. Las personas aseguraban tener sífilis o gonorrea. Describieron con más o menos detalles cómo era el padecimiento que se habían autodiagnosticado, cuándo lo habían comenzado a padecer, a qué circunstancias o situaciones se lo atribuían. Describieron el momento en que comenzaron a tener su padecimiento (a veces por contagio, a veces por tener sangre impura); narraban también el consumo de productos que habían hecho (cómo algunos fueron efectivos en un primer momento, creyéndose curados; cómo volvieron a presentar síntomas). Algunos pedían que se les enviase la cura de manera gratuita y otros que les indicaran el costo para mandar el pago.

El caso de la enferma Ninfa Sumano es ejemplar, en él se evidencian varios de estos elementos. En octubre de 1931, Ninfa Sumano Yglesias de Jalmitpec, Oaxaca, escribió al Departamento de Salubridad Pública informando que padecía una enfermedad que no sabía si le había dado porque su “sangre esté descompuesta o por falta de sangre”. Explicaba que ya iban dos veces que se le “engrana[ba] la cara y manos” y comenzaba “por una comezón desesperada” a la que procedía la aparición de “unos puntitos salteados en cada lugar de cada uno ce[sic] estiende[sic] de una manchita de puntos de donde sale pura agua” y al “cabo de los dos meces[sic]” se maduraban. Pasaba noches sin dormir porque sufría también “catarro crónico en la cabeza y del ollito izquierdo de la nariz me salen unos pedazos como si fueran cascaras[sic] cecas[sic] de color verde”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 5, 1931)

También explicaba que le dolía mucho la cabeza y el frío de la noche la “ofendía”, lo cual empeoraba cuando se bañaba. Contaba que su “cabello que era largo, ce[sic] á[sic] caído”. Preguntaba: “cera[sic] bueno cortarme la peluca porque mi cabeza es de mucho pelo y guarda la humedad”. Mencionaba que tenía 30 años y que también tenía estreñimientos, dolores de riñones y de cintura: “el baso[sic] de noche y día me duele y de noche el estómago casi siempre lo tengo aventado”, “las comidas ce[sic] me agrían de día y noche escupo mucho y a veces tengo ipo[sic], y ce[sic] me entumen mis brazos y las piernas”. Seguía su descripción: “del pie de los dientes ce me desangra la encía y por las mañanas me sale pús[sic]”. Escribía al Departamento para pedirle unas cápsulas o medicina para la gonorrea que “llebo[sic] años de sufrirla”, especificando que si el Departamento le enviase los medicamentos y estos funcionasen, ella después los podría vender en su pueblo, porque ahí a la venta de medicamentos se le ganaba mucho, “el triple”, y que la clientela era enorme porque la gente a veces se moría “por no aver[sic] la medicina que

necesitan”. Se creía capacitada para llevar a cabo esa labor porque su padre había tenido una botica. Daba las gracias y pedía le enviaran el medicamento: “pues no quiero morirme por falta de medicina[sic] porque sanando le cere[sic] útil a mi mamá y á[sic] Ud.”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 5, 1931)

Como se lee, Ninfa Sumano no escribió al Departamento de Salubridad para pedir un diagnóstico, ella ya se había autodiagnosticado y tenía un vocabulario más o menos amplio para describir su enfermedad y los síntomas que padecía. Lo que buscaba era el fármaco que la curase y le permitiese reincorporarse a una vida social y económicamente activa. Además de ello, evidencia una noción de la sífilis que estuvo presente a lo largo de la primera mitad del siglo XX en la publicidad de los productos de la salud: la sífilis como enfermedad de la sangre o hereditario, más que como un padecimiento venéreo. Con estos testimonios es posible ver la facilidad que tenían las personas para hablar de sus padecimientos, relacionarlos con alguna enfermedad y con un tratamiento; también se comprueba el efecto que la publicidad de productos para la salud tuvo en la comprensión de las enfermedades, en las prácticas de autodiagnóstico y en las consultas a distancia en la primera mitad del siglo XX. Es posible afirmar que la gente sí buscaba la cura a sus padecimientos, contrario a lo que las autoridades sanitarias señalaban, sólo que sus búsquedas eran hechas con las herramientas que tenían a la mano y bajo una lógica de la medicina clínica y otras tradiciones médicas, no de la microbiología. No buscaban sólo un tratamiento, sino la “cura radical”, la cual había sido primero prometida por la publicidad de productos por la salud y, posteriormente, por las autoridades del Departamento de Salubridad Pública.<sup>112</sup> La noción del cuerpo sano, puro, prístino, no existía, pero la “cura radical” prometía alcanzarlo. Por otro lado, se muestra que la consulta por correo era moneda corriente entre los enfermos y una forma común de relacionarse con los médicos, la cual permaneció en tanto que

---

<sup>112</sup> Por ejemplo, en otra carta, el señor Miguel H. Gómez expresaba: “Enterado de un anuncio que manifiesta que ustedes curan gonorrea, sífilis y debilidad[sic], y que también por correo puede expedir un tratamiento,[...] que me dispensen la atención de proporcionarme informes mas explicitos, explicando que condiciones y requisitos hay para someterse a un tratamiento por correo, pues yo creo no esta por demas anticiparles que lo que yo me quiero curar es la gonorrea [...]” (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 11, 1931-1936) El señor Francisco S. Moreno contaba que ya había padecido gonorrea tres veces en su vida y no había podido encontrar medicina que le hiciera “provecho”, por lo que habiéndose enterado en un anuncio que el DSP ofertaba “la medicina gratuita[sic] para la cura de “la mencionada enfermedad”. (AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 1, 1931-1936) Las respuestas del DSP a este tipo de solicitudes fue que ellos no hacían diagnósticos por correo, no ofertaban el tratamiento gratuito, no enviaban la cura por correo y si la persona estaba enferma debería acudir con un médico titulado o a algún dispensario gratuito que estaba en la ciudad más grande próxima a sus lugares de residencia.

los servicios de salud públicos no eran accesibles a todas las personas y menos aún en las poblaciones alejadas de las principales ciudades de México.

### 3.2 El fantasma de la sangre impura

Una de las representaciones más constantes de la sífilis en la publicidad de productos para la salud fue la de la sangre impura. La sífilis no era una causa, sino una consecuencia y sus manifestaciones y anomalías eran solo el resultado de un problema anterior incluso a la vida de los sujetos. La narrativa de la pureza de sangre tiene una larga tradición y ha servido en diferentes momentos históricos para movilizar exclusiones. Francisco Vázquez (2009) considera, por ejemplo, que en España, la cuestión de la sangre en el siglo XV y XVI se vinculó con la búsqueda de un origen u “«honor estamental» que distingue la nobleza de la infamia” y “«un honor étnico», que diferencia a los «cristianos viejos» de los «cristianos nuevos»”. (Vázquez, 2009, p. 91). Este autor considera que, posteriormente, esta lógica de la pureza de la sangre “que persigue reeditar una comunidad orgánica premoderna” acompañada del discurso eugenésico movilizó toda una serie de discusiones en torno a la pureza sanguínea a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. (Vázquez, 2009, p. 214) Este tema inundó a finales del siglo XIX en México los ambientes médico-científicos y la publicidad de los productos para la salud. En estos anuncios se construyeron y naturalizaron muchas nociones sobre un cuerpo natural, es un estado anterior a la cultura, no contaminado, que estaba pleno de salud. Para Haraway las ficciones en torno a la pureza están construidas bajo un modelo de poder opresor y de mitología de un origen. Lo puro se convirtió en instrumento adecuado para producir exclusión social. (Haraway, 2004, p. 79)

La distinción entre naturaleza y sociedad en las sociedades occidentales ha sido sagrada, alojada en el corazón de las grandes narrativas de historia de salvación y sus transmutaciones genéticas en sagas de progreso secular. Lo que parece estar en juego son estos relatos culturales sobre el lugar de los humanos en la naturaleza, es decir, la génesis y sus infinitas repeticiones. Y las intelectuales occidentales, particularmente las científicas de las ciencias naturales y las filósofas, han sido históricamente propensas a tomar sus relatos culturales por realidades universales. En este contexto sería un error olvidar la ansiedad con respecto a la contaminación de linajes que está en el origen del discurso racista de las culturas europeas y en el corazón de la angustia sexual y el enlace de géneros. (Haraway, 2004, p. 79)

La publicidad de productos para la sífilis que apelaban a la purificación del cuerpo movilizó nociones de la pureza del cuerpo y construyeron ficciones del mismo como un territorio

que debe limpiarse de toda contaminación que le venga de origen o del exterior. Como ya hemos leído, las preocupaciones de la pureza del cuerpo y de la sangre estaban basadas en teorías darwinistas y en teorías de la herencia, que también se impulsaron en la medicina microbiológica y que llegaron más lejos con los estudios del ADN. (González, 2007) Inicialmente la publicidad de productos de origen vegetal o tónicos difundió metáforas de la sangre impura, pero también los mercuriales, los arsenicales, los anuncios de clínicas y médicos las reprodujeron y nutrieron. Cabe señalar que estas metáforas del cuerpo puro y del cuerpo impuro se volvieron más fuerte cuando se popularizaron las pruebas serológicas. Las ficciones de las pruebas serológicas nutrieron aún más esas nociones de cuerpos contaminados y cuerpos puros, ya que al evidenciar la supuesta impureza movilizaron toda una serie de creencias y supuestos que antes no tenían una base discursiva ni tecnológica que pudiera evidenciarla.

Los productos purificadores trabajaban bajo una lógica en donde la debilidad física, la falta de virilidad, de energía, de fertilidad, eran producto de una sangre impura, débil o enferma. La sífilis era el resultado de la sangre debilitada, no la causa. Por ello, lo que debería reconstituirse o tratarse era la sangre. Gran parte de los tónicos (Ilustración 12), hablan de liberarse de lo impuro y de sus consecuencias, de fortalecer la sangre, de regenerarla, de tonificarla.



**Ilustración 12** *El Universal*, 12 de abril de 1900, p. 2

Para romper las ligaduras del mal, Limpiar el sistema de los venenos, Arrojar las impurezas venéreas, Restablecerse del tratamiento Mercurial, Un encadenamiento de enfermedades. Aquí van algunos de los eslabones: Inapetencia, dolor de cabeza [...] depresión de ánimo, debilidad general, diviseos, infección de la sangre, enfermedades cutáneas y constancias de dolores y males. Estáis padeciendo hoy porque tenéis la sangre viciada. No hay que dudarlo. **Con la sangre impura nada marcha bien. La vida llega a ser una carga pesada y vuestros padecimientos no tienen nombre.** [...] (Negritas mías.)

Ya fuesen en productos de origen vegetal, tónicos, reconstituyentes, arsenicales o en publicidad de médicos o clínicas, permaneció la idea de que la sífilis era causada por los defectos

de la sangre. Estos podrían haber sido heredados o contraídos por las malas costumbres, como el no comer bien, no dormir bien, trabajar o pensar en exceso. Rosenberg sugiere que dentro de la tradición holística de la enfermedad, la salud estaba relacionada con un equilibrio corporal y espiritual, de manera que la enfermedad también podía tener un origen psicológico como “pensar en exceso”. (Rosenberg, 1992, pp. 64-65) Algunos autores proponen que el considerar los excesos como causantes de la enfermedad atiende a una ética económica protestante en donde ocurrió una metodización de la conducta para alcanzar la salud. (Weber, 1969, pp. 160, 187)

Los anuncios de la “Específico Zendejas” (Ilustración 13) muestran a un hombre encadenado. La representación de la enfermedad no se dibuja en el cuerpo —a diferencia de otros anuncios que sí muestran un cuerpo enfermo o debilitado—, sino en la imposibilidad de moverse, en las cadenas como metáfora de la enfermedad. Como Scarry (1994) señala, las representaciones de la enfermedad atienden siempre a metáforas que exageran características del objeto representado, pero que también omiten representaciones de la enfermedad. Lo representado no siempre tiene una relación directa con ninguna de las evidencias visuales de la enfermedad sino con metáforas, metáforas que pueden apelar a castigos. (Scarry, 1994, p. 15)

While not every advertisement announces its penalty so explicitly, perhaps no advertisement, however free of *overt* warnings, is ever wholly free of negation, as Hanna Arendt long ago suggested in her analysis of the coercive psychology embedded in the lilted commercial for facial soap: behind the advertiser’s crooning assurance that the right soap will bring a woman the right husband is that advertiser’s fantasy of omnipotence, his belief that the woman who fails to use his product deserves never to find a husband. (Scarry, 1994, p. 15)

De esta manera, los sujetos encadenados, postrados en las camas o en sofás, angustiados, señalados, eran invitados en este tipo de anuncios para convertirse en consumidores. Las metáforas de la enfermedad de la sangre como una cadena fue representada en muchos de estos productos. Se sugería que de no usar esos productos, los individuos continuarían a merced de la enfermedad, como si estuvieran en una cárcel. Es decir, aislados y condenados socialmente. Así los anuncios ayudaron a consolidar la noción de que los sujetos enfermos eran los culpables de sus padecimientos no sólo por haber adquirido su padecimiento a través de un desorden moral, sino por no atacarlo mediante el consumo de algunos productos para la salud. Además de esto, edificaron la noción de que los sujetos que no consumían productos para curarse merecían todo tipo de sanciones sociales.



**Ilustración 13 *El Universal*, 21 de octubre de 1917, p. 5**

ATADO DE PIES Y MANOS ASI LO DEJARAN A USTED LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE EL ESPECÍFICO ZENDEJAS LO CURARA [...] Anemia, Anginas del Pecho y de la Garganta, Erupciones de la piel, Reumatismos, [...] Ulceras de la Garganta, Lengua, Paladar y Labios, Sífilis en todas sus manifestaciones, [...], etc., etc. [...]

Otro tipo de anuncios reforzaron la idea de que no se conocía la constitución de la sangre y por ello desarrollaron un discurso en donde se explicaban sus características y el porqué tener la sangre “impura, débil o enferma” provocaba padecimientos y era necesario reforzarla. En estos anuncios había una relación entre el exterior que modifica lo interno en términos positivos. Es decir, que el consumo de ciertos productos podía modificar la naturaleza de los enfermos. Weber (1969) consideraba que dentro de la racionalización del cuerpo se insertó la noción de la capacidad del hombre de producir bien y riqueza a partir de su trabajo y su voluntad. En este sentido, alcanzar la salud fue considerado como parte del trabajo individual y como un acto de voluntad, diferente a la lógica católica que veía la salud como un don o un castigo divino.



**Ilustración 14 *El Universal*, 8 de febrero de 1917, p. 4**

**DEBILIDAD SEXUAL.** Diferentes causas originan esta enfermedad secreta que hace infeliz al que la sufre y soporta. Su origen frecuentemente está en el sistema nervioso y es agravada por una profunda debilidad. El Cordial de Cerebrina del Dr. Ulrici es recomendado por los médicos y usado por los enfermos, porque suministrado los elementos necesarios, equilibra el organismo, fortalece los músculos y normaliza el cerebro. (Negritas mías.)



**Ilustración 15** *El Universal*, 7 de julio de 1936, p. 5 (primera sección)

DEBILIDAD SEXUAL, PINTO, VITILIGO, MANCHAS, SIFILIS, ESTOMAGO, ALMORRANAS, DERRAMES NOCTURNOS, ESTERILIDAD, UNICA CLINICA ALEMANA. ESPECIALISTAS ALEMANES TITULO REGISTRADO LETRAN 13, CONSULTAS TODO EL DIA VEANOS O ESCRIBANOS. [...]

Algunos anuncios (Ilustraciones 14 y 15) comenzaron a construir una relación entre las enfermedades sexuales y la debilidad de en general. Esas enfermedades sexuales podían ir desde la esterilidad hasta los derrames nocturnos, pasando por la impotencia y la sífilis. El discurso de la debilidad de la sangre se entrelazó con el discurso de la debilidad física y de la debilidad sexual. No es posible encontrar representaciones de la sífilis fuera de esas nociones. La debilidad sexual, como se observa en la Ilustración 14, debía ser motivo de preocupación no sólo para quien la padecía, que en este caso parece ser el hombre, sino para su esposa o familia. De ahí que en la representación el hombre sentado esté acompañado de una mujer con aire de preocupación. La imagen es la representación de la pareja heterosexual de inicios de siglo XX atacada por la debilidad sexual de alguno de sus miembros. Por otro lado, esta ilustración también aludía a la noción de que la enfermedad podía ser la causante del desequilibrio del cerebro o la falta de normalización del cerebro de la enfermedad. Como fuera, consumir el tónico del “Dr. Ulrici” permitiría “equilibrar el organismo”. En la Ilustración 16, atendiendo a la lógica de la sangre enferma o impura y al desequilibrio psicológico, también se sugiere que la causa del debilitamiento del cuerpo eran la sangre o los nervios. No se habla de un agente etiológico, ni de una enfermedad específica, sino de un desorden en la sangre y en la mente. La mujer de la ilustración, cual si el desequilibrio de ambos fuese otro personaje, se prepara para atacarlo. Así se reforzaba la concepción de que los sujetos podían atacar sus desequilibrios, decir, que los sujetos podían intervenir en la enfermedad o el desequilibrio modificando su curso.



**Ilustración 16** *El Universal*, 16 de diciembre de 1917, p. 4

**¡Defiéndase contra el peligro! Si su organismo flaquea. Si la debilidad general se apoderó de su cuerpo, seguramente su mal tiene origen en los nervios o en la sangre.** En tal caso, tome Ud. en el acto el VINO DE SAN GERMAN el mejor Tónico Reconstituyente (Coca-Kola o Ictiol.) [...] (Negritas mías)

A diferencia de las nociones anteriores de herencia o raza relacionadas con la sangre en donde esa pureza no dependía de la voluntad de los sujetos sino del lugar de nacimiento; el concepto de pureza que se observa en este tipo de anuncios como en la Ilustración 16 se relacionó con la voluntad y el consumo. La pureza o, en este caso, el equilibrio podían alcanzarse mediante un acto voluntario al consumir un producto. Si bien, esta ficción era una alternativa que desestabilizaba el modelo previo de pertenencia a una clase, un destino, una naturaleza y una raza desde la cuna, no alteró el modelo de pureza. Por el contrario, lo reforzó al popularizar la exigencia de la misma a todos los consumidores y convirtió en una especie de guión el mensaje de los productos al indicar su consumo en caso de querer ser puro. En tanto que se transformó en un acto voluntario, no sólo la búsqueda de la salud, sino la capacidad de ser puro, la noción de un mal predeterminado se opacó. Pero convirtió en imperativos el deseo de ser puros y equilibrados.



**Ilustración 17** *El Universal*, 23 de julio de 1934, p. 8 (primera sección)

NEUROSIFILIS INSULINA  
 TRATAMIENTO ORIGINAL E INOFENSIVO POR LA INSULINA DE LA NEUROSIFILIS  
 (PARALISIS GENERAL PROGRESIVA, SIFILIS CEREBRAL, TABES DORSAL, NEURITIS OPTICA,  
 OTRAS LESIONES SIFILITICAS DEL SISTEMA NERVIOSO Y ALGUNAS ULCERAS  
 GASTRODUODENALES, ETC). [...]

Al convertir a la pureza en el resultado del consumo de un tónico, cualquiera que lo tomase podía acceder a ella. Mediante este modelo se igualaba a los sujetos a consumidores. La única limitante dentro de esta labor de transmutación de lo puro a lo impuro era la capacidad

económica del sujeto. En este sentido, el sujeto debería conservar la salud para poder generar riqueza y era su responsabilidad y la del Estado proveer de medios para ello. (Foucault, 2005, pp. 246-248) Lo importante del desplazamiento de esta noción era que el sujeto, al convertirse en un consumidor, se transformó en un sujeto responsable de lo que consume y para qué lo consume. En las nociones de la herencia, la responsabilización de los sujetos de su enfermedad estaba suspendida. O por lo menos, esa responsabilidad no estuvo presente en los discursos médicos ni en las referencias literarias encontrados del siglo XIX, más que en el caso de la prostitución que ya he señalado cómo otras autoras lo han abordado.



**Ilustración 18** *El Universal*, 22 de noviembre de 1916, p. 2

**¡EL HOMBRE NO SE MUERE, SE MATA...!**

La impureza de la sangre, origen de tantas enfermedades como afligen a la humanidad sembrándola de padecimientos... muy dolorosos, que en algunos casos se resuelven con la muerte... **se cura infaliblemente con la única medicina** “El Depurativo de Scotté”, para la Sangre, el más eficaz de los remedios hasta hoy conocidos para curar úlceras, granos, reumatismo en los huesos, **sifilis**, etc. [...]

Las Ilustraciones 18 y 19 trasladaron esa responsabilidad de la enfermedad al sujeto, en tanto que no era consumidor de un depurativo. Las personas, en estas ficciones, ya no están sujetas a la fatalidad. Sólo pueden estar sujetas a su falta de voluntad. En este sentido, la enfermedad no es la que produce la muerte, sino la falta de una atención a ella. En este tipo de representaciones, el sujeto era el propio gestor de su cuerpo y el responsable de poder maximizarlo, lo cual podía ocurrir si lo conservaba puro mediante costumbres mesuradas y consumo de productos para la salud. También se hizo difusión con este tipo de anuncios de que el cuerpo había perdido una característica que tenía que ser recuperada; de esta manera se naturalizaba la idea de que el cuerpo en un origen era puro, fuerte, equilibrado y las malas costumbres hacían que sus características originales se fueran perdiendo. No existieron discursos en las primeras décadas del siglo XX que difundieran al cuerpo como un ente inestable, el cual

debemos intervenir constantemente para mantenerlo equilibrado.<sup>113</sup> Por el contrario, se considero que el “estado natural” era un bien perdido que se debía recuperar.



**Ilustración 19** *El Universal*, 9 febrero de 1921, p. 13 (segunda sección)

Joven es usted culpable de ignorar los últimos resultados de las enfermedades venéreas. Use con tiempo las cápsulas UROSALOL BRISSAC si ha contraído algunas de estas enfermedades, pues si deja pasar el tiempo los efectos serán terribles. [...]

Toda la narrativa de la sangre enferma creó varios grupos o comunidades dependiendo de a quién estuviese dirigido el producto. La publicidad de productos para la “sífilis” creó representaciones que apelaron al género. Unas veces a lo femenino, otras a lo masculino, o a ambos. Por ello, en el siguiente apartado analizo cómo esta publicidad reforzó nociones sobre el cuerpo, el género y la economía que configuraron una nueva forma de entender los tres.

### 3.3 Entre la salud y el género

Algunas filósofas plantean que el género debe entenderse como un problema de relaciones de poder que se mueven y configuran de acuerdo al contexto, situaciones y actores a lo largo de la historia. (Scott, 2008, pp. 85-87) Haraway considera que el “género no pertenece más a las mujeres que a los hombres. El género es la relación entre categorías diversamente constituidas de hombres y mujeres (y de tropos revestidos de manera diferente) diferenciados por nación, generación, clase, linaje, color y muchas otras cosas.” (Haraway, 2004, p. 46) En este sentido, debemos entender que las representaciones en cuanto al género no siempre son las mismas, están cambiando de manera constante y reconfigurándose todo el tiempo. Gabriela Cano (2006) considera que en México la Revolución Mexicana implicó que nociones de lo masculino y de lo

---

<sup>113</sup> Haraway considera que se ha naturalizado la idea, que permanece aún en nuestros días, de que el cuerpo tiene una ontología pura y equilibrada. Las metáforas de la naturaleza y de la biología han construido la percepción de que hay un estado natural previo a la intervención humana. De ahí que sea difícil considerar que la naturaleza misma es completamente inestable y es, precisamente, por la intervención humana que esta adquiere una apariencia de estabilidad. (Haraway, 2004)

femenino cambiasen. Los movimientos armados desestabilizaron nociones de género existentes pues durante las guerras las mujeres suelen usar vestimentas masculinas para evitar violencias, pasar desapercibidas o experimentar otro género; de la misma manera que los hombres suelen estar en mayor contacto con otros hombres, por lo que tienden a establecer relaciones homosexuales. Pero estas inestabilidades, una vez terminados los periodos de conflicto, restablecen un binarismo. (Cano, 2006, pp. 63-64) Al parecer de Cano, lo que hubo después de la Revolución fue una construcción de lo masculino mucho más fuerte que puede ser entendida como la construcción de lo “macho”. Mientras que en lo femenino se experimentaron cambios relacionados con las experiencias no domésticas que las mujeres habían tenido durante de la guerra. Zenia Yebénes (2018), por su parte, considera que el género se ha reconfigurado a lo largo de la historia y es posible observar cómo esas reconfiguraciones casi siempre funcionan para jerarquizar la heterosexualidad.

Ambas consideran que fue en el siglo XIX en donde las nociones actuales de género fueron construidas. Yebénes considera que la heterosexualidad “se vincula con la idea de que existe una identidad determinada por una orientación sexual fija, algo que constituye una forma relativamente inédita de problematizar la sexualidad.” (Yebénes, 2018, p. 124) Estoy de acuerdo con esta postura, debido a que es notoria una exacerbación de la masculinidad y la feminidad nuevas en la publicidad posterior al periodo armado. Puede observarse a través de la publicidad una difusión de nociones de lo masculino y lo femenino que fueron cambiando.

Para el caso de las mujeres, de haberla construido en la publicidad porfiriana como un sujeto en los espacios públicos que tenía que sofisticarse, se fue moviendo hacia la construcción de lo femenino dentro de los espacios domésticos y familiares. (Ortiz, 2003) Para el caso de los hombres, de la representación del sujeto que debía cuidarse, ser refinado, tener una apariencia agradable y delicada, se construyó el sujeto económico que era el centro de las actividades productivas y el motor del núcleo familiar, fortalecido y vigorizado. ¿Cómo se relaciona esto con la sífilis? Se relaciona en tanto que para construir los modelos familiares heterosexuales, reproductivos, con una economía estable fue primero necesario estabilizar la salud. Considero que fue mediante la medicalización para la adquisición de un cuerpo sano y reproductivo que nociones de lo masculino y lo femenino se estabilizaron. Por otro lado, ocurrió la patologización de los sujetos no reproductivos, que en términos de salud fueron los enfermos sexuales.

En estos casos, el género puede verse como cierto significado, pero incluso en ese caso ese significado existe únicamente en relación con otro significado opuesto. Algunas teóricas feministas aducen que el género es <<una relación>>, o incluso un conjunto de relaciones, y no un atributo individual. (Butler, 2017, p. 59)

Tener un cuerpo enfermo significa así establecer una manera diferente de relacionarnos con los otros, pero a la vez significa desafiar la forma en la que nos relacionábamos con ese cuerpo y adquirir una forma diferente de concebirnos a nosotros mismos. Tener un cuerpo enfermo se convirtió así en la imposibilidad de asumir sexo genéricamente un rol y las implicaciones que eso trae. No asumir ese nuevo orden puede significar no recibir los beneficios de la normalización, una desgracia, el suicidio y la pérdida de la posición social. Es decir, las consecuencias de no sujetarse a determinados roles sociales se traducen en pérdidas no sólo en términos económicos sino en términos de relaciones sociales.

Pero la identificación de género, aunque siempre parezca algo coherente y establecido, de hecho es muy inestable. Como ocurre con los sistemas de significados, las identidades subjetivas son procesos de diferenciación y distinción que requieren la supresión de las ambigüedades y de los elementos opuestos, para asegurar una coherencia y una comprensión comunes (o bien crear la ilusión de hacerlo). (Scott, 2008, p. 61)

En la publicidad de productos para la sífilis —tanto tónicos, depurativos o químicos— se jugó con frecuencia con los roles de género. La salud así estaba en función de los roles de género que construían. La salud siempre está en función de algo más. Algunos historiadores (Barrón, 2010; Monsiváis, 2002) han señalado que en México durante el Porfiriato la imagen del homosexual era común, si bien, era considerado miembro del mundo de lo inmoral, no se le consideraba enfermo, ni alguien que mereciera la pena ser sometido al disciplinamiento. El periodo porfirista estuvo lleno de intelectuales que buscaban el acceso al conocimiento científico y a una vida elegante. (Monsiváis, 2002, 93) Gran parte de ellos formaba parte de la élite y gozaban de una vida social al interior de las academias científicas y literarias.<sup>114</sup> Por otro lado, Carlos Roumagnac (1904), al final del periodo porfirista, nos muestra cómo el interés por las preferencias sexuales de las presas no era considerado patológica ni que tuviera que medicalizarse. Si bien, Roumagnac pensaba que esa condición era una señal o el resultado de su

---

<sup>114</sup> Haraway considera que el sujeto creador de conocimiento científico como era un ser masculino, regulado, racional y racionalizado, perteneciente a una clase social, objetivo que fue despojado de subjetividad. Este sujeto fue concebido como un sujeto modesto: “El *vir modestus* era un hombre caracterizado por un alto estatus y por una restricción ética disciplinada. La modestia enlazaba clase alta, poder efectivo y género masculino.” (Haraway, 2004, p. 49) En este sentido, considero que los intelectuales mexicanos del Porfiriato podrían pertenecer a la categoría del hombre modesto.

naturaleza criminal, no consideraba que esta tuviera que ser sometida a tratamientos especiales. Sólo era una muestra más de su naturaleza desviada.

La delicadeza del cuerpo físico, en esta época, no era motivo de un ataque de las autoridades morales, aunque sí de la burla y del escarnio social. Pero, no por la cuestión de la condición de la debilidad, sino porque se consideraba que una vida llena de lujos y sin trabajo había provocado una naturaleza débil. Se consideraba que era un defecto de las clases altas y que podría ser una señal de la degeneración de la sangre. (De Cuéllar, 2015) Por otro lado, las preferencias sexuales femeninas eran llamadas safismo y se consideraba que podrían llevar a la locura, ya que las mujeres que padecían esta condición regularmente enfermaban de los nervios. Se consideraba que era un padecimiento frecuente entre prostitutas y criminales. (Roumagnac, 1904) Existía el conocimiento de las preferencias de género y de las diversidades de género, pero no se consideraba que tuvieran que regularse, perseguirse y eliminarse. Pero estos atributos a lo largo de los gobiernos posrevolucionarios comenzaron a ser atacados. La culminación de estos ataques fue la patologización de la homosexualidad y la persecución a la comunidad homosexual mediante *razzias* en la década de los cuarenta. (Monsiváis, 2010, pp. 93-94) Parte del contexto mexicano de la primera mitad del siglo XX toleraba comportamientos que eran considerados “invertidos”, pero esta noción se fue modificando hacia la estabilización de una nueva noción de lo masculino y de un ataque a representaciones de lo masculino previas.

Los hombres debilitados se convirtieron en un grupo que debería de ser cuidado por el grupo masculino fortalecido el cual debería compartirle secretos de salud sobre cómo alcanzar una fortaleza y virilidad mayor. Es interesante que en la narrativa de la sangre enferma las mujeres no estén tan ampliamente representadas como los hombres. En este sentido, los productos iban dirigidos al grupo masculino aunque, como leímos en los mensajes, el producto podía ser consumido por toda la familia. En la Ilustración 20 se observa a un hombre robustecido y con el rostro altivo que toma por los hombros a otro más delgado y cabizbajo. La representación muestra al sujeto robustecido aconsejando al otro, diciéndole que lo que él necesita es “Hierro Nuxado” para recuperar su fortaleza. Se traza así a una comunidad masculina vigilante y auxiliadora de sus propios miembros. Conjuntamente, a una comunidad masculina que insta a sus miembros a recuperar las fuerzas para disfrutar la vida, pero también para trabajar. Se incitaba a los hombres a estar vigilantes de su fortaleza para que “al primer asomo de

debilidad”, este se atacase. En consecuencia la noción de debilidad física fue atacada, considerada negativa y una amenaza para el bienestar y la salud masculina.



Ilustración 20 *El Universal*, 5 de enero de 1927, p. 8 (segunda sección)

Lo que tú necesitas es hierro!

**“HIERRO que te traiga fuerzas, ánimo y gusto para la vida; deseos de trabajar y de gozar; hierro que robustezca tu sangre y te devuelva el optimismo y el bienestar. ¡Para qué vivimos si no es para disfrutar de la vida”**

“Yo me siento siempre apto y alegre porque me cuido bien. **Al primer asomo de debilidad tomo Hierro Nuxado. Es mi mejor amigo y protector.** No es uno de esos cúralo-todo sino un producto precisamente para enriquecer la sangre y reparar el desgaste del sistema nervioso. Y ese es el efecto que tiene conmigo, como verdadero reconstituyente.”

**No me necesita tomar Hierro Nuxado por una eternidad para comprobar su efecto sobre organismos debilitados. [...]** (Negritas mías.)

Como ya expuse, la noción de la sangre enferma había construido la percepción de que la gente estaba debilitada corporalmente y su apariencia no era la de un sujeto fuerte. Por ello, tener una naturaleza débil o condición frágil, no era considerado un símbolo de la homosexualidad o de la desviación, como sí lo sería en representaciones posteriores del cine en México. Pero estos anuncios para la sífilis y la sangre impura sí construyeron la noción de que el cuerpo masculino necesitaba fortalecerse y dejar de tener una apariencia delicada. La noción de la sangre pura adicionalmente reforzó la representación del cuerpo sano como un cuerpo fuerte. En este tipo de publicidad es notorio que se intensificó la representación de los hombres como sujetos con un cuerpo fortificado. (Ilustración 21)



Ilustración 21 *El Universal*, 11 de noviembre de 1900, p. 3

Los anuncios de “La Zarzaparrilla del Dr. Ayer” mostraban tanto al cuerpo debilitado como al cuerpo fortalecido como una representación de la presencia o ausencia de su consumo. La representación de los hombres debilitados como comunidad dentro de la publicidad generó la categoría de solidaridad masculina. Aunque no corresponde al tema, también se representaron comunidades femeninas solidarias con mujeres dolientes, pero los consejos y recomendaciones escenificadas se vinculaban con preocupaciones femeninas en torno a los dolores menstruales, las infecciones vaginales y los tratamientos para recuperar la menstruación. En este sentido, algunas ilustraciones nos permiten observar cómo se creó la percepción de que la comunidad a la que se pertenecía era capaz de dar tranquilidad o consejo en torno a los padecimientos físicos y velar por el estado de cada uno de sus integrantes.

La Ilustración 22 vinculaba a la enfermedad con la pérdida de riqueza y a la enfermedad con la pérdida de la profesión. De esta manera, el sujeto masculino que se proponía, además de ser sano, debería de tener una profesión. El sujeto en tanto que consumidor debía cumplir un rol económico y, en este sentido, la salud dejó de buscarse como un bien que generaba tranquilidad. Comenzó a perfilarse como un bien que generaba riqueza. Por ello se instó a repudiar el tener un cuerpo insano, enfermo o débil, más aún cuando se era hombre. Aunque el anuncio representa a un hombre en cama, el mensaje que lo acompaña abarcaba a toda la familia. Si el hombre era quien debía cuidar su vigorosidad, eso no significaba que los demás miembros del grupo debieran desatenderse. Desde los niños a los adultos deberían estar atentos a las primeras manifestaciones del desequilibrio o de la debilidad de su cuerpo para actuar. Así se fue y regresó de la nueva responsabilidad individual de procurarse cada quien salud a la anterior noción de que la sífilis era padecimiento familiar, no adquirido, que debería de ser atendido.



**Ilustración 22 *El Universal*, 4 de enero de 1900, p. 2 (detalle)**

La Zarparrilla del DR. AYER realiza todo esto. Limpia y depura la sangre y le comunica nueva vitalidad y fuerza. Una persona prominente, residente en la ciudad de México, escribe: “**Hemos tomado su Zarparrilla en nuestra familia por muchos años y no estaría sin ella. Solía padecer granos y erupciones cutáneas acompañadas de una gran fatiga y debilidad general. Tan enfermo estaba que no podía atender á mis negocios.** Pero la Zarparrilla del Dr. Ayer me restableció por completo. Desde entonces se la he administrado á mis niños por varias dolencias, y siempre ha demostrado su eficacia”. [...] (Negritas mías.)

Es interesante el origen de los productos ofertados en tanto que algunos provenían de Norteamérica y proponían una moral del ahorro y del autocuidado propias de una moral económica diferente a la católica. Brandt considera que la publicidad de productos para la sífilis previas a la Primera Guerra Mundial se insertó dentro de las campañas antivenéreas en Estados Unidos, en este sentido a los sujetos masculinos se les interpeló para que conservaran su salud, debido a que su país los necesitaba sanos durante la guerra. (Brandt, 1985, p. 164) Como la Ilustración 23 sugiere, a través de la representación de un sujeto sentado en una silla con una manta sobre las piernas, el cuerpo masculino frágil con un entorno social agradable se fue convirtiendo en una representación inaceptable.



**Ilustración 23 *El Universal*, 14 de enero de 1926, p. 2 (segunda sección)**

A la Ciencia Médica Debemos Este Maravilloso Tónico  
**Hace unos veinticinco años, descubrió la ciencia médico la importancia de los glicerofosfatos ácidos (sales minerales: como tónicos y reconstituyentes del organismo humano.** Pero no fue sino hasta el día en que apareció la Ner-Vita del Dr. Huxley, que se pudo obtener los glicerofosfatos ácidos, en una forma, inalterable, eficaz y fácil de asimilar. La Ner-Vita DEL Dr. Huxley es recomendada universalmente por la profesión médica.

Usted Puede Recobrar Rápidamente Su Salud Aprovechando Este Descubrimiento Científico

**La enfermedad, sea cual fuere su forma, significa que el cuerpo ha carecido de fuerzas y elementos para luchar contra los enemigos de la salud. Exceso de trabajo ó de placer, preocupaciones mentales ó excitación nerviosa disminuyen la energía del cuerpo y queda éste predispuesto a la enfermedad.** Es preciso protegerse, ó sí, la enfermedad ha hecho ya presa es necesario aliviarse cuanto antes, apresurándose a recuperar las fuerzas perdidas. La ciencia le brinda el medio de hacerlo, poniendo a su alcance la Ner-Vita del Dr. Huxley, un tónico de glicerofosfatos ácidos (sales minerales) en forma asimilable, agradable al paladar é insubstituible para inculcar nuevas energías al cuerpo humano.

**Todos los médicos recomiendan la Ner-Vita del Dr. Huxley. Es el elemento más valioso de la medicina para combatir los casos de debilidad, anemia, falta de apetito y de vigor. Actúa como estimulante y antiséptico de la sangre y es por esto que resulta especialmente recomendable después de los ataques de fiebre, cuando la sangre está impura y viciada. [...]** (Negritas mías)

Las representaciones en los productos para la salud aluden al sifilítico como un sujeto inválido lleno de imposibilidades: para integrarse socialmente, para divertirse, para procrear, para acumular riqueza económica, para atender asuntos de la vida pública. En la mayor parte de estos productos el sujeto sifilítico no era un enfermo sexual, sino un discapacitado social: imposibilitado de participar en la vida económica, social y cultural de su entorno. Los productos para la sífilis ofrecían, así, curar la sífilis mediante la devolución del estado anterior a la enfermedad en donde el sujeto no estaba discapacitado socialmente, es decir, tenía vigor, felicidad, productividad económica y capacidad reproductiva. La noción de lo sano y la comprobación de lo sano tampoco estaban en juego.



**Ilustración 24** *El Universal*, 12 de mayo de 1921, p. 12 (primera sección) (detalle)

**NO DESESPERE** Su enfermedad es grave, pero no incurable. Su sangre necesita purificarse y recuperar los glóbulos rojos que ha perdido. Una medicina que le devolverá en poco tiempo su vigor perdido haciéndole la vida agradable es el afamado depurativo y tónico, denominado Especifico "El Salvador". Este preparado está recomendado como la medicina ideal para combatir todas las enfermedades que reconozcan por origen la impureza o debilidad de la sangre. No contiene mercurio ni arsénico, su sabor es agradable por lo que hasta los niños la toman con gusto. Sus resultados son inmediato y radicales y su precio lo pone al alcance de todas las fortunas. [...]

Por otro lado, se construyó la categoría del hombre desesperado. (Ilustración 24) Este era aquel que todavía no había consumido los productos ofertados. Se puede considerar que la publicidad de productos para la salud construyó angustias en torno a las enfermedades que no existieron en otro momento. En estas ficciones se crearon consecuencias provenientes de no

consumir los productos. Uno de los anuncios más significativos encontrados fue el de las Inyecciones “Carrie” que mostraba a un sujeto a punto de dispararse (Ilustración 25). Aunque el anuncio es sobre una inyección para la gonorrea sirve para conocer la relación con angustias relacionadas con la sífilis. La ficción tiene varias interpretaciones: el sujeto podría haberse enterado recientemente de su enfermedad o el sujeto llevaba años luchando contra ella. En ambas, las esperanzas han sido perdidas. En cualquiera de los dos casos, la imagen suspendía la acción. No era posible saber si se disparaba o no, pero sí permitía suponer que de no consumir el producto el sujeto acabaría suicidándose.



**Ilustración 25** *El Universal*, 3 de julio de 1927, p. 12 (primera sección)

¡NO DISPARE! Su mal tiene remedio aun. LA GONORREA se cura eficazmente con la INYECCION CARRIE [...]

La inhabilitación social en la que se promovió que estos sujetos enfermos de la sangre o de sífilis quedasen provocó reflexiones de algunos médicos que consideraban que la falta de eficacia de los tratamientos y de los productos para la sífilis provocaba tal desesperación en los enfermos que los llevaba al suicidio. Se generó así una categoría del “hombre enfermo desesperado” a quien a veces era mejor ocultársele su padecimiento para evitar que se suicidara. Aunque la opinión del médico Gayón precede en décadas a los anuncios mostrados, resulta interesante la forma en que se refería a los productos para la salud y a las actitudes de los pacientes frente a diagnósticos y pronósticos del progreso de sus padecimientos:

He mentado por mi parte al suicido como término de la sífilis que han dejado progresar los curanderos, y como podría tachárseme de exagerado, voy á permitirme referir un hecho. El Sr. X... me vió[sic] el año de 1891 para que lo curase de una sífilide pustulosa de la cara y de los miembros inferiores, á la vez que de otros accidentes de las mucosas que son tan comunes en la sífilis. Le prescribí el tratamiento adecuado y dos meses después habían desaparecido sus manifestaciones específicas; pero creyéndose curado, y no obstante mis advertencias, abandonó el tratamiento. Un año después volvió á consultarme, y lo encontré casi ciego[...]. El Sr. Dr. Fernando López me hizo favor de hacer un reconocimiento minucioso de estos desórdenes oculares, y como eran ya incurables y el enfermo pronto se convenció de que iba á quedarse en la obscuridad para siempre, puso fin á sus días, dejando á su honorable familia en el mayor abandono y desolación. (Gayón, 1896, pp. 21-22)

El suicidio de los hombres con afecciones sifilíticas era considerado así no sólo una amenaza a la vida sino al orden familiar y económico, ya que el hombre era el mayor benefactor económico de ese modelo social. En casi todas las representaciones de los hombres desesperados estos aparecen suspendidos, con imposibilidades motoras. A diferencia de los anuncios en donde la enfermedad está fuera del cuerpo, en este tipo de anuncios la enfermedad es visible en el rostro o los gestos. En la Ilustración 24 se muestra a un sujeto con el rostro abatido, con un gesto de preocupación, parado, agarrando una silla, en una acción suspendida indicada por las flexiones de su cuerpo. La representación, similar a la de los sujetos encadenados, representaba inmovilidad, el personaje no puede ni sentarse ni emprender la marcha. En este sentido, la tensión que genera la imagen al representar una suspensión del movimiento es que esa situación debe terminar. Pero la Ilustración 25 es mucho más directa en el mensaje puesto que lo que sostiene el hombre no es una silla sino una pistola. En este sentido, el fin de la escena tendría dos finales posibles: la vida o la muerte. La interpelación y la amenaza que suponían estos anuncios era que de no consumir el producto promocionado sólo se podía esperar la muerte.



Ilustración 26 *El Universal*, 9 de julio de 1934, p. 4 (primera sección)

SI NO HAY CURACIÓN NO SE COBRAN HONORARIOS

¿Está desesperado de no encontrar curación radical? [...]

Enfermos se alivian con un solo tratamiento de GONORREA, PURGACIÓN o BLENORRAGIA de una manera radical y permanente dando garantías, igualmente chancros, estrechez, derrames nocturnos. IMPOTENCIA O DEBILIDAD. Sistema Nervioso, Agotamiento General, Sangre, Piel, Mal del Pinto o Vitiligo, Manchas Blancas, etc., y Paño. ALMORRANAS. **Se curan con un solo tratamiento sin operación sin dolor y sin una gota de sangre.** Enfermedades de señoras: Flujos, Estómago, Estreñimientos, Bilis, Diabetes, Obesidad, Neuralgias, Espermatorrea, Insomnios, Parálisis, Epilepsia, **Sífilis** Nerviosa, Anemia, Paludismo, Pulmones, Bronquis, Asma, Catarro, Várices, Eczema, Fístulas Rectales, Riñones, Vejiga, Próstata, Uretritis, cura de manera radical con el nuevo procedimiento ultramoderno, S. Kemps, **especialista Alemán**, diplomado en el extranjero y sin título legalmente reconocido. [...] (Negritas mías)

Tanto en este ejemplo como en otro tipo de anuncios (Ilustración 26) la idea de que los hombres eran seres vulnerables se reforzó y se entretejió con un discurso proteccionista. En ellos, los hombres eran seres explotados por médicos o vendedores de productos que se aprovechaban de su estado de salud y de su desesperación. En esto coincidía con las campañas antivenéreas del

Departamento de Salubridad que durante mucho tiempo culparon a las prostitutas y consideraron a los hombres y a las familias como las víctimas de las enfermedades que ella diseminaban en la sociedad. En este tipo de anuncios las casas farmacéuticas o comerciales se promovían como los protectores de la economía, de la energía física, de la virilidad y de la pureza de los hombres. Resulta interesante contrastar la idea de que la comunidad masculina era una población a la que no sólo debía protegérsela en lo físico sino también en lo económico. (Ilustraciones 27 y 28)



Ilustración 27 *El Universal*, 12 de enero de 1949, p. 2 (primera sección)

**CURAMOS SU ENFERMEDAD**

**Si usted padeció o padece de alguna enfermedad venérea tal como blenorragia, o enfermedades de la sangre en todas sus formas y complicaciones, debilidad sexual, esterilidad, etc.,** y hasta la fecha no le ha sido posible curarse, usted puede recuperar su salud **sin necesidad de que sea explotado**. Médico titulado y legalmente registrado, con práctica en los Estados Unidos y Europa, se pone a sus órdenes, asegurándole la más esperada atención. [...] (Negritas mías.)



Ilustración 28 *El Universal*, 21 de mayo 1924, p. 5 (primera sección)

**¿POR QUÉ HA DE INSISTIR EN SUICIDARSE?** La anterior pregunta resultará probablemente desconcertante, más sin embargo, quedará explicada cuando se piense en que, en opinión de los más notables, Neurólogos, de cada DIEZ Enfermos del Sistema Nervioso o Neurasténicos, de los millones que por desgracia existen más o menos SIETE están suicidándose a diario.

¿Cómo? Con el simple hecho de descuidar de mirar con apatía y de confiar cándidamente al tiempo la mejoría de su quebrantada salud y la desaparición de los diversos y constantes achaques de que son víctimas, y que provienen todos de graves desarreglos del SISTEMA NERVIOSO, por más que ellos lo ignoran.

Efectivamente, a tales desarreglos nerviosos debieron esos enfermos culpar de su mala salud, y en la curación de los mismos buscar la cura también de su falta de apetito y sueño reparador: del cansancio que les agobia desde el momento mismo en que abandonan la cama: de su mala digestión y estreñimiento; de sus pensamientos lúgubres y preocupaciones sin motivo; **del pobre concepto que de ellos mismos han llegado a formarse considerándose inferiores a todo el mundo; de su indiferencia e indecisión para todo: de su falta de ánimo y decadencia de su vigor sexual; de su poco o ningún deseo de hablar ni alternar con nadie y de tantas y tantas otras calamidades y dolencias que jamás, o rara vez, les abandonan y que paso a paso, pero con artera perseverancia, están destruyendo día a día y uno a uno todos los órganos vitales del enfermo, hasta producir el fin, y necesariamente, SU MUERTE prematura, y de paso, quizá también su completa enajenación mental.**

Por tanto, si por desgracia se cree usted comprendido en la fatal y larga lista de esos suicidaS inconscientes, no desdeñe este mi aviso, ni permita que sus NERVIOS den al traste, primero con su bienestar y felicidad, y, finalmente, con su vida. Y venga hoy mismo a verme. [...] (Negritas mías.)

La Ilustración 28 funciona como una prescripción de lo que debería de ser el sujeto masculino, al ser concebido como un sujeto político y social debería considerarse igual a sus semejantes, hacer uso de la palabra, tener ánimo y vigor sexual, no alejarse de su comunidad. De manera que la enfermedad amenazaba la construcción del sujeto masculino y toda la construcción de su subjetividad, puesto que la enfermedad le hacía considerarse inferior a sus pares. Butler (2007) considera que la “inteligibilidad cultural del género” se manifiesta en toda una serie invisible de prescripciones que nos indican lo que debe ser el hombre o la mujer.<sup>115</sup> Considero que esto también se manifiesta en presupuestos de la salud y de la enfermedad, en donde estar libre de la sífilis o las enfermedades venéreas significaba cumplir con los roles de género, mientras que estar enfermo significaba estar imposibilitado para cumplir con ellos.

El rol femenino siempre se construyó en relación con lo que era el sujeto masculino. Si, por un lado, se suponía que el sujeto masculino no debería de ser enfermo y debería de estar capacitado para llevar a cabo todo el performance de la masculinidad, por el otro, el rol femenino se construyó en relación con su capacidad reproductiva. La búsqueda de la salud debería de ser para poder procrear hijos sanos y, en ese sentido, era necesario que las mujeres no tuvieran ninguna de las manifestaciones de la sangre enferma, incluyendo la sífilis dentro de ellas. Las Ilustraciones 29, 30, 31, y 32 muestran cómo las aspiraciones de los sujetos construidos como mujeres que se promovieron se concentraron en preservar la capacidad reproductiva, promover la maternidad y el matrimonio. En la Ilustración 29, de hecho, se vinculó el cumplimiento del mandato de género, con la felicidad y con la salud. Sólo aquellas que fueran sanas, es decir, que tuvieran la “sangre pura”, podrían tener un matrimonio y culminarlo con la felicidad que daría procrear. En este sentido, recuperar la salud reproductiva y cumplir con el rol de género eran un camino hacia la felicidad, es decir, la construcciones del género se tejen de manera compleja y no

---

<sup>115</sup> Sobre esto Butler señala: Además, cumplir las exigencias de una identidad sustantiva es una dura tarea, porque esas apariencias son identidades creadas mediante normas, y dependen de la invocación constante y reiterada de reglas que determinan y limitan prácticas de identidad culturalmente inteligibles. En realidad, concebir la identidad como una práctica, como una práctica que significa, es concebir a los sujetos culturalmente inteligibles como resultado de un discurso delimitado por normas, el cual se inscribe en los actos significantes mundanos y generalizados de la vida lingüística. (Butler, 2007, p. 281)

sólo modifican los roles de género, sino las nociones de felicidad, de salud, entre otras, así como las aspiraciones sociales.



**Ilustración 29** *El Universal*, 21 de abril de 1921, p. 12 (detalle)

**UN MATRIMONIO FELIZ** Felicidad, alegría, todo lo tiene quien goza de salud. La base de ello es una sangre pura y abundante en glóbulos rojos. Si usted está triste sin saber la causa, su sangre está débil o dañada, y entonces haría bien en recurrir a una medicina de confianza que haya demostrado curar radicalmente estos males **ESPECIFICO “EL SALVADOR”** está recomendado como el más poderoso depurativo contra enfermedades de la sangre. [...] (Negritas mías)

La infelicidad, por el contrario, acaecía cuando alguno de los padres tenía la sangre impura, padecía sífilis, avería o algún otro padecimiento, lo cual ocasionaba que los hijos de esa familia nacieran enfermos o tuvieran alteraciones físicas. Se consideraba que sólo los sujetos consumidores de estos productos alcanzarían a cumplir con sus roles de género, ya que quienes no los consumían corrían el riesgo de que, aunque ellos no tuvieran ninguna manifestación de algún padecimiento sifilítico o de la sangre, sus hijos sí la tendrían. La interpelación funcionaba a futuro. La Ilustración 30 muestra a un hombre afligido o avergonzado, cubriéndose el rostro. A una mujer llorosa o preocupada, cargando a un bebé aparentemente deforme pues sus extremidades son amorfas. El brazo derecho del bebé está claramente invertido, así como las piernas.

Se representa así el temor a que un padecimiento no conocido se evidenciara en algún momento de la vida matrimonial y desestabilizara los roles sociales otorgados a la pareja. De esta manera, se daba un peso primordial a la procreación y se representaba de manera problemática la carencia de hijos. En este caso, la ilustración hace referencia a la vida licenciosa de los hombres y a la resignación de la mujer, pero el texto invitaba a las mujeres a ser caritativas y piadosas y a dar el tónico a aquellos hombres que apreciaran para permitirles recuperar su salud, promoviendo así que las mujeres intentaran evitar que las enfermedades llegasen a su culminación y que ellas fueran quienes recibieran sus consecuencias. Por ejemplo, la Ilustración 32 muestra a una mujer que llora y está acompañada de un médico, quien no parece consolarla. El texto que acompaña a

la imagen indica que la mujer que se casa con un hombre enfermo sufre. En este sentido, la mujer se construye como un sujeto activo pues debe intervenir en la enfermedad al consumir el producto ofertado, así como evitar contraer nupcias con un hombre enfermo. Mientras que la imagen ilustrada representaría el papel de la mujer pasiva quien no tiene otro remedio que compartir las enfermedades con su esposo. Este tipo de ilustraciones son una respuesta a los modelos de salud, de matrimonio, de género, de familia y de felicidad anteriores, en donde las enfermedades representaban una carga social que se llevaba en familia. La Ilustración 32 promovía también evitar a los enfermos o a las enfermedades. Lo que el médico parece espetarle es que su rol de pasividad, de receptora de los padecimientos de su esposo, no debía continuar.



**Ilustración 30** *El Universal*, 24 de enero de 1926, p. 4 (tercera sección) (detalle)

**LOS PECADOS DEL PADRE** ¡No podrá Ud. Engañar a la Naturaleza! Tarde o Temprano se Para el Precio de Todo Engaño. Las Maravillas de LA-CU-PI-A son Una Revelación Sorprendente Para el Gran Número de Enfermos de los Males de la Sangre.

La oportunidad se presenta una sola vez, más no sacudirá la puerta. Ahora la oportunidad toca a la puerta de todos aquellos que pueden ser víctimas de las enfermedades de la sangre que a veces hacer creer que **no vale la pena vivir.**

**¡Sea Ud. caritativo, no le vuelva la espalda a aquel cuya sangre está dañada!**

Las madres, esposas, o novias pueden tener a alguien muy cercano y amado que no reconoce esta puerta de la oportunidad. Llevado hasta ella. ¡Presentadle este mensaje de nueva esperanza! Hacedle conocer las maravillosas propiedades salutíferas de LA-CU-PI-A, el único depurativo y tónico conocido en todo el mundo.

Bien se trate de una forma benigna de enfermedad de la sangre, o de la piel, o de una manifestación virulenta, está indicado el mismo remedio, LA-CU-PI-A. [...] (Negritas mías.)

Contrarias a estas representaciones, en donde las metáforas funcionan como amenazas.

Otras representaciones funcionaban como promesas. Quien conservara su salud por medio del consumo de productos para los padecimientos de la sangre o de la sífilis, podría muy bien cumplir con sus roles de género y gozar de la felicidad que se les otorgaba a quienes lo lograban. La mujer de la Ilustración 31, en contraposición con las de las ilustraciones mencionadas, también carga a un bebé, pero éste está sano y ella muestra una sonrisa en el rostro, en vez de preocupación y lágrimas. Además, la imagen iba acompañada de una frase que funcionaba como un

recetario: “mujer que tiene hijos sanos es una esposa contenta”. En consecuencia, se promovía, un modelo de maternidad, de familia y de salud como prácticas o espacios felices.



**Ilustración 31** *El Universal*, 7 de septiembre de 1917, p. 2

**HIJOS SANOS, ESPOSA CONTENTA, HOGAR FELIZ.** Purifique su sangre. EL- ESPECÍFICO-ZENDEJAS LO CURARA. Sin Mercurio, sin Arsénico. Puramente vegetal. Miles curados, miles curándose. No se olvide Ud. PANFILO ZENDEJAS Y PADILLA, Inventor [...]. (Negritas mías.)



**Ilustración 32** *El Universal*, 4 de octubre de 1925, p. 4 (primera sección) (detalle)

**Para el Hombre que Padece Una Enfermedad Virulenta de la Sangre el Porvenir es muy Oscuro, y es Más Oscuro Todavía para la Mujer que se Casa con Él.**

**El dedo de la sospecha señala siempre a la persona que presenta señales de sangre enferma. No hay más que un medio de evitar esta sospecha y consiste en conservar el cuerpo sano y limpio, y la sangre libre de toda tara.** La unión en matrimonio, cuando el hombre o la mujer sufre de una enfermedad de la sangre dará cualquier resultado, menos la felicidad conyugal. Además del tercer sospecha siempre en acecho, puede haber más tarde debilidad del cuerpo o del espíritu, pérdida del amor, hijos deformes, sordera, ceguera y la muerte. La sangre pura, el organismo sano y fuerte son augurio de vida conyugal feliz y prolongada. En miles de casos, LA-CU-PI-A, el remedio vegetal de la sangre, ha salvado la jornada. Fabricada según principios científicos, va a la raíz del mal, y elimina de manera eficaz y permanente los microbios o impurezas ocultos en el organismo. LA-CU-PI-A expulsa las toxinas y los glóbulos sanguíneos destruidos. Reconstruye la sangre, formando miles y millones de glóbulos sanos y vigorosos, que sirven de la enfermedad. LA-CU-PI-A destruye los microbios en una forma lógica y científica. Miles de personas son testimonio viviente de este efecto notable. Aún cuando para Ud. pueda ser nuevo ahora muchos se han beneficiado con este nuevo descubrimiento científico. Con él desaparecerán los granos y otras erupciones. Cicatrizan las úlceras crónicas, barros y llagas. Los ganglios adquieren de nuevo sus proporciones normales. Se absorben los tumores e hinchazones tuberculosos. Desaparecen las manchas cobrizas así como los demás síntomas manifiestos o infección sifilítica. [...] No espere más. No sufra una vida de miserias y desgracia. [...] (Negritas mías.)

En este tipo de representaciones también se configuraron la concepciones de culpa y responsabilidad. En la Ilustración 33 se observa a una mujer que señala a un hombre y le invita a que se aleje de ella hasta que esté puro. En este sentido se reforzó la noción de que sólo quienes tuvieran pureza de sangre, del cuerpo, podrían acceder a una vida familiar. Pero no sólo le estaría vetado al impuro la vida familiar, también la amorosa. El texto que acompañaba a la imagen indicaba que los sujetos enfermos no eran merecedores de nada, en tanto que no fueran sanos. Esta concepción de la culpabilidad resulta interesante puesto que se nutría de la culpabilización del enfermo extendida en otras tradiciones médicas. Se sostenía, así, que quien estaba enfermo lo estaba por voluntad propia o porque sus acciones le habían conducido a la enfermedad. Como algunas investigaciones han mostrado recientemente (García, 2019), el modelo de la mujer que aceptaba las enfermedades del esposo cambió radicalmente en la tercera década del siglo XX, sobre todo en relación con aquellas enfermedades como la sífilis, la gonorrea y otras enfermedades transmisibles que podían ser causales de divorcio de acuerdo con el Código Civil.



Ilustración 33 *El Universal*, 6 de julio de 1926, p. 2 (segunda sección)

“¡Alejaos! ¡No manchéis mi vida con vuestra sangre impura!”

¡No podréis ocultar las impurezas de la sangre! Eso significa que la depuréis por completo por medio de “LA-CU-PI-A.”

**¿Cree Ud. que puede ocultar por mucho tiempo el hecho de que su sangre esta contaminada? ¿Cree Ud. que puede engañar a la naturaleza gozando en la vida del mismo amor y éxito que aquel cuya sangre es pura?** Ud. sabe que esto es imposible, Ud. sabe que la sangre enferma es un presagio de la muerte prematura, fracaso en la vida, colapso cerebral, alejamiento de toda sociedad, una lucha miserable de aislamiento.

Por ninguna fortuna para el que sufre, este cuadro macabro se ha convertido en un cuadro brillante de esperanza y luz. Ahora pueden eliminarse de su organismo las toxinas de la sangre, en una forma completa, rápida y absoluta. Ud. puede salvarse. Ud. puede renacer de nuevo a una vida feliz.

LA-CU-PI-A es el maravilloso remedio que ha hecho esto acá posible. En verdad, es una de las maravillas del siglo XX. [...] Su enfermedad puede ser solo ligera, manifestándose por algunas erupciones o puede ser la más peligrosa de las que afligen a la humanidad: Ud. puede sufrir ulceraciones crónicas, grietas en la boca, barros, hinchazón de los ganglios, manchas cobrizas, inflamaciones, y LA-CU-PI-A lo salvará. Comience a tomar LA-CU-PI-A tan luego como termine de leer esto. En poco tiempo, tendrá a su alcance la libertad y la felicidad. Permita que LA-CU-PI-A lo salve [...]. (Negritas mías.)

Estos anuncios nutrieron la percepción de que los enfermos solían ocultar sus padecimientos e incluso aparentar ser individuos sanos, por ello se fomentó la noción de que el enfermo debería actuar como enfermo e incluso había en los anuncios una exigencia explícita de que así se comportaran. Sólo actuando su padecimiento los otros podrían notarlo y podrían tomar las medidas necesarias para alejarse de él. Este tipo de propuestas estaban elaborando un concepto diferente del sujeto sifilítico invisibilizado que existía en México en la tradición etiológica holística de finales del siglo XIX y que también fue una preocupación para la medicina clínica y microbiológica. En esta tercera década del siglo XX se hizo evidente la demanda de que el sujeto enfermo actuara su enfermedad. A diferencia de toda la tradición asistencialista, lo que se proponía en los anuncios era que, además de llevar el peso dolor físico, el enfermo debía llevar el peso del dolor social, debería recibir un estigma por no haberse comportado de acuerdo con la norma y por no haber preservado su salud. (Ilustraciones 33 y 34) En el paso del siglo XIX al XX hubo una exigencia de que los sujetos anormales, insanos o inmorales adoptaran el performance de su enfermedad y del estigma que les correspondía socialmente. Por ejemplo, los reglamentos de prostitución del siglo XIX pedían a las prostitutas que se vistieran de manera recatada, mientras que las autoridades del siglo XX opinaban que su manera elegante de vestir podía provocar que las personas las confundiesen con mujeres honorables. Lo mismo pasó con la exigencia del performance de ciertas enfermedades, el sujeto sifilítico o el enfermo venéreo deberían actuar evitar ser confundidos con sujetos sanos, por lo que se convirtió en una responsabilidad individual primero y posteriormente social evidenciar a los sujetos enfermos. (Ilustraciones 33 y 34)



**Ilustración 34** *El Universal*, 5 de marzo de 1918, p. 5.

TODOS LO SEÑALARAN CON EL DEDO, SERÁ VISTO CON ASCO Y HORROR A SU ALCANCE ESTA EL REMEDIO. EL ESPECIFICO ZENDEJAS LO CURARA. NO HAY UN SOLO CASO DE SIFILIS O DE CUALQUIER ENFERMEDAD DE LA SANGRE QUE RESISTA A NUESTRO TRATAMIENTO. [...]



**Ilustración 35** *El Universal*, 27 de julio de 1926, p. 2 (primera sección) (detalle)

Sólo algunas representaciones (Ilustración 35) hicieron alusión a que las mujeres también podían tener padecimientos de la sangre o manifestaciones sifilíticas. La imagen representada de esta ilustración tiene a una mujer como personaje principal. En ella la mujer presenta manchas en la piel, lo cual es un signo de su enfermedad. La mujer que presuntamente se encuentra enferma está sola y tiene el rostro preocupado, mientras que la mujer saludable se encuentra acompañada de un hombre. La división de la imagen podría aludir a un presente y un futuro que podría cambiar, pero que también es angustiante. Para rematar la imagen, el texto enfatiza que el castigo que deben recibir las enfermas por tener la sangre impura o alteraciones en su estado de salud es no ser amadas ni felices. El amor, la felicidad y la riqueza eran así en esos anuncios la recompensa por cumplir con el rol de género basado en el cuidado de la pureza del cuerpo y de la salud reproductiva. Si bien los cumplimientos sociales que promovían estos anuncios no eran religiosos, sí eran morales pues apelaban a una relación con el cuerpo racionalizada.

Los anuncios que se publicaron sobre la gonorrea (Ilustración 36) también reforzaron la idea de que las personas incapaces de cumplir con sus roles de género no deberían ser apreciadas. Abriendo así la posibilidad, ya vista al interior de los campos militares en el siglo XIX y las medidas antiprostibularias, de concebir a los enfermos como personas sin ninguna valía. Aunque en los anuncios de “Heidisian” (que eran antigonorreicos) no se hacía referencia a la sífilis o a las “enfermedades de la sangre”, sí se hacía alusión a que los enfermos eran “guiñapos”, “parásitos” y “seres nocivos a la sociedad”. Es decir, eran seres que no darían beneficios, pero que sí provocaría pérdidas. Al construir a los enfermos como “guiñapos” se promovió la idea de que los seres enfermos estaban enfermos en su totalidad y, por lo tanto, estaban completamente inutilizados. De esta manera, el sujeto enfermo fue reducido a su estado de salud, de tal forma



curación. Es a partir de estos anuncios que la forma en que fue concebida la detección de la sífilis ofreció una representación diferente. Se intentó mostrar que la sífilis era una enfermedad capaz de evidenciarse. Si como hemos leído en los capítulos anteriores, se pensaba que los enfermos podían pasar desapercibidos, la introducción de la publicidad de las pruebas de Wassermann modificó la percepción de la invisibilidad. Las imágenes de las pruebas de Wassermann fueron difusas, pues anunciaron a la prueba tanto como un método de detección como un medicamento, dentro del grupo de sueros endocrinológicos que estaban surgiendo. En este tipo de anuncios se apeló a la prueba de Wassermann como único método para comprobar que el tratamiento era efectivo, que la curación se había alcanzado y que se estaba sano. La alusión a lo científico todavía no se convertía en una metáfora fuerte, como lo sería en décadas posteriores, pero se iría reforzando, de la misma manera que su ininteligibilidad se remarcaría y adquiriría metáforas relacionados con lo oculto o lo misterioso, con lo que sólo cierto grupo de profesionales pueden comprender. Por otro lado, también en este tipo de publicidad el comprobar que se estaba curado se construyó buscando evidenciar que se estaba sano para cumplir con los roles sociales, más que para promover el bienestar de los enfermos, evitarles el dolor físico, evitarles una criminalización o la vergüenza, entre otras. De esta manera, la única prueba para comprobar que las personas estaban realmente capacitadas para cumplir con esos roles fueron las pruebas de Wassermann. (Ilustraciones 37, 38 y 39)



**Ilustración 37** *El Universal*, 4 de enero de 1931, p. 6 (primera sección)  
BLENORRAGIA (GONORREA) SIFILIS Tratamiento hasta Wassermann negativo y certificado salud matrimonio. [...] (Negritas mías.)



**Ilustración 38 *El Universal*, 10 de julio de 1927, p. 1 (segunda sección)**

**VIAS URINARIAS BLENORRAGIA**

Las **COMPLICACIONES** de la **GONORREA**, como **ESTRECHEZ**, **IMPOTENCIA**, **ESTERILIDAD**, **DEBILIDAD NERVIOSA SEXUAL**, que a menudo llegan a ser casos crónicos, **INCURABLES**, **HOY ES LA ÚLTIMA PALABRA DEL TRIUNFO** de la ciencia **MODERNA**, de **PODER ALIVIAR INMEDIATAMENTE** y **CURAR CON UN SOLO TRATAMIENTO** estos padecimientos, haciendo a cada enfermo sin costo alguno extra un **EXAMEN** de la **ORINA**, **SANGRE**, **REACCION DE WASSERMANN**, **JUGO GASTRICO**, **EXCREMENTOS**, **LIQUIDO CEFALO TAQUIDEO** Y **ULTRA MICROSCOPICOS**, así dándole la **GARANTIA** de una curación **RADICAL** y **PERMANENTE**.

**ACABO DE RECIBIR LA FAMOSA MAQUINA DE SIEMENS REINIGER VELIFA: (LA ÚLTIMA PALABRA DE LA CIENCIA ALEMANA MODERNA): QUE CURA LA GONORREA CON UNA SOLA APLICACIÓN INDOLORA, RAPIDA Y PARA SIEMPRE.**

Este **METODO MARAVILLOSO** de **CURACION**, se aplica haciéndose antes el **DIAGNÓSTICO EN 12 HORAS**, de la **GONORREA**, por medio de un **SUERO ESPECIAL**, importado de Europa, el cual fue aprobado en 1912 por la **Sociedad de Patología Comparada**, en París, usándose especialmente en los **CASOS SUPUESTOS CURADOS** que presentan síntomas inquietantes **FUERA DE TODO FLUJO PURULENTO**. [...] (Negritas mías.)



**Ilustración 39 *El Universal*, 14 de julio de 1929, p. 5 (primera sección)**

**CLINICA** Calle República Cuba 42. Especialista Facultad de México. **ESTRECHEZ URETRAL**. Radicalmente quitada 3 días por sistema electro-uretra: **NO GUARDA CAMA**. **ALMORRANAS** Destruídas por Electro-Desección. **NO HACE CAMA**. **ESTRECHEZ DEL RECTO**. **FISTULAS**, curadas **SIN TENER QUE DEJAR SUS OCUPACIONES**. **ORQUITIS** curada **SIN QUE DEJE DE CONCURRIR UN SOLO DÍA A SU TRABAJO**. **IMPOTENCIA**, curada definitivamente. **SANGRE** Tratamiento completo hasta Wasserman negativo y Certificado Salud Matrimonio. [...] (Negritas mías)

Las imágenes de instrumentos y herramientas propias de los laboratorios circularon con profusión en la publicidad para señalar que el producto ofrecido había surgido en un espacio científico. Las representaciones de la cientificidad estuvieron ligadas a personas (científicos o médicos), instrumentos (microscopios), tratamientos y entes etiológicos. (Ilustración 40) Algunos

otros anuncios no sólo describían que se utilizaría una amplia gama de instrumentos científicos, ni sólo representaban a algún laboratorista, también incluyeron dentro de su publicidad las fotos de instrumentos que no explican cómo funcionaban, como la imagen anterior, en donde se explica todo tipo de enfermedades que se atienden en la “Clínica Médica Alemana”, pero no se explica cómo. Para sustituir esa carencia explicativa se pone la fotografía de los supuestos instrumentos que serán utilizados dentro de la terapia. Basta con mostrar la foto para ya no explicar nada. Mediante este tipo de técnicas publicitarias lo que se logró fue una especie de fantasmagorización de los instrumentos científicos. Estos se presentan como herramientas acabadas y perfectas, capaces por sí mismas de devolverle la salud a la gente. Por ello, planteo que la escena (Ilustración 41) es muy fuerte en tanto que sintetiza la función de los instrumentos y por lo tanto nunca explica que están llenos de incertidumbre, errores y que incluso pueden ser manejados por personas no capacitadas para usarlos.



**Ilustración 40** *El Universal*, 21 de julio de 1923, p. 7 (segunda sección)

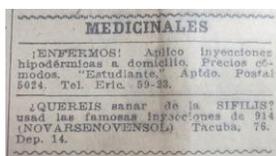
**¡LA CIENCIA VICTORIOSA!** Es verdaderamente prodigioso cómo la Ciencia ha podido vender a los mayores enemigos del hombre. Uno de los últimos triunfos de la Ciencia Médica es el nuevo REMEDIO ALEMÁN HEIDISAN fabricado en forma líquida y píldoras que tomado en la forma prescrita constituyen el remedio más poderoso para curar las GONORREAS agudas o crónicas de hombres y de mujeres. Además de su absoluta eficacia tiene la ventaja insuperable de ser inofensivo y no requiere cambios en el modo de vivir. [...] (Negritas mías.)



**Ilustración 41** *El Universal*, 4 de julio de 1937, p. 8 (primera sección)

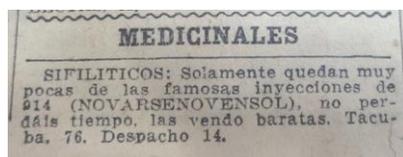
En el caso de la difusión de los arsenicales, su publicidad fue abundante tanto para promover su uso como para rechazarlo y dar información sobre sus efectos secundarios. La publicidad de productos para la salud revisados en estas cinco décadas nos muestran que —en las primeras décadas posteriores a la llegada del salvarsán o “606” y el neosalvarsán o “914” a México— los arsenicales fueron promovidos de forma indirecta en la publicidad de productos vegetales. Es decir, para publicitar los beneficios de los depurativos, tónicos o elixires vegetales, se hacía énfasis en que tanto los arsenicales como el mercurio eran tóxicos y nocivos y no garantizaban la cura. Por el contrario, era representados como incluso más dañinos a los enfermos que la enfermedad misma.

La publicidad encontrada de los arsenicales y sus derivados se presentaron como “cajas negras” encubiertas con metáforas científicas llenas de simplificaciones. Nunca se explicó cómo funcionaba la prueba, tampoco cómo deberían aplicarse las inyecciones, cómo se debían preparar los compuestos, qué dosis tenían que ser usadas, ni cuánto tiempo duraba el tratamiento. Los arsenicales se presentaron como una inyección mágica capaz de restituirle la salud al enfermo de manera rápida y radical. Este tipo de publicidad invitaba a pensar que con una sola dosis o con un solo fármaco era posible la cura. Puede parecer que el cambio no fue importante, pero en las primeras décadas del siglo XX la enfermedad apelaba a una condición con la que se podía vivir de por vida. (Ilustraciones 42, 43 y 44)



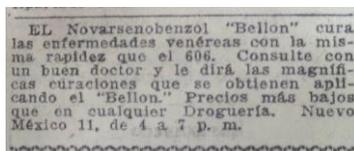
**Ilustración 42** *El Universal*, 1 de enero de 1917, p. 10

¿QUERERIS sanar de la SIFILIS? Usad las famosas inyecciones de 914 (NOVARSENOVENSOL) [...]



**Ilustración 43** *El Universal*, 6 de enero de 1917 p. 7

SIFILITICOS. Solamente quedan muy pocas de las famosas inyecciones de 914 (NOVARSENOVENSOL) [...]



**Ilustración 44** *El Universal*, 17 de noviembre de 1917, p. 4

**El Novarsenobenzol "Bellon" cura las enfermedades venéreas con la misma rapidez que el 606.** Consulte con un buen doctor y le dirá las magníficas curaciones que se obtiene aplicando el "Bellun". [...] (Negritas mías.)

Latour considera que los instrumentos científicos tienen una capacidad de difusión muy amplia y que muchas veces el público detona esa difusión por haberlos esperado durante mucho tiempo. La capacidad de detonación que tienen está ligada a la novedad que ofrecen para resolver problemas. Por ello es que su llegada es esperada con amplias expectativas. (Latour, 1992, p. 129) Los tratamientos antisifilíticos arsenicales tuvieron una difusión casi inmediata a manos de empresas y laboratorios clínicos que —como hemos leído— incluso sin saber bien a bien cómo funcionaban, los difundieron y pusieron al alcance de un público que los recibió con esperanzas y, cuando pudo, los consumió con profusión.

En primer lugar, parece que, como la gente accede de tan buen grado a transmitir el objeto, es el objeto mismo el que les induce a asentir. Podría pensarse entonces que la conducta de la gente es debida a la difusión de hechos y máquinas. Se olvida que es el comportamiento obediente de la gente lo que convierte las afirmaciones en hechos; también se olvidan las cuidadosas estrategias que otorgan al objeto los contornos que producirán el asentimiento. (Latour, 1992, p. 129)

Los primeros anuncios de los medicamentos arsenicales para la sífilis eran muy sencillos. Regularmente sólo anunciaban “se inyecta 606”, se inyecta “tratamiento de campaña”, se inyecta “salvarsán” o “ya hay salvarsán”. Este primer momento de los medicamentos arsenicales incluía la vieja noción del autotratamiento y de la autocura. El enfermo era para la publicidad médica un consumidor que, convencido por esta propaganda, aceptaba una noción de salud y consumía productos autoaplicables para alcanzarla. En esta lógica del autotratamiento ingresaron los arsenicales. Casi a la par emergieron los anuncios ofertando servicios de médicos

o enfermeras que podían aplicar las inyecciones o de espacios a donde la gente podía acudir para que les fuera aplicada la dosis. En la mayor parte de los anuncios sólo se hacía referencia a los lugares de su venta. (Ilustraciones 45 y 46)

Los vendedores sólo anunciaban el fármaco en un par de líneas y sin ilustraciones, regularmente en la sección de medicinas o de consultas de los diarios. Se ofrecían “curas seguras” a las enfermedades venéreas. (Ilustración 44) En Tacuba 76 se ofrecían inyecciones de Novarsenobenzol para sanar la sífilis. (Ilustración 42) En otro anuncio se invitaba a los sifilíticos a solicitar sus inyecciones porque quedaban “muy pocas de las famosas inyecciones de 606 (NOVARSENOVENSOL). (Ilustración 43) En otros, aludiendo a los medicamentos falsos se señalaba que el neosalvarsán que se vendía era “legítimo”. (Ilustración 45) Sólo algunos indicaban sus precios: “A \$22.00 inyecciones Neosalvarsán. Isabel la Católica, 45. Despacho 24.” (*El Universal*, 16 de febrero de 1917, p. 5) Uno de las afirmaciones más repetidas de estos productos aseguraba que eran baratos, aunque en términos reales no lo fueran. Y sólo pocos de estos anuncios señalaban que los fármacos existían en diferentes presentaciones, con diferentes dosis. (Ilustración 47)



**Ilustración 45** *El Universal*, 4 de enero de 1946, p. 1 (primera sección)



**Ilustración 46** *El Universal*, 4 de enero de 1919, p. 5  
606 SALVARSAN Americano, Metz y Francés. Poulenc, de 20, 30, 40, 50 y 60 ctgr., barato. [...]



**Ilustración 47 *El Universal*, 27 de noviembre de 1918 p. 5**

Acabamos de recibir importante surtido de Medicinas de Patente que realizaremos a precios mucho más bajos que los de las Droguerías, al por mayor. Tenemos Novarsenobenzol Billon en serie de 0.50 y 0.75; 0.60 0.40 y 0.30 que realizaremos vendiendo desde una serie, hasta 500. Caféina y Benzoato de Sosa. Inyecciones de Arrhenal Adrián y Ciro. Ether para anestesia en botes de una libra. Inyecciones de Guayacol y Iodoforme y otras medicinas. [...]

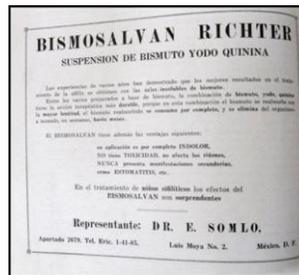
La publicidad de estos fármacos nos muestra la imposibilidad en que se encontraban las casas farmacéuticas y comerciales para distribuirlos en grandes cantidades o para distribuir tratamientos completos. También de estos anuncios se puede suponer que no se tenían conocimientos de las discusiones al interior de los laboratorios sobre la variedad del funcionamiento de los arsenicales dependiendo de si su uso era para dar un tratamiento “de asalto”, a largo plazo, combinado, etc. De hecho, sólo en la publicidad de las revistas médicas se mostraron imágenes de estos fármacos en diferentes presentaciones y procedimientos para su aplicación. La Ilustración 48, por ejemplo, muestra un tratamiento completo con diez ampolletas. Es una imagen que si bien difundía el diseño de su aplicación, no explicaba cómo se debería aplicar, qué otros instrumentos eran necesarios para su utilización, cuánto duraba el tratamiento, si era para adulto o para niño, qué efectos secundarios se podrían presentar.



**Ilustración 48 *Revista Médico Científica*, Antisifilítico de bismuto, 1930**



**Ilustración 49** *Revista Médico Científica*, Antisifilítico arsenical, 1930



**Ilustración 50** *Revista Médico Científica*, Antisifilítico bismútico, 1930

Las Ilustraciones 49 y 50 de los antisifilíticos hicieron énfasis en ciertos atributos de los fármacos, como que no causaban dolor, no causaban inflamación, no causaban accidentes secundarios, tenían una toxicidad muy baja, no se acumulaban en el cuerpo, ni producían estomatitis. Se hizo mucho énfasis en que los efectos secundarios eran bajos y tolerables y los beneficios superaban a las incomodidades. Esa noción de la cura radical configuró la manera cómo las curas deberían de presentarse, al tiempo que modificó la publicidad de los productos homeopáticos. Los productos homeopáticos y vegetales pronto introdujeron en sus anuncios la noción de la cura radical. La publicidad de los productos vegetales antisifilíticos fue influida de tal manera por el discurso del salvarsán que a partir de ella conocemos las características públicamente consideradas nocivas de este tratamiento.

Al construirse en oposición a los arsenicales, enfatizaron todos los efectos secundarios y las características nocivas de ellos y adoptaron las positivas. Por ejemplo, la Ilustración 51 muestra cómo se presentó al “Específico de Indias” como un tónico que permitía alcanzar una curación radical. Se puede considerar que este tipo de publicidad incitó fuertemente a la población a buscar tratamientos y curas para sus padecimientos. Se pasó de querer paliativos a desear curas radicales. Rosenberg (1992) indicó también que el cuerpo por mucho tiempo no fue

considerado un ente estable debido a que se tenía que trabajar constantemente para equilibrarlo. Una exposición del cuerpo a los excesos incrementaba la posibilidad de que cayera enfermo. Por añadidura, la noción de cura radical era impensable no sólo por no existir curas sino porque la salud estaba sujeta a la caprichosa conducta humana.



**Ilustración 51 *El Universal*, 14 de julio de 1917, p. 10**

**¡YA ESTAMOS AQUÍ! CON NUESTRO “ESPECÍFICO DE INDIAS” Para volver a la vida y al trabajo a los POBRES ENFERMOS DE LA SANGRE Que no haya podido sanar con otros llamados impropiamente depurativos. CON UN SOLO FRASCO de ese UNICO y verdadero específico contra la AVERIA en todos sus periodos, toda enfermo, por muy avanzado que esté su mal, sanará a su vez y a sentir su pronta y radical curación [...]. (Negritas mías.)**

Al carecer de información adicional en la publicidad médica en torno a las dosis necesarias, los efectos secundarios, las características del tratamiento, la publicidad del salvarsán o neosalvarsán no daba la oportunidad a su gama de consumidores de acceder a información en torno a este fármaco y quedó suspendida la duda sobre sus efectos, su toxicidad, su efectividad, la dosificación, entre otras. La carencia de estos datos probablemente significó una preocupación para los enfermos de sífilis pues implicaba la imposibilidad de poder ellos mismos regular su uso y un incremento en la incertidumbre sobre su eficacia. El salvarsán o el neosalvarsán se presentaron en la publicidad médica como medicamentos perfectos producto de discusiones científicas terminadas.

Algunas notas informativas en diarios, como la de la Ilustración 52, previnieron a los lectores sobre posibles riesgos al utilizar los arsenicales. Las notas narraban tragedias debidas a accidentes toxicológicos, pero se ponía énfasis en que los culpables eran los médicos y no los medicamentos mismos; de esta manera, se generaba la percepción de que el causante del error era humano y no de que el accidente se debía a una inestabilidad del fármaco. No se señaló jamás que los productos no estaban estandarizados o que aún no se habían acordado los niveles mínimos y máximos de administración por día y por peso. En este tipo de notas no se cuestionó el funcionamiento de los productos, sino se cuestionaron las prácticas y habilidades médicas. Por

otro lado, el costo de los medicamentos arsenicales y su legitimidad también fueron una constante en la publicidad. Frente a los \$0.50 centavos o \$3.00 pesos que costaba una pócima, los arsenicales tenían precios por encima de los quince pesos. Además se acentuaba el origen de los salvarsanes, los cuales en un primer momento fueron presentados como productos alemanes para posteriormente ser asociados con diferentes nacionalidades: franceses, americanos, japoneses o simplemente “legítimos”. El sello de origen fue uno de los que más se difundió, generando la percepción de que los productos químicos de otros países eran mejores, lo cual había sido una constante desde el siglo XIX.



**Ilustración 52 *El Universal*, 5 de marzo 1924, p. 5 (segunda sección)**

**EL MEDICO JAPONES YOSHITAKA, DECLARADO FORMALMENTE PRESO.** Unicamente para **EL UNIVERSAL.** MONTERREY, N. L. Marzo 2. Hace pocos días por telégrafo di la noticia de **la muerte de la señorita Alejandra Arredondo que en opinión de los familiares fue ocasionada por la aplicación de unas inyecciones de neosalvarsán; operación que llevó a cabo un médico nipón, radicado en esta ciudad desde hace tiempo y que se llama Yoshitaka Daura.**

El doctor nipón, niega terminantemente el hecho, alegando que con todo éxito ha venido haciendo esas aplicaciones y que si la señorita falleció, fueron otras muy diferentes las causas de su muerte. Parece que lo atribuye a un ataque cerebral que sobrevino horas después de haberle aplicado las inyecciones, pero sin que en su concepto tengan que ver nada una y otra cosa.

Sin embargo, el juez licenciado H. Sáenz, poco convencido con estas razones, ha dictado órdenes de formal prisión contra el referido galeno, quien contaba ya en Monterrey con una buena clientela por haber hecho realmente varias curaciones notables, estar casado con mexicana y ser hombre de estudio, con años de práctica y títulos revalidados en nuestras aulas y por lo tanto ampliamente autorizado para ejercer la medicina. (Negritas mías.)

De esta manera se comenzó a difundir la idea de que el enfermo, para ser curado verdaderamente, no sólo debería acudir a que lo medicasen, sino que tenía que acudir con un profesional de la salud que pudiera comprobar sus estudios. Por ejemplo, en la Ilustración 53 se señalaba que el médico tenía alguna relación con la Facultad de medicina. Varios anuncios publicitarios, apelando al prestigio de lo extranjero, remarcaron la idea de que los mejores médicos eran los que habían hecho estudios en el extranjero. En la Ilustración 54, por ejemplo, se indica que el médico Pormaret había sido jefe del laboratorio de la Facultad de Medicina de París. De hecho, otros anuncios afirmaban que sus médicos eran recién llegados de Europa o de

Norteamérica y habían traído consigo todos los adelantos tecnológicos del extranjero. Poco a poco se fue diseminando la noción de que los sujetos deberían de ponerse en manos de un médico experto y dejar que el médico fuese quien diagnosticase la enfermedad, la gravedad de la misma y el tratamiento a seguir para alcanzar la curación. Es decir, este tipo de anuncios contradijeron a aquellos que promovían que el sujeto conociese las enfermedades de manera general para poder autodiagnosticarse y autotratarse.



**Ilustración 53 *El Universal*, 21 de agosto de 1918, p. 3**

**SIFILIS. DRES ERNESTO Y DANIEL CARRION, (HNOS) FACULTAD DE MEXICO**  
Especialistas en enfermedades de la sangre 606 a precios al alcance de todos los POBRES. [...] (Negritas mías.)



**Ilustración 54 *El Universal*, 13 de julio de 1926, p. 6 (primera sección)**

**NUEVO TRATAMIENTO POR VIA BUCAL DE LA SIFILIS REEMPLAZA LAS INYECCIONES.**  
**NO FATIGAN EL ESTOMAGO SIGMARGIL DEL DOCTOR PORMARET Antigo Jefe de**  
**Laboratorio de la FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS.** [...] (Negritas mías.)

Los tratamientos con mercurio y arsenicales dieron lugar a una reacción que sostenía que deberían existir tratamientos basados en productos de origen no químico que pudieran satisfacer las necesidades de los enfermos. De hecho se fortaleció la percepción de que el cuerpo podía sin necesidad de ser intervenido químicamente recuperar la salud. Lo cual implicaba una relación activa del sujeto con su cuerpo, pero debía ser una intervención a base de productos naturales. Se empezó a estimar que los mercuriales y arsenicales únicamente hacían perder a la gente su dinero, su tiempo, sus esperanzas e incluso su poca salud. De ahí que se comenzaron a anunciar tratamientos o productos que se decían surgidos de la medicina alemana, pero no químicos. Estos eran anunciados como tratamientos científicos, puesto que habían sido diseñados

en laboratorios alemanes o siguiendo métodos alemanes, pero se presentaban como no dañinos e incluso más “naturales” que el cuerpo, es decir, que podrían llevar al cuerpo a un estado pristino previo a la enfermedad. La inserción de estos productos dentro de una narrativa de laboratorio creaba la impresión de que se podía combatir un padecimiento físico con una sustancia completamente natural, pero que había sido creada o perfeccionada en un laboratorio. Es decir, se creó la concepción de que las creaciones de los laboratorios científicos podían ceñirse a las reglas de los productos para la salud de origen vegetal y podrían llevar al cuerpo a un estadio anterior a su decadencia o impureza.



**Ilustración 55** *El Universal*, 10 de mayo de 1917, p. 4

**ESPECÍFICO DEPURATIVO PARA LA SANGRE  
SUPERIOR AL 606**

CONSULTAS GRATIS POR MEDICOS DE LA FACULTAD DE MEXICO  
DE 10 A 12 A.M Y DE 3 A 5 P.M. AV. GUATEMALA 2 (ANTES STA TERESA INT 2)

**Gran tónico reconstituyente y depurativo para la sangre.**

Único que verdaderamente **cura de una manera radical** todas las mas terribles manifestaciones de la AVERIA en cualquier periodo en que se encuentre y en relativo poco tiempo. **Multitud de investigaciones han probado que en donde otros han fallado, incluso el 606 y Neosalvarsán, el ESPECÍFICO DE ZENDEJAS ha vencido sobre el horrible mal salvando a muchos cuyos infinitos agradecimientos obran en nuestro poder[...].** (Negritas mías)

Se fortaleció la impresión de que podían existir productos naturales incluso más potentes que los arsenicales. Las representaciones de ambos tipos de productos se nutrieron mutuamente. Dentro del imaginario colectivo la presencia de los arsenicales estuvo por presencia o por ausencia, por ausencia cuando se hablaba negativamente de ellos en la publicidad de compuestos y tónicos de origen vegetal. Sabemos que los arsenicales habían adquirido cierto prestigio en algunos sectores sociales, el cual era constantemente atacado en la publicidad de productos vegetales, como puede observarse en la Ilustración 55 en donde se afirma que el “Específico Zendejas” era superior al “606” y al “Neosalvarsán”. En algunos de ellos se señalaba que estos productos no contenían ni mercurio, ni arsénico y, por lo tanto, no eran tóxicos. (*El*

*Universal*, “Específico Zendejas”, 8 de octubre de 1916, p. 8) En otros anuncios afirmaban curar casos “rebeldes” en donde “hasta el «606» y Neo Salvarsán habían fracasado”. (Ilustración 56) Así mismo, se invitaba a la gente a pasar a su consultorio para que pudieran “verificar curaciones asombrosas” registradas en “los álbumes de fotografías, con los respectivos nombres y direcciones de enfermos”. (Ilustración 56) Por otro lado, los anuncios de algunos específicos famosos aseguraban que evitarían a los enfermos reconocimientos médicos vergonzosos, ya que el enfermo contestando un simple cuestionario podría obtener su reconocimiento. (*El Universal*, “Específico Zendejas Señoras Señoritas”, 23 de abril de 1917, p. 7) Es decir, estos productos se concibieron como protectores de los enfermos ya que les evitaban correr el riesgo de tener accidentes tóxicos, perder su tiempo o su dinero, y pasar por situaciones sociales comprometedoras. Todos estos elementos no fueron nombrados por los médicos de la Academia Nacional de Medicina cuando intentaban explicar las razones por las cuales las personas seguían prefiriendo los compuestos o tónicos vegetales, el autodiagnóstico y el autotratamiento a los servicios de los profesionales de la salud o a los tratamientos farmacológicos. Por el contrario, sólo argumentaban que la ignorancia de las personas era la principal razón por la cual los servicios médicos considerados científicos no eran los elegidos.

Algunos de los anti-606 o antiarsenicales enunciaron dos problemas de los arsenicales: la sustancia en sí misma y la presentación de los mismos. Sabemos de la dificultad que para los años veinte significó tener que preparar inyecciones arsenicales —y de otro tipo— pues no cualquiera dominaba la técnica. El manejo del fármaco requería cierta experticia y, aunado a esto, existía la percepción de que las inyecciones eran dolorosísimas. Por otro lado, existían reales dificultades para adquirir los fármacos tanto por sus costos como porque la distribución farmacéutica no estaba estandarizada ni preparada para surtir de forma masiva a los centros médicos ni dosis únicas ni tratamientos completos. Finalmente, las aplicaciones de las inyecciones arsenicales requerían que la persona que recibiera el tratamiento tuviera vigilancia y asistencia médica preferentemente. De esta manera, los productos vegetales ofrecían soluciones a esos problemas como tratamientos portátiles o en tabletas, que no requirieran de vigilancia médica, que permitieran la movilidad de las personas, que fueran fácilmente administrables y que no dolieran. (Ilustración 54)



**Ilustración 56** *El Universal*, 11 de marzo de 1917, p. 5

Felicidad, Salud y Larga Vida. Solo se obtienen teniendo una sangre perfectamente pura y rica en glóbulos rojos; esto lo logramos tomando el exquisitísimo específico ZENDEJAS que es por excelencia el único depurativo y tónico de la sangre que por su gran eficacia ha llegado a verificar curaciones asombrosas, **venciendo el mal en casos rebeldes, donde hasta el “606” y Neo Salvarsán habían fracasado**, ganándose de esta manera una justa fama que redundará en directo beneficio de la humanidad doliente.

Invito a las personas que gusten, a pasar a este consultorio para que se cercioren de la veracidad de las curaciones, poniendo a su disposición los álbumes de fotografías, con los respectivos nombres y direcciones de enfermos, donde podrán observar detalladamente las curaciones ya hechas pudiendo, si lo desea, dirigirse a los mismos enfermos, para que ellos las convenzan. También pongo a su disposición los [...] de correspondencia y testimonios que a diario recibo de todas partes de la República, demostrando la satisfacción y agradecimiento que se tiene a los notables efectos curativo de mi ESPECIFICO. Si esto no basta, me comprometo a no COBRARLE ADELANTADO, con [...] SI NO SE CURA, NO ME PAGA. [...] (Negritas mías)

No sólo se crearon fármacos que se ofertaban como menos dolorosos y con menores efectos secundarios. Sino también otros productos que prometían evitar el contagio y mantener a los sujetos sanos. Lo cual creo otro tipo de usuario, los sujetos inmunes. La Ilustración 57 promovía el anti-606, era anti-606 porque con su uso jamás se tendría la necesidad de utilizar ningún arsenical pues prevenía de la enfermedad. Este tipo de productos no fueron promovidos por las autoridades sanitarias federales, pero su aparición dentro de la publicidad nos indica la presencia de una comunidad que se identificaba con la posibilidad de adquirir inmunidad mediante el consumo de un producto, como lo expondré en el siguiente apartado, y no mediante la moralización y racionalización capitalista de las conductas como algunos libros de consejos sobre la salud proponían.



**Ilustración 57** *El Universal*, 7 de julio de 1918, p. 4

Toda personas que use el preventivo ANTI 606 se verá curado del peligro de la AVERIA EL ANTI 606 no cura nada, pero hace más, pues evita el contagio [...].

### 3.5 Los sujetos inmunes: los preservativos masculinos

En la introducción de esta investigación señalé que algunas filósofas e historiadoras de la ciencia afirman que las categorías con las que nos relacionamos con los fenómenos pueden ser modificadas. Siguiendo esta pauta, considero que pudo haber existido una relación diferente con la sífilis de haberse introducido de manera masiva los preservativos y de haber centrado las investigaciones en torno al perfeccionamiento de esta herramienta preventiva desde las primeras décadas del siglo XX. Los preservativos hubieran resultado más eficientes para controlar la sífilis, como han mostrado su efectividad en décadas recientes, pero no fueron promovidos con profusión ni por las autoridades sanitarias públicas, ni por las casas farmacéuticas o de productos para la salud. Ahora sabemos que las autoridades mexicanas no tuvieron jamás la intención de difundir el uso de los preservativos masculinos, por los argumentos que ya hemos leído de miembros de la Academia Nacional de Medicina pertenecientes a la Sociedad de Profilaxis Moral y Social y porque las políticas posrevolucionarias del control sanitario fueron poblacionistas y estuvieron ceñidas a un régimen moral católico, que siempre les interpeló cuanto quisieron introducir la educación y la profilaxis sexual. Aunque el uso del preservativo hubiera permitido de manera más efectiva la disminución de riesgos de contagio de la sífilis, no era un modelo considerado moralmente recomendable porque desde una interpretación conservadora podía inducir a la inmoralidad social, así como a la ausencia de un estigma o enfermedad en las personas que rompieran las normas sexuales.

Al respecto cabe señalar las diferencias de México con otras naciones en donde el uso del preservativo fue popularizado de manera más temprana, en virtud de que la salud reproductiva era vista como un asunto privado en donde el Estado no debería inmiscuirse. (Scott, 2008) Brandt cuenta que la Asociación Americana de Higiene Social en Estados Unidos rechazó abiertamente el control natal en la década de los treinta del siglo XX y, por ende, el uso del condón por su efectividad tanto para prevenir la sífilis como los embarazos. (Brandt, 1985, p. 159) Fueron los médicos militares, después de la introducción de la penicilina, quienes centraron su atención en la distribución de condones y profilácticos, aceptando así la imposibilidad de controlar las conductas sexuales de sus tropas. Hacia 1940, en ese país, los médicos higienistas seguían insistiendo en que el único medio de controlar los problemas venéreos era controlando las conductas sexuales. (Brandt, 1985, p. 162)

Baldwin cuenta que en Alemania, en 1903, la Corte Suprema decidió que los preservativos masculinos eran prostibularios pues, aunque útiles, incitaban al sexo extramarital. En 1910 se consideró que los catálogos con dispositivos contraceptivos podían ser dados a parejas casadas después de que se prometieran votos de fidelidad. (Baldwin, 1994, p. 464) Durante el periodo de entreguerras las autoridades rehuyeron a aceptar las virtudes antivenéreas de algunos de los anticonceptivos natales, pero finalmente levantaron la prohibición de promoción y de exhibición de estos. (Baldwin, 1999, p. 465) En Inglaterra la propaganda de control de natalidad fue atacada hasta después de 1877, cuando se aprobó una ley que censuraba los anuncios profilácticos, pero no su venta. (Baldwin, 1999, p. 465) En Francia la iglesia influyó para que los profilácticos y preservativos no se difundiera y en 1920 fueron aprobadas medidas en contra de su publicidad. Su venta fue permitida después de 1967, pero su publicidad hasta 1987, cuando la epidemia de SIDA impuso su difusión. (Baldwin, 1999, p. 466) En México durante la mitad del siglo XX no hubo una reglamentación que prohibiera la difusión de preservativos masculinos y anticonceptivos natales, pero sabemos que las autoridades sanitarias y médicas siempre emprendieron políticas de salud capaces de evadir el uso de estos dispositivos.

En la publicidad de los productos para la salud los preservativos masculinos habían aparecido desde la segunda década del siglo XX, pero no con tanta profusión como en décadas posteriores. En la década de los cuarenta los preservativos masculinos aparecieron con mayor frecuencia en *El Universal*. Resulta interesante ver cómo se promovió con muchas décadas de anticipación los preservativos para uso masculino, a pesar de que las mujeres dedicadas al comercio sexual, en teoría, eran quienes estaban más expuestas a contagios y transmisión de infecciones. En este sentido, la postura de Harding (1986) de que la ciencia crea productos sexogenéricos que beneficiaban a ciertas comunidades se vuelve una afirmación. Los preservativos masculinos crearon una comunidad masculina que podía ser inmune a las enfermedades por contacto sexual, pero no se construyó la noción de que la comunidad femenina pudiera tener un dispositivo propio cuyo uso y efectividad les permitiera ser inmunes de la misma manera. Es decir, que los preservativos masculinos difuminaron el estigma en los hombres y promovieron su protección, pero no en las mujeres.

Al no existir un dispositivo propio para mujeres, se siguió considerando que en las mujeres que rompieran las reglas morales de conducta sexual lo más natural era que adquiriesen una enfermedad y su respectivo estigma. Por otro lado, la publicidad de los preservativos

masculinos, así como las pruebas de Wassermann o los tratamientos antisifilíticos, tampoco explicó bien su funcionamiento, pero sí se remarcó la importancia de prevenir. Estos anuncios interpelaban a una comunidad masculina para que conociera los preservativos, pues se afirmaba que su funcionamiento era un secreto que todos los hombres deberían saber. Se asentía que era un producto discreto y que lo mejor era que protegía de todas las consecuencias de las relaciones sexuales fuera del matrimonio.<sup>116</sup> Varios de los productos para la salud evidenciaron de forma contundente que la salud que interesaba proteger era la masculina. El énfasis en ver a los hombres como una comunidad que compartía sus secretos y creaba productos para protegerse, muestra la necesidad de estos instrumentos para proteger a un sector considerado económicamente activo y socialmente imprescindible.



**Ilustración 58** *El Universal*, 3 de enero de 1947, p. 8 (primera sección)  
 PROTEJASE CON “CARTERALVA” PRESERVATIVOS DE LATEX PURO EN UNA DISCRETA CARTERITA DE PIEL, UN ESCUDO PARA SU SALUD. EXIJALA POR SU NOMBRE COMPLETO EN TODA FARMACIA.



**Ilustración 59** *El Universal*, 15 de julio de 1941, p. 2 (primera sección)  
 Más vales prevenir QUE LAMENTAR CARTERALVA ES EL UNICO PROTECTO AMERICANO DE FINISIMA CALIDAD, GARANTIZADO POR CINCO AÑOS...!!

<sup>116</sup> Sobre esto Harding cuenta que: “studies of the uses and abuses of biology, the social sciences and their technologies have revealed the way’s science is used in the service of sexist, racist, homophobic, and classist social projects. Oppressive reproductive policies; white men’s managemetn of all women’s domestic labor; the stigmatization of, discrimination against, and medica “cure” of homosexual; gender discrimination in workplaces – all these have been justified on the basis of sexist research, that move control of women’s lives from women to men of the dominant group.” (Harding, 1986, p. 21)



**Ilustración 60** *El Universal*, 3 de enero de 1942, p. 2 (primera sección)

Nuestros COMPETIDORES IMITAN...!! La apariencia de CARTERALVA porque saben que es la que se vende. Pero la apariencia no es la calidad. CALIDAD sólo la tiene el PRESERVATIVO CARTERALVA



**Ilustración 61** *El Universal*, 7 de enero de 1942, p. 2 (primera sección)

SANITAS PRESERVATIVO AMERICANO DE LATEX PURO. EL MÁS FINO Y RESISTENTE



**Ilustración 62** *El Universal*, 15 de enero de 1942, p. 4 (primera sección)

OBREROS, EMPLEADOS, PROFESIONISTAS, Militares, estudiantes, deportistas. Todos usan y usarán Carteralva. El Preservativo, tan delgado como resistente, que siempre está de moda.

Los anuncios de los preservativos masculinos difundían de la misma forma una noción de la felicidad, pero diferente a aquella promovida por otro tipo de productos para la salud sexual. El anuncio del preservativo “Sanitas” mostraba la silueta de quienes parecen ser unos obreros caminando contentos. (Ilustración 61) La ilustración 59 muestra a dos hombres de perfil sonriendo. Este tipo de anuncios mostraba al sexo como una práctica feliz y no, como en los anuncios anteriores, como una práctica generadora de angustias y ansiedades. Además mostraba una felicidad del sujeto no vinculada a la familia, ni al cumplimiento de diferentes mandatos sociales, pues no mostraba al hombre postrado en su cama, en la oficina o incapaz de socializar. Regularmente representaba a sus personajes en una acción suspendadida relacionada con la felicidad: sonriendo, caminando alegres, con euforia. Además al representar o interpelar a obreros en sus anuncios se considera que también estaban dirigidos a consumidos de diferentes sectores sociales. Por ejemplo, la Ilustración 62 pregonaba que su producto estaba dirigido a “obreros, empleados, profesionistas, Militares, estudiantes y deportistas.” De esta manera, se invitaba a los hombres en general a pertenecer a la comunidad de los inmunes y se ponía al alcance de todos un bien que se promovía como barato.

La publicidad de los preservativos masculinos no sólo difundió una forma diferente de relacionarse con la sexualidad sino una forma eficaz, segura, fácil e indolora de permanecer protegido de las enfermedades venéreas. Algunos de los anuncios enunciaban sus características entre las que estaban no manchar, no doler, no irritar y ser de uso sencillo. (Ilustración 63) Se afirmaba, al igual que en los productos vegetales de inicios de siglo XX, que sólo su imitación podía ser motivo de la ausencia de eficacia. Sin embargo, pocos anuncios informaron que su eficacia estaba vinculada con un uso correcto. Es decir, tampoco difundieron que su falibilidad estaba vinculada con su propio diseño o con la calidad de los materiales con los que estaban diseñados y no sólo con su forma de usarlo. Se puede considerar que la falta de un temprano arraigo de su uso entre la población mexicana se basó en que su narrativa estaba anclada en el discurso de la prevención y no en el de la cura, que era el discurso que generó más expectativas en las primeras décadas del siglo XX.



**Ilustración 63** *El Universal*, 16 de julio de 1940, p. 4 (segunda sección)

Veto Profiláctico para Hombres **Protege Contra las Enfermedades Venéreas La Prevención de Hoy es la Tranquilidad de Mañana! Precio bajo. De uso sencillo. NO MANCHA, NO ENSUCIA, NO IRRITA.** Para 25 aplicaciones. Este producto ayuda a la prevención de las enfermedades venéreas, pero no las evita siempre, por lo que no deben omitirse los cuidados generales. Reg. No. 2550. Prop. 14886. D.S.P. Solicite nuestro folleto “Consejos para Hombres” a “Sany”, CIA. Mtra. Química. S.A., Puebla 231. México. D.f. (Negritas mías.)

Este tipo de anuncios propusieron una tecnología preventiva de enfermedades a una comunidad de hombres cuidadosos y precavidos, mientras que no se propuso una tecnología similar para las mujeres. Por ello se promovió la percepción de que los hombres a pesar de tener una vida sexual muy activa podían seguir conservando su pureza, mientras que en las mujeres eso era imposible. De esta manera, la noción de la impureza se reforzó en el sector femenino. Además de esto, se difundió la idea de que era una responsabilidad individual de los sujetos masculinos evitar ser contagiados de sífilis u otras enfermedades, así como una noción de la libertad en donde los sujetos decidían protegerse por su propio bienestar. Los preservativos

mostraron a la enfermedad como un asunto individual, es decir, retornaron a la sífilis y otros padecimientos considerados de contagio sexual al ámbito de la vida privada y al autocuidado. Aunque no la reintrodujeron a la vida familiar como lo había sido a finales del siglo XIX. La persona que se enfermaba en esta narrativa dejó de ser aquella sobre la cual había caído una desgracia hereditaria o tenían una mala constitución de la sangre, para ser aquella que había omitido todas las recomendaciones para el cuidado de su salud. La culpabilización en torno a una enfermedad considerada del ámbito sexual se construyó en la publicidad de los preservativos masculinos en torno a la responsabilidad individual. El preservativo masculino funcionó como una tecnología del cuidado de uno mismo que interpelaba al sujeto para protegerse, pero no lo sometía a mandatos sociales ni lo destinaba a la exclusión social. En este sentido, considero que los preservativos se insertaron dentro de una lógica de Estado nueva más vinculada a parámetros de seguridad contemporáneos basados en la prevención. (Foucault, 2006a)

Con este recorrido a través de los diferentes productos que se ofertaban para la sífilis, podemos observar cómo se crearon etiquetas que interactuaron entre ellas, estas etiquetas se transformaron y a la vez modificaron las formas de percibir a la sífilis, su cura, sus tratamientos, la duración de la enfermedad y la inmunidad a ella. La publicidad de cierto tipo de productos y las soluciones que promovían no desplazaron a las anteriores de manera inmediata, por el contrario, se entrelazaron, se resignificaron y se reconfiguraron. En este sentido, aquello que decía Hacking (2001) de que las etiquetas tienen la capacidad de modificar sus guiones, de influirse entre ellas, de interpelar a los sujetos y de que los sujetos actúen y resignifiquen los performances ocurrió en la publicidad de productos para la sífilis. Considero que esta numerosa publicidad de productos antisifilíticos promovió diferentes tipos de usuarios quienes pudieron elegir soluciones diversas a sus padecimientos: farmacológicas, clínicas, homeopáticas y preventivas.

Por otro lado, podemos observar cómo las diferentes nociones de salud y enfermedad vinculadas a la sífilis se entrecruzaron de una forma complejísima con otras nociones sociales de felicidad, éxito, riqueza, familia y roles de género. Y cómo también se hizo cada vez un énfasis mayor en el carácter sexual de la sífilis vinculándolo con expectativas reproductivas, familiares y sociales. De esta manera, hacer una biografía de la sífilis implicó historiar algunos de estos fenómenos y observar cómo fueron cambiando a lo largo de la primera del siglo XX y

modificando necesariamente a otros fenómenos, generando nuevas categorías, nuevas etiquetas, nuevas formas de exclusión e inclusión, entre otros.

## Capítulo 4. La epidemiología: diseñando al enfermo por transmisión sexual

A lo largo de los tres capítulos anteriores hemos leído cómo la sífilis era considerada una enfermedad o una manifestación de la sangre impura, pero también una enfermedad hereditaria, una enfermedad venérea, una enfermedad nerviosa y una enfermedad crónica general a finales del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX en México. En las primeras décadas del siglo XX, al pasar a la categoría de enfermedad infecciosa se pensó que era un padecimiento que se podía evitar mediante el uso de fármacos, de una buena higiene y de una moralización de las conductas sexuales. Los elementos deterministas, fatalistas y psicológicos que la habían configurado fueron opacados gradualmente, pero no eliminados. La introducción de la prueba de Wassermann con sus múltiples variantes, igualmente a inicios de este siglo, permitió visibilizar a la sífilis, otorgarle un agente etiológico específico y crear la ficción de que su presencia podía mostrarse, incluso en cuerpos que parecían sanos. Posteriormente, la estabilización de las múltiples variantes de la prueba de Wassermann, como el VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) y su vinculación con el cuestionario epidemiológico permitió encasillar a la sífilis como enfermedad de transmisión sexual bajo nuevos presupuestos microbiológicos. Lo que significó socavar paulatina y parcialmente el discurso que la consideraba una enfermedad hereditaria o una enfermedad de la sangre, así como desvincularla de la categoría “enfermedades venéreas” para darle una delimitación etiológica y una clasificación dentro de las enfermedades de transmisión sexual. Esto significa que la “sífilis” causada por el agente etiológico *treponema pallidum* no se desvinculó de nociones provenientes de lo venéreo y del discurso prostibulario, puesto que justo estas preocupaciones creadas en él fueron la que la posicionaron como enfermedad de transmisión sexual (OMS, 2016) y no simplemente como enfermedad infecciosa. Esto significó que se siguiera poniendo énfasis en el contagio por contacto sexual y no se pudiera y pueda hablar de ella simplemente como una enfermedad contagiosa.

Algunos autores consideran que —en otros países— el aumento en el número de laboratorios y la estabilización de las pruebas serológicas facilitaron la difusión de la medicina microscópica, le otorgaron un prestigio y modificaron las nociones de las enfermedades. (Rosenberg, 1992, p. 174) Este logro de la medicina microscópica fue importante, pero para el caso de la sífilis hay que señalar que por sí misma las pruebas de detección del *treponema* no

contruyeron la noción de que la sífilis como una enfermedad de contagio sexual. En la primera mitad del siglo XX, las autoridades sanitarias de todo el mundo tuvieron diferentes relaciones con la sífilis y las tecnologías que la estaban definiendo. En Estados Unidos, antes de la Primera Guerra Mundial, se inició una campaña de educación sexual e higiénica muy fuerte, pero las ansiedades generadas a la población a través de la publicidad fueron inesperadas. Algunas jóvenes comenzaron a desarrollar conductas consideradas indeseables por los reformistas, tales como repulsión a los hombres. Al exagerar los peligros de las enfermedades en las campañas antivenéreas, las autoridades sanitarias consideraban que habían puesto en peligro el matrimonio, pues surgió un movimiento de mujeres que se negaban a tener cualquier tipo de relación o encuentro sexual con los hombres. (Brandt, 1985, p. 30) Posteriormente, hacia la década de los treinta en Estados Unidos, los grupos conservadores consideraban que la gonorrea y la sífilis eran producto de falta de controles morales, por lo que defendían la negativa de dar tratamiento a los enfermos de sífilis al considerarse que si se les curaba incurrirían nuevamente en conductas inmorales. Esa relación moral con la enfermedad la construyó como una enfermedad incurable en los servicios de salud pública, no porque los tratamientos fueran inexistentes, sino porque estos eran negados. (Brandt, 1985, p. 131)

En Francia las autoridades sanitarias relacionaron todo el tiempo a la sífilis con la prostitución (como también ocurrió en México hasta 1940, véase Núñez, 2002a) por ello se estableció un sistema de registro de prostitutas (para supuestamente tener un control de los focos de infección), una vigilancia sanitaria y tratamientos constantes a las prostitutas registradas. Posteriormente, este sistema se eliminó en la década de los cincuenta y se consideró a la sífilis un padecimiento general, por lo que todo enfermo de sífilis debería recibir un tratamiento de forma obligatoria proporcionado por los servicios de salud públicos. (Quétel, 1992, p. 245-247) Las autoridades consideraron que el problema venéreo no se podía reducir a las prostitutas y las medidas sanitarias se extendieron a toda la población. (Quétel, 1992, p. 247)

Por el contrario, en la década de los veinte del siglo XX, en Inglaterra se consideró que era mejor aceptar realidades médicas y usar métodos preventivos, en vez de tratamientos posteriores al contagio o de adherirse a aspiraciones morales. ““Preventionists” argued for wider dissemination of information about the prophylactic use of calomel ointment (rather than condoms), and for chemists to be allowed to sell this (illegal under the 1917 Venereal Disease Act)”. (Hall, 2013, p. 87) El movimiento estuvo liderado por los grupos feministas que

consideraban a la prostitución, más que a la sífilis, un problema de corrupción de las mujeres. Por ello, promovieron el abolicionismo de la prostitución y el tratamiento de todos los enfermos venéreos. En la década de los cuarenta ésta seguía siendo la línea y durante la Segunda Guerra Mundial hubo una difusión mayor sobre las enfermedades sexuales, su prevención y tratamientos disponibles. (Hall, 2013, p. 117)

En el caso mexicano también existieron diferentes políticas sanitarias que abonaron a los cambios de las diferentes percepciones de la sífilis. Inicialmente, durante el siglo XIX, el reglamentarismo de la prostitución como, he comentado ya, enfatizó su carácter venéreo, poniendo a la prostitución en el centro de la discusión sobre las enfermedades venéreas. (Núñez, 2002a; Estrada, 2007b; Núñez, 2004; Estrada, 1998); posteriormente con el *Código Sanitario* de 1926 y el *Reglamento para el ejercicio de la prostitución* del mismo año se enfatizó el carácter infeccioso y contagioso de la enfermedad, así como la necesidad de una profilaxia general, pero se prohibió tener encuentros sexuales con prostitutas o personas que tuvieran conciencia de sus enfermedad; con la derogación del reglamento de prostitución en 1940, el nuevo *Código Sanitario* y la reforma al *Código Penal* —de también año— se resaltó verdaderamente su carácter contagioso y se pretendió generalizar las medidas preventivas para su control, así como la vigilancia generalizada para su tratamiento, no sólo a las prostitutas. Se puso énfasis en el contagio, por lo que se creó el delito de contagio. Hay que señalar que dicha batalla para crear el delito de contagio se emprendió en 1929 y, posteriormente en 1932, con la primera propuesta para modificar el *Código Penal* pero nunca antes había fructificado. (Zavala, 2015; González, 2007) Si bien estas reformas de 1940 implicaron ver a la sífilis como un asunto de salud colectiva y pretendieron eliminar los estigmas hacia las prostitutas, los ochenta años previos de vigilancia a este grupo generó la idea de que deberían aún vigilarse sólo a ciertos grupos de riesgo y en ellos verificar que la sífilis y las enfermedades de transmisión sexual prevalecían en estos colectivos. De hecho, esta vigilancia a sólo grupos de riesgo sigue vigente en la *Estrategia mundial del sector salud contra las infecciones de transmisión sexual* (OMS, 2016) se sugiere tener una vigilancia a grupos considerados de riesgo como “trabajadores del sexo y sus clientes” así como las relaciones “hombre con hombre”, “personas transgénero” y “personas con ITS”. (OMS, 2016, P. 4)

Al haber estado la sífilis ligada por tanto tiempo al comercio sexual y al difuminarse sus otras formas de contagio y otras percepciones de la misma, la noción prevaleciente de que la

enfermedad se adquiría por contacto sexual ganó peso dentro del nuevo discurso microbiológico. A pesar de que en 1940 se había derogado el reglamento de prostitución que obligaba a las prostitutas a hacerse revisiones semanales, en algunas representaciones fílmicas, que patrocinó el Estado mexicano, se ligó reiteradamente este padecimiento con la prostitución, de manera que se reforzó la idea de que se adquiría sólo por contagio sexual con mujeres dedicadas al comercio sexual o por prácticas de riesgo.<sup>117</sup> Aun así, al estar presentes las diversas representaciones de la sífilis, no bastó esta insistencia para que se impusiera su consideración como enfermedad de transmisión sexual en las esferas sociales y culturales. Entonces, ¿mediante qué mecanismo la sífilis fue construida exclusivamente como enfermedad de transmisión sexual en la medicina contemporánea? Se puede considerar que esto ocurrió mediante un mecanismo activado por el control moral de la sexualidad y que este elemento moralizante de la sexualidad —que había

---

<sup>117</sup> En algunas películas del llamado Siglo de Oro Mexicano hay representaciones de la sífilis como una enfermedad con diferentes etiologías. En *Dos tipos de cuidado* (Rodríguez, 1953: min. 1:18:04) se habla de la sífilis como una enfermedad que se podía adquirir mediante el contacto sexual, producto de los excesos de la juventud, pero que era controlable y que en un cuerpo disciplinado podría no volver a presentarse jamás. El problema grave al que se alude en esta cinta era que la enfermedad podría heredarse a los hijos, era incurable y, en caso de procreación, ocasionar “monstruosas” deformaciones a la descendencia. En *Cuarto de hotel* (Fernández, 1953: min. 1: 19: 48), dos mujeres jóvenes que salen de noche son confundidas con prostitutas y son llevadas al “Hospital de Mujeres” en donde hay prostitutas. Ahí un grupo de mujeres será sometido a una revisión clínica, por lo que las dos jóvenes se oponen a la revisión, aludiendo que ellas sólo habían salido a pasear. El médico les indica que ninguna mujer aceptaba su oficio y mucho menos aceptaría su enfermedad. Con este tipo de películas se difundió la noción de que la sífilis era observable al ojo humano y que cualquier mujer que anduviera de noche tenía una conducta inmoral, por lo que podía tener cualquier tipo de enfermedad sexual. En *Trotacalles* (Landeta, 1951: min. 59), una mujer dedicada a la prostitución enferma de lo que parece ser tuberculosis, ella comenta a otra de sus compañeras que el médico le había informado que el motivo de sus enfermedades se debía a los excesos a los que sometía su cuerpo, al no darle el descanso debido a su oficio nocturno. En *Pecadora* (Díaz, 1947: min. 1:18:43 ), una prostituta, que agonizaba de una enfermedad no nombrada, afirmaba que todas las mujeres dedicadas a la prostitución terminaban irremediablemente de esa manera debido a su vida desordenada. En ambas películas, se difundía una noción moral de la enfermedad, más que una noción de la medicina microscópica. En otra escena de *Trotacalles* (Landeta, 1951: min. 1:11:20), un grupo de prostitutas que acompaña a una mujer enferma en su agonía, afirma en grupo que de cualquier manera, por el tipo de vida que llevaban, terminarían enfermando y cualquier enfermedad que adquiriesen sería incurable. Fue hasta momentos posteriores que se difundió la noción de que la sífilis era curable, pero las inyecciones para la cura eran muy caras. En el *Profeta Mimí* (Estrada, 1972: min. 20:55), el personaje principal, Mimí, es escribano en el barrio de Santo Domingo en la ciudad de México, se entera de que una prostituta, quien le ha pedido que le redactase una carta a su hermano, está enferma de sífilis. Él le da dinero para que compre una inyección de penicilina y se cure. Gran parte de estas representaciones audiovisuales difundieron la noción de que las enfermedades causadas por la inmoralidad eran incurables, la sífilis entre ellas. Por otro lado, difundieron la noción también de que el contacto sexual con alguna prostituta irremediablemente causaba sífilis, aunque esta enfermedad no siempre se manifestaba y muchas veces podía ser combatida llevando una vida disciplinada. Los significados más sobresalientes en torno a la sífilis eran que era una enfermedad causada por la inmoralidad, por los excesos y era incurable. Pero al ser relacionada de manera insistente con la prostitución favorecieron la percepción que se consolidaría en la segunda mitad del siglo XX -tanto en los ambientes médicos y científicos, como en los culturales- de que era exclusivamente una enfermedad de contagio sexual.

emergido en las últimas décadas del siglo XIX— se consolidó en la epidemiología y sólo en ella se logró delimitar nítidamente a la sífilis como una enfermedad de transmisión sexual.

En este último capítulo muestro cómo fue a partir de la epidemiología que la sífilis fue construida como una enfermedad de transmisión sexual y cómo fue en estos controles epidemiológicos en donde pervivieron algunos de sus significados más estigmatizantes pero ahora arrojados bajo un nuevo discurso científico. Si bien las pruebas serológicas sirvieron para consolidar la idea de que efectivamente quienes padecían sífilis tenían una alteración en la sangre, esto no consolidó por sí mismo la noción de que eran enfermos sexuales. Esta percepción se fue delimitando cuando los médicos comenzaron a realizar cuestionarios epidemiológicos en donde pedían a los diagnosticados con sífilis que confesaran el momento de su contagio y el lugar, es decir, que confesaran sus prácticas sexuales. En este momento, se reafirmó la idea de que los contactos sexuales —pero particularmente los derivados de las prácticas sexuales consideradas prohibidas como los contactos sexuales con prostitutas, en un primer momento, pero posteriormente con homosexuales y con otras comunidades sexuales— eran el factor de riesgo predominante para adquirir la enfermedad. Se desplazaron las clasificaciones de la sífilis en las estadísticas que la ubicaban como un padecimiento general crónico, epidémico, nosológico o congénito para solidificar la clasificación de enfermedad de transmisión sexual.<sup>118</sup> Así, un resultado positivo en las pruebas serológicas sumado a información sobre el lugar y el momento del contagio reclasificó a la sífilis, pero le permitió guardar significados de otras tradiciones. Algunos historiadores sugieren que el estudio de la construcción de ciertas enfermedades nos muestra cómo mecanismos biológicos son investidos con significados morales, los cuales devienen ensayos sociales. (Rosenberg, 1992, pp. 288-292)

En este capítulo, a través de una revisión muy general de algunas formas previas de registrar la enfermedad, intentaré mostrar cómo fue que aconteció este cambio. Cómo fue que inicialmente se registró este padecimiento en el siglo XIX, cómo se registró a inicios del siglo XX y cómo pasó a los registros epidemiológicos en la década de 1940.

---

<sup>118</sup> Porter señala que la credibilidad a los números, o al conocimiento que generan, es un problema social y moral. (Porter, 1995, p. 11) Los números sirven para crear cosas nuevas y transformar el significado de las viejas. (Porter, 1995, p. 17) La pasión por medir condujo a la neutralización de conceptos así como a su creación. (Porter, 1995, p. 18) Las matemáticas se promovieron como una forma diferente a la teoría de producir conocimiento, una que incluso comenzó a ser considerada más efectiva y neutral. (Porter, 1995, p. 18.) La diferencia fue que si los matemáticos del Renacimiento se consideraban unos simples comerciantes y técnicos, los matemáticos del siglo XVIII se consideraron genuinos buscadores de la verdad. Y en tiempos posteriores esta jeraquía sobre la verdad fue solidificada y se convirtió en una forma aceptada de construir conocimiento. (Porter, 1995, p. 19)

#### 4.1 1864: una superficie de emergencia

Rosenberg considera que la segunda mitad del siglo XIX generó más clasificaciones de enfermedades y categorías que las que hasta entonces se habían producido. Hubo un reordenamiento del mundo, se reorganizaron las enfermedades en torno a grupos o clases (mujeres, niños, obreros) y órganos (corazón, pulmón, cabeza, órganos digestivos, enfermedades genitourinarias, nerviosas, etc). (Rosenberg, 1992, p. 161) La incorporación de los registros estadísticos dentro de los fenómenos de la salud y de la enfermedad había ocurrido en diferentes momentos ya y por diferentes razones. Hacking considera que el interés creciente por contar y registrar los fenómenos naturales apela a un interés por tener certidumbre sobre los fenómenos sociales y procesos biológicos, por controlar el azar. En Inglaterra, por ejemplo, se trató de saber qué tan efectiva era la vacuna para la viruela y qué efectos tendría en el crecimiento de la población. (Hacking, 1991, p. 77) Andrea Rusnock señala que la certidumbre sobre la efectividad de la vacuna de la viruela, antes de la existencia de pruebas serológicas, y se logró tener una certeza mediante incipientes datos estadísticos. Se creía que tanto la gente vacunada como la gente no vacunada morían en igual número de incidencia cuando contraía la viruela. Se intentó obtener una certeza sobre el funcionamiento de las vacunas y se organizaron conteos. Lo que los datos estadísticos mostraron fue que morían menos personas vacunadas que no vacunadas, además de que resistían mejor la enfermedad aquellos que la contraían por inoculación que aquellos que la adquirían por contagio. (Rusnock, 2002, pp. 37-39) El paso de las estadísticas vitales a las estadísticas médicas implicó la creación de un método basado en la cuidadosa y laboriosa clasificación de los fenómenos, en las comparaciones de relaciones y secuencias. (Porter, 1995, p. 21) De esta manera, en la construcción de los registros estadísticos se cruzaron intereses públicos y privados. Los privados mostraron siempre interés alrededor de las estadísticas vitales, pues deseaban tener mayor certeza respecto a la salud y a la muerte mediante los registros de mortalidad para evitar que algunas de sus empresas se vieran afectadas económicamente. Eileen Magnello y Anne Hardy (2002) consideran que las estadísticas médicas son un reciente desarrollo que debería distinguirse de las estadísticas vitales. Según estas autoras, fueron los estadistas ingleses en el siglo XIX quienes dieron un uso diferente de las estadísticas vitales que modificó la historia de la epidemiología y la medicina preventiva. (Magnello y Hardy, 2002, p. v)

More importantly, the cause of death material allowed detailed analysis of national, regional and local trends and differences, and a pin-pointing of critical problems of disease and public health. (Magnello, 2002, p. vii)

Por su parte, los técnicos franceses también tuvieron un interés en usar las estadísticas para llevar a cabo reformas médicas. Era indispensable, por ejemplo, saber la vida media de los diferentes distritos de París con los datos sacados de las estadísticas vitales. (Porter, 1995, p. 82) Las casas de seguros de vida fueron las pioneras en este direccionamiento de las estadísticas hacia la medición de las expectativas de vida. (Porter, 1995. p. 82) Pero las fórmulas actuariales no eran adecuadas para medir la salud de varios departamentos ni de orfanatos, prisiones ni hospitales. (Porter, 1995, p. 82) En Francia se intentó generar un método que permitiera medir fenómenos médicos y vitales en las poblaciones como cuáles eran las enfermedades más importantes, en qué tipo de poblaciones, cuáles eran epidémicas, contagiosas y endémicas. Louis-Adolphe Bertillon fue quien ofreció un método diferente a la Sociedad Parisina de Estadística. Para saber la longevidad de las personas de varios lugares era necesario imponer una medida que tomara en cuenta la edad de distribución de la enfermedad. Tiempos después otros propusieron e impusieron que para medir la mortalidad en prisiones, escuelas u hospitales se debería medir la mortalidad de los diferentes grupos, en comparación con periodos de estancia, para así medir las condiciones que determinaban la salud de un ambiente. (Porter, 1985, p. 83)

Esta tendencia creciente de controlar fenómenos morbosos acaeció en México en las últimas décadas del siglo XIX. Para el control de la sífilis, en la acepción de esta época, se consideró importante establecer un registro de las prostitutas. A finales del siglo XIX los registros que los médicos tenían sobre la sífilis eran aislados. El registro que existía de la sífilis era obtenido de estadísticas vitales, en donde se contaba el número de nacimientos y de muertes con sus causas. La implementación del *Primer Registro de Prostitutas* 1864 y del *Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución* en 1871 son evidencias de la intención de las autoridades médicas y sanitarias por controlar los fenómenos asociados con la sífilis de manera más intensa. Por ello se presentó en las preocupaciones médicas el deseo de tener un conteo más certero de la sífilis, de manera que se planteó como necesario que su asistencia no se limitara al control de las conductas morales, sino que se interviniera higiénicamente y se llevara un registro de las mujeres dedicadas a la prostitución susceptibles a ser sifilíticas o a padecer algún mal venéreo. (Carrillo, 2010; Zavala 2015; Nuñez, 2002b)

Los primeros estadistas del siglo XIX mexicano, como Demetrio Mejía, realizaron sus estudios basándose en fuentes documentales diversas: “las provenientes del Registro Civil, las del arzobispado de México —en particular los registro de los bautismo realizado en las catorce parroquias de la capital—, así como las incluidas en otros estudios aislados e incompletos.” (Agostoni y Ríos, 2010, p. 98) Estas fuentes, más los datos obtenidos del primer *Registro de Prostitutas* de 1864, se han usado para afirmar que la sífilis ya desde entonces era considerada como enfermedad de transmisión sexual y causa de mortalidad. Lo que deberíamos tal vez cuestionar es si aquello que se registro como sífilis tiene algo que ver con una noción de sífilis actual, pues sabemos que la clasificación de sífilis abarcaba múltiples padecimientos venéreos, dermatológicos y de otro tipo. Por ejemplo, otras enfermedades microbionas que también pueden ser transmitidas por vía sexual como la gonorrea y el chancro —y cuya sintomatología no había sido diferenciada, ya que como leímos eso se hizo hasta la década de 1880— eran clasificadas como sífilis también.

Para José María Reyes (1874) algunos vicios sensuales del cuerpo eran el origen de las enfermedades. En la demencia, la epilepsia y la sífilis, los médicos consideraban que se había caído en un exceso, se había cometido una conducta inmoral y eso había provocado la perdición de quienes los padecían. Para este médico, por ejemplo, la masturbación masculina podía terminar en demencia o epilepsia y la femenina en sífilis por vía de la prostitución. El deseo sexual exacerbado, incluso sin contacto sexual, podía provocar la sífilis y ser aún así llamada enfermedad venérea. La sífilis preocupaba a los médicos más por ser una señal de una desviación moral, que por sus manifestaciones clínicas.

Los autores antiguos, y muchos de los modernos, creen que cuando los padres sifilíticos no engendran hijos contaminados del mismo mal, los tienen escrofulosos y raquíticos, y no pocas veces epilépticos. [...]

Y si los placeres solitarios en ambos sexos son llevados al extremo, traen consecuencias mucho más serias[sic], como son la demencia, la epilepsia, la hipocondría, la histeria, la tabes dorsal y el marasmo. (Reyes, 1874: 447)

Esta doble relación con la sífilis a través de la prostitución y de la inmoralidad fue la que prevaleció hasta la década de los cincuenta del siglo XX, debido a que la mayor parte de las autoridades sanitarias nunca dejaron de enfatizar esa relación. Laura Cházaro considera que la salud de poblaciones a finales del siglo XIX estuvo vinculada a “un orden moral”, “el orden médico dependía de un orden fisiológico y moral”, por esto las estadísticas de esa época buscaban reflejar “el desorden moral y político de la población”. (Cházaro, 2005, p. 60) Las

familias o los espacios familiares fueron durante mucho tiempo el lugar de la enfermedad y ésta mostraba un desajuste al interior del seno familiar. (Foucault, 1953, p. 101)

En julio de 1878, las autoridades médicas reconocían que la estadística —que en otros “países verdaderamente civilizados” estaba relacionada con la “institución del Registro Civil”— en México todavía estaba en la infancia y lo único que se podía sacar del registro eran datos sobre la mortalidad tan generales que no permitían hacer mayores estudios. (Reyes, 1878, p. 48) Demetrio Mejía (1879) en su “Estadística de la mortalidad en México” clasificó 99 enfermedades como causantes de la mortalidad en México. El principal parámetro que midió fue el proceso biológico causante de mayor mortalidad. A partir de este, hizo una clasificación por hombres, mujeres y niños; otra por áreas geográficas y estaciones del año; una más por enfermedades epidémicas, endémicas y generales.<sup>119</sup> A partir de estos datos realizó promedios para calcular el promedio de personas muertas por enfermedad, por estación del año, por sexo, por situación epidémica, por mes, por año y por día. En este sentido, el análisis de los datos vitales le sirvió a Mejía para construir una estadística médica que sirvieran a los higienistas, médicos, autoridades sanitarias y gubernamentales como guía para poner una atención mayor a ciertas enfermedades y a grupos de enfermos. La clasificación que siguió en su ordenamiento y presentación de las enfermedades atendió al mayor número de muertos. Consideró que las primeras doce enfermedades más importantes eran: 1ra. pulmonía, 2da. Diarrea, 3ra. Disentería, 4ta. Alferecía [Epilepsia], 5ta. Fiebre tifoidea, 6ta. Tisis pulmonar, 7ma. Aplopegía, 8va. Hepatitis, 9na. Heridas, 10ma. Afecciones de corazón, 11va. Vejez, 12 va. Escarlatina. (Mejía, 1879, p. 285) La sífilis ocupó el lugar número 42, en su estudio, entre los aneurismas, ubicados en el lugar 41, y las anginas, en el lugar 43. (Mejía, 1878: s/p)

No obstante que la sífilis resultó no ser una enfermedad importante, debido a que no causaba un índice de mortalidad alta entre los adultos, la clasificación de Mejía —basaba en el modelo de Bertillon— generó un registro de la sífilis como causante en el grupo infantil en donde era causa de mortalidad infantil y abortos. Mejía consideró que la sífilis afectaba

---

<sup>119</sup>El registro de las enfermedades en México adoptó el sistema Bertillon de clasificación de las enfermedades en la última década del siglo XIX. Se hizo la división de enfermedades generales y las localizadas en un sitio anatómico específico. La clasificación, que fue hecha por Jacques Bertillon y su grupo, se presentó en la “reunión del Instituto Internación de Estadística” en Chicago en 1893 y se decidió adoptarlo. Era “una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza” y distinguía enfermedades generales y enfermedades localizables. (OMS, 1992, p. 145) En México fue adoptado primero en algunas ciudades pequeñas como San Luis Potosí; en 1898 la Asociación Estadounidense de Salud Pública “recomendó que los registros civiles de Canadá, México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon”. (OMS, 1992, p.146)

principalmente “á niños, pasando desapercibidos los adultos”, quienes regularmente se registraban con otro diagnóstico. Las consecuencias en los niños eran, para él, innegables, y el aumento de “niños raquíuticos y mal constituidos” se debía a que eran “hijos de padres sífilíticos”. (Mejía, 1879, p. 293)

[...]Pero aún limitándonos á las cifras del Registro civil que anotamos en los cuadros, siempre se observa su aumento.

Los accidentes sífilíticos, temibles por sí mismos, lo son más aún por sus consecuencias para las generaciones que los heredan. ¡Cuántos niños raquíuticos y mal constituidos conocemos hijos de padres sífilíticos! Y, sin embargo, esta causa de muerte ó de degeneración de la raza, así como la anterior, es bien susceptible de suprimirse, ó al menos de disminuirla notablemente. (Mejía, 1879, p. 293)

Resulta interesante que la clasificación de Mejía equiparó “raquitismo” con sífilis, siguiendo la caracterización de las consecuencias de los males venéreos de su época. O tal vez siguiendo la propuesta de Fournier del retrato del “heredo” (Estrada, 2004) caracterizado por “envejecimiento prematuro, flaco grisáceo, de piel terrosa” entre otras características para nosotros muy difusas y que podrían ser producidas por cualquier otro padecimiento venéreo e incluso por deficiencias alimentarias de la madre. Estrada (2004) señala que había otras características de la afección por sífilis, propuestas por Hunter en 1860, como deformaciones dentales, iritis, tibia en forma de sable, las cuales eran más claras.

Mejía estaba impregnado de la dominante tradición poblacionista que veía en los ciudadanos la riqueza de una nación: las “naciones progresan por el crecimiento de su población y lo que decimos de las naciones se extiende á las capitales”. El estudio que emprendió tenía por objetivo demostrar “con la evidencia de los números, las consecuencias del descuido de la higiene en los últimos años, 74 á 78”. (Mejía, 1879, p. 274) Analizó las cifras de mortalidad, de nacidos y de epidemias de 1869 a 1873 y las mismas de 1874 a 1878 para después hacer un análisis comparativo.

Recorriendo el estado del primer quinquenio, notamos desde luego una serie de afecciones que podemos llamar con cifra de mortalidad constante, como las afecciones de corazón, las hemorragias, pulmonía, etc. Pero hay otras afecciones como las de intestinos (diarrea aguda ó crónica, enteritis, éntero-colitis, colitis), cuya cifra es creciente, y otra que su crecimiento es más deplorable, el alcoholismo y afecciones que se relacionan con él. (Mejía, 1879: 278)

Como el mismo Mejía indicaba, el interés de las autoridades en estas estadísticas era evidenciar las enfermedades provocadas por la falta de higiene general y, para el caso de la sífilis, por la inmoralidad, la miseria y el alcoholismo. En cuanto a la mortalidad infantil, este

estudio indicaba que “el número de niños que mueren del nacimiento á los diez años, sobrepasa á la mitad de la mortalidad total.” (Mejía, 1879, p. 279) Escribía:

De las defunciones por sífilis que aparecen en ambos quinquenios, casi todas ellas pertenecen á la niñez, víctimas inocentes de la prostitución de los padres.

De los que constan como no diagnosticados, una buena parte corresponde á fetos, que el Registro solo especifica de este modo: «feto femenino ó feto masculino» y que realmente debían ser considerados como nacidos muertos. Esa cifra, bien analizada, la hallamos con notable aumento, y es indicio casi seguro de los vicios de nuestro pueblo, contando como primero el alcoholismo. [...]

Hay un elemento que influye, á no dudar, sobre la mortalidad infantil, y es la ilegitimidad de los hijos [...]. (Mejía, 1879, p. 290)

Podemos considerar que fue el primer registro que puso énfasis en la sífilis en los grupos infantiles como causa de mortalidad y con ayuda de su estadística le dio una preeminencia a la enfermedad con una tecnología numérica. En su momento, el apartado de la mortalidad infantil del estudio de Mejía no fue considerado tan importante. Pero se convirtió en un parteaguas porque permitió contabilizar y evidenciar las supuestas consecuencias de la sífilis en la mortalidad infantil, así como dar un estimado escandaloso de esa mortalidad y percibir a la sífilis como un problema social grave que no sólo afectaba la moral, sino también el crecimiento de la población y su riqueza.

El *Código Sanitario* de 1891 tuvo una visión higienista, poblacionista y se centró principalmente en la atención a las enfermedades epidémicas.<sup>120</sup> Dentro de esta clasificación, la sífilis no estaba aún considerada como una enfermedad de naturaleza epidémica. Se hizo alusión a las enfermedades venéreas pero no hubo alusiones específicas a la sífilis. Al ser considerada una enfermedad venérea y moral, se siguieron las medidas establecidas por *Reglamento de Prostitución* de 1871 en cuanto a las medidas para los padecimientos venéreos. En, este sentido, las prostitutas deberían de ser aisladas, reubicadas en una zona de tolerancia y sometidas a una vigilancia clínica. La sífilis, en sí entre la población adulta, no era considerada una enfermedad epidémica, puesto que lo que era considerado una enfermedad y una epidemia morales era la

---

<sup>120</sup> Sobre este código Agostoni y Ríos señalan que: “La aplicación del Código Sanitario fue un mecanismo mediante el que la elite porfiriana buscó consolidar sus proyectos en materia de salud pública y establecer una reglamentación coherente y homogénea para el ámbito de la salubridad. Según el doctor Eduardo Liceaga, cuando una enfermedad invadía a un pueblo, ésta podía causar mayores estragos que una guerra debido a que aniquilaba el vigor y la fuerza de una nación. Por consiguiente, imponer un orden sanitario en el país, contener la diseminación de las enfermedades epidémicas, realizar cuidadosas topografías y mapas de ciudades, puertos y fronteras, así como elaborar cuidadosos estudios comparativos, se erigieron en las herramientas para contener la enfermedad y así consolidar un modelo de hombre ideal [...]” (Agostoni y Ríos, 2010, P. 101)

prostitución, de ahí que las medidas de los higienistas fueran intentar aislar, dar tratamientos y someter moralmente a las prostitutas.<sup>121</sup>

Hacia finales del siglo XIX se había introducido en los ambientes médicos una visión fisiopatológica de la enfermedad. Los médicos consideraban que independientemente de las causas, prostitución o sífilis, la medicina clínica debería poner atención al desarrollo de la enfermedad y a las alteraciones anatomopatológicas.<sup>122</sup> La visión microscópica aún no estaba ligada a la sífilis, aunque ya estaba presente en otras enfermedades, por ello el diagnóstico y clasificación de la sífilis aún atendía a la combinación de medicina clínica con medicina moral:

[...]necesario es para el médico, cuando se encuentra con casos semejantes al que se refiere esta observación, no conformarse con el estudio de los antecedentes y del estado actual del enfermo, sino que es indispensable, para que pueda llegar á un buen diagnóstico etiológico, y establecer un tratamiento eficaz que salve á su enfermo, que se ilustre con signos de otro orden, de los cuales uno, como el hábito, imperfección y retardo en el desarrollo físico, deformidades craneanas y nasales, vicios de conformación de los dientes, etc., que tienen un valor clínico incontestable, y otros que en nada ceden á los precedentes [...] (Vargas, 1892, pp. 305-306)

Los conteos hechos en el Hospital Morelos sirvieron a los médicos para afirmar que la mayoría de las mujeres dedicadas a la prostitución padecían sífilis, por lo que las mujeres dedicadas al comercio sexual deberían tener revisiones médicas semanales. Este tipo de conteos no consideraban que las prostitutas encerradas en los hospitales no representaban el total de las prostitutas, ni siquiera un porcentaje considerable de ellas, ni que no todas las mujeres hospitalizadas eran prostitutas. Por otro lado, generaron la noción de prostitutas sanas y prostitutas contagiosas (Carrillo, 2010; Estrada, 2007b, Núñez, 2002a); de hecho, una de las

---

<sup>121</sup> Según William Bynum, la “terapia moral” había sido instituida por vez primera en el Hospital General en París al iniciarse el siglo XIX, en donde se encontraban prostitutas, vagabundos, criminales, huérfanos, ancianos y dementes. Philippe Pinel fue quien introdujo un programa de “terapia moral”; en Inglaterra fue una familia de cuáqueros, los Tukes, quien fundó el retiro de York en donde se practicaba una terapéutica similar, por las mismas fechas también se había comenzado a practicar en Italia por Vincenzo Chiarugi. (Bynum, 2008, p. 64)

<sup>122</sup> Según Hacking fue William Farr quien institucionalizó las estadísticas vitales en Inglaterra y quien puso atención a la diferencia entre estadísticas vitales y nosológicas. “Aquí Farr se apoyaba en los registros hospitalarios de un siglo. Dos cosas eran importantes: la nosología (Farr contribuyó a revolucionar la clasificación de las enfermedades) y el recuento de conformidad con la nueva nosología. Farr acuñó una palabra pertinente para designar lo que estaba haciendo, nosometría, es decir, “una medición” basada en la nosología.” (Hacking, 1991, p. 89) Por otro lado, se atribuye a F.J.V.. Broussais el uso de datos estadísticos para evaluar tratamientos pero también su influencia en la nueva teoría fisiológica al haber sido “un firme partidario” de ella. “Toda enfermedad, enseñaba Broussais, tiene una causa local y es la consecuencia de la irritación o astenia de los tejidos: o demasiados fluidos o demasiado pocos. La vida es una cuestión de excitación de tejidos; bien podemos ver por qué semejante materialismo ofendía a algunos. La labor de la medicina fisiológica consiste en determinar de qué manera <<se puede desviar la excitación del estado normal y constituir un estado anormal o estado de enfermedad>>.” (Hacking, 1991, pp. 124-125)

quejas constantes de las prostitutas era que la revisión clínica y los tratamientos no eran extensivos a todas las mujeres dedicadas al comercio sexual.

Otro grupo social en el que se intentó naturalizar los padecimientos venéreos y la sífilis, en particular, fue en la milicia. A finales del siglo XIX, el carácter de las guerras hizo que los médicos y sanitaristas pensarán que los militares era un grupo vulnerable a la sífilis debido a que —lejos de sus familias y entornos sociales— tendían a cometer actos inmorales. En la ciudad de México, esta noción se consolidó con la implementación de revisiones clínicas semanales a los soldados en la Clínica de enfermedades venéreas al interior del Hospital Miliar en 1892. (Carrillo, 2010) Gayón creía que las enfermedades venéreas inutilizaban para el servicio militar. Utilizó para defender su punto de vista ensayos y cifras europeas. Afirmaba que, en 1871, por cada 1000 hombres en la milicia en Francia había 91 sifilíticos; en Argelia, 137; en Prusia, 53; en Austria, 63; en Holanda, 105; en Rusia, 300, y en Inglaterra, 529. (Gayón, 1896, p. 15) En Estados Unidos la Asociación Americana de Salubridad Pública había reportado que en 1873 “un hombre por cada diez individuos quedaba inutilizado por las enfermedades venéreas para prestar sus servicios en la marina; y en la población civil, [...], que había un sifilítico por cada cinco enfermos.” (Gayón, 1896, p. 15)

La impresión, tanto literaria como médica, que unía a los soldados con las prostitutas fue establecida de forma más acentuada durante la Revolución Mexicana y en periodos posteriores.<sup>123</sup> Pero a diferencia de las responsabilidades otorgadas a los sectores masculinos en otros países, en México los soldados ni en la Revolución ni en la Posrevolución fueron considerados focos de contagio en las políticas sanitarias, aunque sí en los discursos de algunos médicos militares. Se consideraba que este grupo masculino, al recibir tratamientos médicos o un

---

<sup>123</sup> Francisco L. Urquizo, quien fue militar durante la Revolución Mexicana, escribió que en la vida de los soldados la relación con las prostitutas era frecuente: “Los dos prostíbulos no dejaban de tener cierta importancia para nosotros. A ellos tendrían que ocurrir a desfogarse nuestros hombres y los que llegaran con permiso del frente de Hermanas. Había que cuidar que no contrajeran alguna enfermedad que los imposibilitara para la lucha. Con tal motivo se citó en la presidencia municipal a los propietarios de los dos negocios y al médico encargado por el ayuntamiento municipal a los propietarios de los dos negocios y al médico encargado por el ayuntamiento de la revista semanal de las pupilas. Don Indalecio Riojas, presidente municipal, y yo exhortamos a Juana Gudiño y a Esteban a que fueran sumamente cuidadosos con la salud de las mujeres, evitando bajo su mayor responsabilidad que ejercieran el oficio aquellas que el médico municipal reportara como enfermas. Sufrirían fuerte multa y hasta clausura del negocio en caso de queja de la clientela y de comprobación de enfermedad contraída allí. Además, deberían evitarse los escándalos y el aseo personal tendría que ser manifiesto.” (Urquizo, 1971, p. 66)

diagnóstico oportuno al interior de los campos militares no representaba el peligro que representaban las prostitutas.

Algunos médicos consideraban que no se tenían cifras del número de enfermos de sífilis en la población en general, debido a que no había conteos generalizados. A inicios del siglo XX, Ricardo Cícero estimaba que los enfermos de sífilis estaban dispersos en diferentes hospitales, condición que impedía precisar un estimado del número de sifilíticos entre la población en general en la ciudad de México. Se pretendía generar un conteo que permitiera, como en las estadísticas infantiles, mostrar que efectivamente la sífilis prevalecía en toda la población citadina. Había, para este médico, sifilíticos del ejército en las mismas condiciones que las mujeres que se encontraban en el Hospital Morelos, pero también otros que en el Consultorio Central eran atendidos en sus diferentes departamentos como el de vías urinarias —en donde “todos los hombres que se presentan con el accidente primitivo en su sitio normal” eran revisados—, o en los departamentos de ginecología, de infancia, de oftalmología, de nariz, garganta y oídos así como en los de Medicina y Cirugía general, o bien del sistema nervioso: “siendo efectivamente rara entre nosotros la sífilis del sistema nervioso, lo sea menos de lo que á primera vista parece.” (Cícero, 1907, p. 297) De esta manera, por lo menos en su discurso dibujaba a una ciudad poblada con personas sifilíticas.

En la actualidad, algunos datos de ingreso de las asiladas del Hospital Morelos son consideras muestra del alto índice de la sífilis como enfermedad sexual. Lo cierto es que los registros que existen de este establecimiento hasta 1919 registraban ingresos y egresos, no padecimientos. No se llevaban a cabo los registros de los estadios de la enfermedad según la noción clínica: primaria, secundario, terciario, de forma generalizada. No se registraba el estadio de la enfermedad en el momento de ingreso o de egreso. Se consideraba el ingreso como evidencia de la manifestación de la enfermedad y el egreso como cura o ausencia de lesiones visibles que llevaran a pensar que la persona padecía sífilis. (AHSSA, BP, HM, Caja 4, Exp. 6, 1900)

## 4.2 La sífilis y la mortalidad infantil

La percepción de la sífilis como un síntoma de la sangre enferma, por ejemplo, en la mortinatalidad, generó etiquetas como la de “debilidad congénita”, “raquistismo”, “heredosífilis”. Los médicos consideraban que gran parte de abortos o niños nacidos muertos

eran provocados por la “sangre enferma” o la “sífilis”, pero no podían afirmar si ésta era hereditaria o adquirida. Al no existir mecanismos de comprobación microscópica para determinar si la sífilis tenía un agente patógeno, se generaban presuposiciones médicas muy generales. A pesar de que no existieron herramientas que permitieran a los médicos discernir con seguridad la causas de la mortinatalidad sí se generaron mecanismos para vincular con mayor énfasis a la sífilis con ella.

El *Código Sanitario* de 1903 fue una reforma del Código de 1891 y del reformado de 1894. Este incorporó los cambios en la clasificación de las enfermedades dados a partir de la introducción del sistema Bertillon. El sistema Bertillon además de medir la incidencia de una enfermedad por su aparición en poblaciones por rango de edad, propuso una exposición fisiológica de la enfermedad. De ahí que en las estadísticas las enfermedades eran consideradas generales o específicas de un órgano o de un sistema, restando valor a las concepciones de las enfermedades como hereditarias, de la sangre o del desequilibrio mental. En este nuevo modelo (Ilustración 64) las enfermedades se dividieron en: I. Enfermedades generales (en donde estaba la sífilis); II. Enfermedades del sistema nerviosos y órganos de los sentidos; III. Enfermedades del aparato circulatorio; IV. Enfermedades del aparato respiratorio; V. Enfermedades del aparato digestivo; VI. Enfermedades del aparato genito urinario (en donde estaban la nefritis aguda, mal de Bright, cálculos en las vías urinarias, afecciones de la vejiga, otras afecciones de la uretra (abcesos urinosos, etc), salpingitis y otras enfermedades de los órganos de la mujer, pero no la sífilis); VII. Estado puerperal; VIII. Enfermedades de la piel y del tejido celular (en donde estaban las afecciones dermatológicas de origen sifilítico); IX. Enfermedades de los órganos de la locomoción (en donde tampoco se hacía alusión específica a la sífilis); X. Vicios de conformación; XI. Primera infancia (en donde aparecían la debilidad congénita -sí asociada a la sífilis-, ictericia y escleroma, así como otras enfermedades propias de la primera infancia); XII. Vejez; XIII. Afecciones producidas por causas exteriores (suicidio por veneno, envenenamiento, quemaduras por fuego, absorción de gases, sumersión accidental, traumatismo por armas o caídas, inanición, conmoción eléctrica, fracturas, otras violentas exteriores). (Consejo Superior de Salubridad, 1906a: s/n) De esta manera, la relación de las personas adultas con afecciones sifilíticas se ubicó dentro de las enfermedades generales y de los órganos. Por lo que se puede ver en este modelo de reclasificación no existían las enfermedades sexuales ni las enfermedades de transmisión sexual.

En anexo del recuento de Mejía se explicaron algunas de las causas de la mortalidad infantil, ya fuesen fetos abortados o niños nacidos muertos, las cuales fueron: I. Enfermedades de la madres (sífilis, otras enfermedades generales, predisposición al aborto, albuminuria y otras enfermedades propias del embarazo, traumatismo y exceso de trabajo); II. Enfermedades de la placenta; III. Enfermedades del feto (vicios de conformación, nacimiento prematuro); IV. Accidentes del parto (parto laborioso, mala conformación de la madre, mala presentación del feto, caída y compresión del cordón, asfixia); V. Diversos y no clasificados; VI. Causas no específicas o desconocidas.” (Consejo Superior de Salubridad, 1906b, p. 67) Así quedó integrada la sífilis a las causales de mortalidad infantil por vía de la transmisión a ellos por sus madres.

**Ilustración 64 Mortalidad habida en la ciudad de México en Julio de 1905. (Consejo Superior de Salubridad, 1906a: s/n)**

Manuel Iglesias consideraba que las enfermedades infantiles podían dividirse por dos tipos de causas: “por vicio en la alimentación” y “por deficiencia facultativa”. Dentro de las primeras estaban las “gastro-enteritis, entero-colitis, raquitismo”; dentro de las segundas “nacidos muertos, tétano, fiebre perniciosa, ídem remitente”. (Iglesias, 1898, p. 387) Saber las causas del “raquitismo” se volvió un problema para estos médicos, pues era importante controlar las causas hereditarias que provocaban estas muertes. Si la causa del raquitismo eran las enfermedades heredadas a ellos por sus padres era imperativo un mecanismo moral para evitarlas. Las enfermedades de la herencia siguieron otro curso, que aquí no abordaré, pero hay que señalar que en este momento los mecanismos por los cuales los padres contagiaban o heredaban enfermedades a sus hijos no era claramente comprendida. Algunos médicos consideraban que si bien la debilidad congénita, las malformaciones, el raquitismo, se le habían achacado a la sífilis hereditaria, no había manera de comprobarlo.

El raquitismo es el tercer factor que influye poderosamente en la mortalidad infantil. Bien sabido es que consiste en una perturbación nutritiva general, debido a una alimentación viciosa o insuficiente; que sea consecutiva a un destete prematuro, como quieren unos, ó tardío, como sostiene otros, nos es absolutamente igual; bajo el punto de vista que lo consideramos, siendo, como es, ésta la causa generalmente admitida de él, pues si bien es cierto que hay algunos autores que defiende vigorosamente ser la sífilis hereditaria su causa productora, Bouchard ha refutado con brillantes é incommovibles razonamientos esta opinión, así como el eminente sifilógrafo Fournier, quien no la admite como causa única y exclusiva, sino que solo acepta, pueda ser en algunos casos una causa predisponente, necesitándose la alimentación viciosa ó insuficiente como determinante de su aparición y desarrollo [...] (Iglesias, 1898, p. 385)

En 1909, el médico Rafael Carrillo pretendió sacar un promedio de la mortalidad infantil menor a un año en México, de lo que concluyó que este país era “uno de los primeros lugares de la letalidad relativa á los nacimientos y á las defunciones en general”. (Carrillo, 1909, p. 830) Su forma de clasificar la información se apegó al sistema Bertillon y daba cuenta, como sus predecesores, de la inestabilidad de la sífilis dentro de las clasificaciones. De datos obtenido del *Boletín del Consejo Superior de Salubridad* concluyó que las enfermedades que habían causado mayor defunción infantil eran las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato respiratorio, después las de la primera infancia o debilidad congénita, de los órganos de los sentidos. (Carrillo, 1909, p. 833) Estimaba que algunas enfermedades tenían mayor aparición en temporadas de frío o de calor, como las del aparato digestivo o respiratorio, y estas tenían una incidencia en la mortalidad infantil; agregaba que al ser la ciudad de México “una ciudad poco aseada, influirá poderosamente para el desarrollo de multitud de gérmenes que favorecerá causalmente al grupo de las enfermedades microbianas”. (Carrillo, 1909, p.837) Señalaba que la bacteriología les había enseñado que “las bronquitis, la bronco-neumonía y la neumonía” eran muy frecuentes en los primeros meses de vida. (Carrillo, 1909, p. 838), pero para otro tipo de enfermedades diversas que también causaban mortalidad infantil, como la sífilis o la tuberculosis, no había certezas:

Para ser completos, señalaremos como otras causas de mortalidad la sífilis, que dio por 1,000 defunciones 16.67, y la tuberculosis, 15; y otras de menor importancia por la cifra que representan, de las cuales no me ocuparé, porque sobre todo las dos primeras se prestan á otro género de consideraciones que bastarían para formar distintos trabajos. (Carrillo, 1909, p. 843)

Lo que observamos así, en la primera década del siglo XX, es que la incorporación del sistema Bertillon en la clasificación de la sífilis provocó dentro de la lógica nosológica de la enfermedad que la sífilis adquiriera relevancia por presentarse en una población, que después sería adjetivada de inocente. A lo largo de la década de los veinte de este siglo se enfatizó aún más el

carácter de la sífilis como la principal causante de mortalidad infantil. En 1927, Manuel Escontría recurrió a estadísticas de otros países para hacer una comparación con los registros que pudo realizar en el Hospital General de 1906 a 1910. A través de esta comparación remarcó la peligrosidad de la sífilis en los niños y la importancia del tratamiento de las mujeres embarazadas con sífilis. Según sus lecturas, el tratamiento tenía una alta efectividad. Al dar mayor realce a la incidencia de la sífilis en los niños, se creó la etiqueta de los enfermos inocentes, los cuales fueron mujeres honorables y niños. En ambos casos podían haber heredado la enfermedad o podían haberla adquirido por contagio. (Escontría, 1927, p. 722) Lo cierto es que no sabemos bien lo que estaban los médicos leyendo como sífilis. Por otro lado, la diferencia que construyeron de “mujeres inocentes” señala su carácter sexual pero con el desconocimiento de la víctima, mientras que las mujeres dedicadas a la prostitución la adquirirían como consecuencia de su vida licenciosa. Por otro lado, los niños también fueron considerados víctimas inocentes. Se enfatizó así que si su adquisición era por vía venérea, producto de una vida licenciosa, el tratamiento debería de ser agresivo. Mientras que en las “víctimas inocentes” debería buscarse un tratamiento cuidadoso.

Los enfermos de sífilis —en relación con la mortalidad infantil— pasaron a ser poco a poco no sólo las víctimas de una mala herencia, una sangre impura, una acción inmoral, sino también los culpables de la degeneración de la población, de las víctimas inocentes y de la mortalidad infantil. Según Escontría, la sífilis era la causa del 59.07% de la fetomortalidad. Pensaba que había mortalidades infantiles que se podían evitar y otras que no, pero que la mortinatalidad y mortalidad infantil por sífilis eran dos que sí podían ser desviadas. (Escontría, 1927, p. 722) Fueron estos médicos de la década de los veinte quienes, ayudados por el expansivo conocimiento microbiológico, afirmaron con mayor contundencia que efectivamente la mortalidad infantil tenía como primer causa a la sífilis. Puesto que en esta década no se tuvo certeza de cómo es que era transmitida de padres a hijos, se sugirió que la mujer embarazada tuviera una revisión clínica minuciosa para determinar o eliminar la sospecha de la presencia de alguna manifestación sifilítica. En caso positivo se debería implementar de manera inmediata un tratamiento:

En un hermosos y bien documentado trabajo presentado por el profesor Couvelaire en el Congreso Médico reunió en Strasburgo en 1924, se encuentran los siguientes datos tomados de las maternidades de la Beneficencia Pública de París.

Cuando la sífilis es contraída durante el embarazo y no es tratada, 70% de los fetos nacen muertos. Si la sífilis fue adquirida por la madre durante el embarazo y fue convenientemente tratada, la mortinatalidad disminuye a 30%.” (Escontría, 1927, p. 721)

No obstante que la sífilis fue vista como un padecimiento general, en los espacios médicos de la década de los veinte del siglo XX, ya no era completamente aceptado como un padecimiento hereditario irresoluble. Así en contra de grupos que consideraban que los padecimientos morales no deberían de ser tratados o tratados moralmente, surgió un grupo que enfatizó cada vez más la necesidad de medicalizar y diagnosticar preventivamente a la población. Por otro lado, la imprecisión que se obtenía de los registros de los boletines del Departamento de Salubridad Pública (otrora Consejo de Salubridad Pública), en esas primeras décadas del siglo XX, eran motivo de preocupación, pues sin esa precisión era muy difícil convencer a otros colegas de que debería existir una intervención ante la supuesta expansión de la sífilis.

Solo un estudio detallado de estadísticas amplias y bien hechas puede permitir conclusiones ciertas y por desgracia, en este punto, en todas partes del mundo, hay una discrepancia tal entre las estadísticas de oficina de registro civil y las de los hospitales, que forzosamente se ve uno obligado a no tomar para nada en consideración las que provienen de las oficinas de registro civil. Las razones que militan para seguir esa línea de conducta son: que en multitud de casos el médico tiene que diagnosticar a posteriori la causa de la muerte del feto y muy frecuentemente por esta razón el diagnóstico es incompleto; en otros casos lo es por falta de competencia del médico, y por último, y esto es frecuentísimo, aun cuando el médico haya hecho un diagnóstico correcto, voluntariamente lo oculta (heredosífilis) por razones de orden social. (Escontría, 1927, p. 709-710)

Escontría opinaba así que los registros de mortalidad en los infantes a causa de la sífilis deberían de ser perfeccionados. Por eso, emprendió un análisis minuciosos de los registros que había recopilado pertenecientes al periodo de 1906-1910 en el Hospital General. Del primer año reportaba que se habían registrado 124 muertes antes del trabajo de parto, de los cuales 89 se había registrado como causante principal la sífilis, 30 habían muerto en trabajo de parto y habían nacido vivos 561 (de estos 10 murieron antes de las 48 horas por heredosífilis). (Escontría, 1927, p. 711) En 1907 de 105 nacidos muertos antes del trabajo de parto en el mismo recinto, 69 tuvieron como causa principal de la mortalidad a la sífilis; 36 habían muerto en el trabajo de parto y habían nacido 623 (de estos 29 habían muerto antes de las 48 horas, 10 por heredosífilis). (Escontría, 1927, pp. 712-713) En 1909 habían muerto antes del trabajo de parto 86 y se registró que la causa de 62 fue la sífilis, 28 habían muerto durante el trabajo de parto; habían nacido 796 y muerto antes de las 48 horas de vida 29, de los cuales 10 se habían registrado por sífilis. (Escontría, 1927, p. 714-715) En 1910 se registraron 115 fetos muertos antes del parto, de los

cuales 90 eran por sífilis; 31 muertos durante el parto y el nacimiento de 938, de estos murieron 23 a las 48 horas de vida, 7 por heredosífilis. (Escontría, 1927, pp. 716-717) Esta recopilación le permitió enfatizar los porcentajes de la mortalidad infantil por sífilis y compararlas con los porcentajes de París, en donde se habían obtenido conclusiones más contundentes:

Entrando al estudio de las causas de mortinatalidad en las estadísticas de París, tenemos el 41% de las veces se debe a heredosífilis; 15% de las defunciones prenatales son originadas por estados patológicos propios de la gestación (toxemias del embarazo, inserción baja de la placenta) y el resto se reparten de un modo desigual y variable, según los años, entre enfermedades interrecurrentes al embarazo:: infecciones e intoxicaciones (algunas profesionales como el saturnismo) y estados patológicos diversos, especialmente crónicos: cáncer, tuberculosis, etc.” (Escontría, 1927, p. 720)

Pero aunque Escontría había realizado este análisis, no había realizado el diagnóstico a posteriori de la causa de muerte de los fetos. El médico Isidro Espinosa se apoyó en análisis de datos estadísticos publicados en Francia para enfatizar la importancia de atender la sífilis. Mencionaba que para los franceses las principales razones de causa de abortos o interrupciones del embarazo eran: “sífilis de los padres (en primer lugar)”, “provocación intencional”, “tuberculosis”, “cáncer”, “intoxicaciones diversas”, “alcoholismo”, “infecciones agudas”, “traumatismos accidentales o quirúrgicos” y “fatiga”. (Espinosa, 1925, pp. 820-821) Así, se colocaba a la sífilis como la principal causa de interrupciones del embarazo y como la principal causa infertilidad. En algunos de sus cálculos hechos en 1923, a partir de datos del Registro Civil, Espinosa ya había indicado que morían en México 28 niños por cada 100 en la Primera Infancia debido a la sífilis. (Espinosa, 1925, p. 822) Según él, en un estimado del Departamento de Salubridad Pública en 1923 habían muerto 180 niños debido a la sífilis y aunque no se pudiera comprobar, aseveraba, las afecciones embrionarias que causaban abortos también tendrían que ser sumadas a estas cifras. (Espinosa, 1925, pp. 833-834) En la lógica de ambos médicos, si se sumaban las interrupciones del embarazo y la mortalidad infantil, la sífilis resultaba ser la principal causante, aunque ambos afirmaban que no había manera de comprobar que esos padecimientos había sido provocados por el *treponema pallidum*.

Emanuelle Birn considera que los servicios posnatales y prenatales institucionalizados con el Servicio de Higiene Infantil en 1929 en México sirvieron para tratar enfermedades de las mujeres embarazadas, entre ellas la sífilis, en donde existían todo tipo de cuidados para que el tratamiento no fuera tan agresivo ni para la mujer ni para el feto. (Birn, 2006, p. 149) Este trato diferenciado con las mujeres embarazadas es un indicador de que los médicos sí podían tomar

precauciones especiales en los tratamientos, pero que estas no fueron implementadas con las mujeres hospitalizadas en el Morelos. La mezcla de nociones de la teoría humoral, del tratamiento moral, del higienismo y del desplazamiento de la medicina clínica, que sospechaba del testimonio del enfermo, justificó una serie de medidas en donde las consecuencias secundarias de los tratamientos eran consideradas parte de los mismos.

Poco a poco fue ganando terreno la idea de que la única manera de poder comprobar que la mortinatalidad era una consecuencia de la sífilis era a través de la aplicación de la prueba de Wassermann u otra serológica a los padres o al feto abortado, cuando esto fuera posible. En Mineral del Monte (ahora Real del Monte), Pachuca, el médico Manuel González Rivera realizó una relación entre los infantes muertos anotados en el Registro Civil y los resultados de la prueba de Kahn de sus progenitores. En su “Informe de los Trabajos de Exploración Sanitaria llevados a cabo en la Rama de Higiene Maternal Infantil...” mencionaba que se había dado a la tarea de buscar a las madres de estos niños, es decir, había realizado el diagnóstico a posteriori de la causa de muerte que Escontría había señalado tantas veces como necesario. A las mujeres que logró localizar y convencer les realizó la prueba de Kahn y sólo así pudo comprobar que efectivamente la sífilis era la causante de la muerte del infante. En la clasificación del Registro Civil la causa de muerte registrada había sido “debilidad congénita”, que fueron las muertes que los médicos siempre asociaron con la sífilis, pero que también consideraban era resultado de múltiples causas. El giro de este estudio es muy importante porque puso a prueba mediante el uso de la reacción de Kahn las presuposiciones que ponían a la sífilis como la causante del raquitismo infantil, la debilidad congénita o los abortos. (Ilustración 65)

Habiéndonos preocupado el alto porcentaje de las defunciones por “Debilidad congénita”, pensamos una vez más en la sífilis y nos dimos a la tarea de localizar a las madres de los 33 niños fallecidos por esta causa en el año de 1939 (cuadro Num. 17), para tomarles sangre y hacer la R. de Kahn. Los resultados fueron los siguientes:

No pudieron localizarse: 20

Falleció el año pasado: 1

Se negaron a dejarse tomar sangre: 2

CON R. DE KAHN POSITIVA: 6

Con R. de Kahn negativa: 4

Total: 33 [...]

(González, 1940, pp. 136-137)

CUADRO NUM. 17.- DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO AGRUPADAS POR CAUSAS Y MESES EN EL AÑO DE 1939.

CAUSAS	M E S E S												Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Aparato respiratorio .....	6	8	15	10	10	12	12	6	6	5	6	5	91
Aparato digestivo .....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
Debilidad congénita .....	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33
Heredo-sífilis .....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Difteria .....								1	3	3	3	3	12
Tos ferina .....													3
Sarampión .....													3
Tuberculosis pulmonar .....													1
Tuberculosis extrapulm. ....													1
Erisipela .....	1	1	1	1	1	1	2	2	3				11
Otras enfermedades .....													1
Ignorada .....													1
Sumas .....	16	15	22	16	19	15	15	15	7	14	10	13	177

**Ilustración 65 Registro de las causas de muerte obtenidas por el médico Manuel González en Mineral del Monte, Hidalgo en 1939. Primera de cinco. (González, 1940, p. 136)**

En su estudio sólo 6 mujeres dieron positivo en la prueba de Kahn, por lo que determinó que la sífilis sí tenía incidencia en la mortalidad y mortinatalidad infantil. (González, 1940, pp. 136-137) La relación tanto de las pruebas de detección como de los tratamientos se relacionó de manera más fuerte con los registros epidemiológicos. Estos registros permitieron tomar determinaciones cuando había dudas y los médicos incrementaron su confianza en instrumentos científicos que las usaban para evaluar sus resultados. En la década de los treinta del siglo XX estudios médicos a base de estadísticas hechos en Estados Unidos, pero leídos y reimpresos en México, ya difundían que la noción hereditaria de la sífilis era inexacta. (Whipple y Dunham, 1941a, pp. 157-158) Es decir, la sífilis no se transmitía a una tercera generación. La sífilis no era adquirida por el nacido en el momento del parto sino adquirida por daños a la placenta (probablemente durante el cuarto o quinto mes durante la gestación). (Whipple y Dunham, 1941a, pp. 157-158) De ambos casos hacían falta más datos estadísticos para poder afirmarlo por completo, pero los existentes les permitían a las autoras hacer tales aseveraciones. También se mencionaba que en los estudios hechos por la Asociación Americana de Higiene Social en diferentes espacios se había mostrado que por puro análisis clínico, como algunos médicos sugerían practicarlos, no era posible tener la certeza de que un niño padeciese o no sífilis, ya que en muchos casos las lesiones no eran evidentes o se desarrollaban hasta el segundo o tercer mes después del nacimiento. Por ello se proponía practicar diferentes tipos de análisis ya fuese a la madre del recién nacido, a la placenta, al cordón umbilical o al bebé mediante extracciones de mucosidades o de sangre. Fue en estas poblaciones en donde la prueba de Wassermann fue usada con menos carga estigmatizante y moralizadora y en donde se habló primero de la sífilis como un padecimiento causado por un agente etiológico específico en la década de los treinta del siglo XX.

Solamente en un pequeño porcentaje de niños sífilíticos, los signos clínicos de las enfermedades son obvios de nacimiento. Cuando existen signos y síntomas los más comunes son: rinitis, lesiones de la piel, lesiones oculares, esplenomegalia, linfadenopatía, desnutrición, trastornos gastrointestinales, hemorragia intracraneal y pseudo parálisis de Parrot. Aunque muchos de estos signos son peculiares de la sífilis y deben siempre provocar sospecha de la presencia de la enfermedad, no son patognómicos y casi todos se hallan ocasionalmente, en niños completamente libres de sífilis.” (Whipple y Dunham, 1941a, p. 166)

De acuerdo con estas autoras, gran parte de la sintomatología otrora asociada con la sífilis, heredosífilis o mortinatalidad no eran propias de esta enfermedad. (Whipple y Dunham, 1941a) Algunos médicos consideraban que las madres pocas veces confesaban al médico el padecimiento de la sífilis por lo que no era posible tratarla ni tener certidumbre de que las mujeres dirían la verdad cuando se les cuestionase, por lo mismo consideraban más certera la aplicación de cualquier tipo de prueba de laboratorio.

Hay diferentes procedimientos de uso común para establecer el diagnóstico en el feto o en el niño vivo:

- 1.- Demostración de la enfermedad en los padres.
- 2.- Examen de la placenta y del cordón.
- 3.- Examen del niño nacido muerto.
- 4.- Examen clínico del niño vivo.
- 5.- Pruebas serológicas de éste.
- 6.- Examen radiológico de los huesos del niño vivo. (Whipple y Dunham, 1941a, p. 163)

De las primeras se consideraba que si alguno de los padres padecía sífilis era prácticamente imposible que el niño no la padeciese. Sobre la placenta algunos autores consideraban que la sífilis modificaba el peso de la placenta o la forma del cordón umbilical pero dicha aseveración fue rechazada por las autoras. (Whipple y Dunham, 1941a, p. 164) La cuestión sobre la influencia o responsabilidad de la sífilis en la mortalidad infantil siguió siendo motivo de disquisiciones durante la década de los cuarenta. De esta manera los miedos y angustias en torno a la sífilis surgidas a partir de las estadísticas del siglo XIX se vincularon con las pruebas serológicas (inestables en un primer momento y estables posteriormente) del siglo XX, vinculando ahora sí nítidamente la mortalidad infantil y la mortinatalidad por sífilis, pero asimismo descartando posibles asociaciones con la sífilis por una sintomatología difusa.

### 4.3 La sífilis en la epidemiología: de enfermedad transmisible a enfermedad de transmisión sexual

En el *Código Sanitario* de 1926, la sífilis fue clasificada como una enfermedad transmisible. La idea de “regenerar física y mentalmente a la población” ya se había propagado entre las autoridades sanitarias y gubernamentales, hubo diferentes planes, proyectos y campañas sanitarias, una de ellas fue la desplegada para las enfermedades venéreas. Se volvió una prioridad detectar y medicar a quienes la padecían. (Agostoni y Ríos, 2010, p. 172)

En la Sección Primera, en el artículo 128 de este código se señalaba que: “Todas las personas que ejerzan la medicina deberán llevar un registro privado de sus enfermos de sífilis, en que constarán: I. Su sexo, nombre y apellido. II. El lugar de su origen. III. Su edad, estado y profesión. IV. Su domicilio. V. Los demás datos que exija el departamento respectivo. Mensualmente las indicadas personas, remitirán a la autoridad sanitaria del lugar de su residencia, los datos de dicho registro que hayan recogido durante el mes, para que sean transmitidos al Departamento de Salubridad.” (Código Sanitario, 1926) Este código sanitario dio una vigilancia a la sífilis similar a la de las enfermedades infecciosas y justificaba el registro de los enfermos principalmente para persuadirlos u obligarlos a terminar sus tratamientos, en caso de abandono. Por eso en el artículo 129 se añadía “Cuando algún enfermo de sífilis, sin haber sido dado de alta, abandone el tratamiento y cuidados del médicos o persona que lo atendía, éste deberá dar aviso inmediato a la autoridad sanitaria correspondiente, para que se proceda en los términos que el mismo reglamento establezca.” (Código Sanitario, 1926) Este código es una expresión también del higienismo en boga en la década de los veinte, sus principales medidas seguían siendo aislar a los enfermos, evitar la propagación de las enfermedades y, cuando los hubiera, aplicar sueros, vacunas y realizar inspecciones a espacios o sospechosos de ser conductores de gérmenes, como lo señalaba en su artículo 106. (Código Sanitario, 1926)

En cuanto a la contagiosidad de la enfermedad esta era admitida por múltiples formas, pero se seguía considerando que el principal foco de contagio era por vía sexual era a través del encuentro con una prostituta y casi nulo con una persona no dedicada a la prostitución. Esta doble moral en el uso de las medidas contra la sífilis ha sido ya estudiada por Bliss (2003) y Rivera-Garza (2001). De esta manera se afirmaba, en el capítulo III, artículo 150, que las mujeres dedicadas a la prostitución que padecieran “manifestaciones húmedas sifilíticas; enfermedades

venéreas; lepra; enfermedades de la piel, como sarna” entre otras, no podía tener ningún tipo de contacto sexual. (Código Sanitario, 1926) Pero no se señalaba que otras poblaciones con ese tipo de padecimientos tampoco podían tener relaciones sexuales, aunque sí se comenzó a discutir que se deberían de generar medidas generales para que las personas tuvieran una consecuencia y responsabilidad por contagiar a alguien de sífilis u otra enfermedad venérea.

Si bien a lo largo del siglo XIX la prostitución fue principalmente atacada porque se consideraba que causaba un daño moral que podía incidir en el aumento de los males venéreos y en la degeneración de la población, a partir del *Código* de 1926 se estableció que ese lazo era de índole sexual. Este sistema de vigilancia se reforzó con la obligatoriedad impuesta por el *Código Civil* de 1928 de exigir la presentación de un certificado médico como requisito para contraer matrimonio. En el artículo 98 de este código, fracción I, se indicaba que deberían comprobar su edad mediante acta de nacimiento o dictamen médico, para comprobar la mayoría de edad en los hombres de 16 y en las mujeres de 14 años. Además de presentar su consentimiento (fracción II), la declaración de dos testigos mayores de edad (fracción III); deberían presentar (fracción IV) un certificado “suscrito por un médico titulado que asegure, bajo protesta de decir verdad, que los pretendientes no padecen sífilis, tuberculosis, ni enfermedad alguna crónica o incurable que sea, además, contagiosa y hereditaria.” (Código Civil, 1928) Ya hemos leído en otro capítulo la imposibilidad de implementar esta medida y los porqués, sin embargo no debemos olvidar que esta modificación legislativa remarcó una noción diferente del matrimonio y de las relaciones con los cuerpos de los otros. Bajo este nuevo orden, no era legal tener una relación matrimonial con una persona enferma y se percibía incluso como una prohibición. De esta manera, antiguas formas de relacionarse con el cuerpo de los otros se perdieron, por ejemplo, una concepción del matrimonio no estrictamente económica, ni basada en la productividad ni reproductividad sexual fue desplazada.<sup>124</sup>

Estos sistemas de vigilancia establecidos en los dos códigos tuvieron como principal dirección la medicina clínica pues las revisiones médicas aludidas en ambos códigos eran

---

<sup>124</sup> Según E. P. Thompson (1995), la expansión del capitalismo extendió formas de relacionarnos económicamente con los otros, de manera que la sociabilidad se construyó a partir de un intercambio monetario. Este tipo de moral económica menguó otras formas de relacionarse socialmente basadas en la reciprocidad, cuidados, intercambios morales, etc. “En otro sentido los problemas son diferentes, y quizá más agudos, pues el proceso capitalista y el comportamiento consuetudinarios no económico están en pugna activa y consciente, como en la resistencia a las innovaciones técnicas o las racionalizaciones del trabajo que amenazan con perturbar la usanza acostumbrada y, a veces, la organización familiar de los papeles productivo. Así, como una sucesión de enfrentamientos entre una innovadora economía de mercado y la acostumbrada economía moral de la plebe.” (Thompson, 1995, pp. 24-25)

clínicas. De esta manera, cualquier persona sin manifestaciones visibles de la enfermedad podía pasar por sujeto sano. Por otro lado, a pesar de que estaba implícita la noción del contagio por vía sexual, no era explícita. Las transmisiones enunciadas no se limitaban a la vía sexual, sino que también se incluían las cuestiones higiénicas y, de hecho, en el *Código Civil* se consideraba el aspecto hereditario de la sífilis.

En la década de los treinta del siglo XX hubo un interés por mostrar que efectivamente el principal foco de contagio era el contacto sexual con las prostitutas mediante el uso de tecnologías y herramientas científicas. De esta manera, se movilizó toda una serie de mecanismos para establecer en los servicios médicos cuestionarios epidemiológicos sobre la sífilis en donde los pacientes tenían que responder sobre el contagio. Enrique Villela, jefe de la Oficina General de la Campaña Antivenérea, invitaba a sus colegas médicos a hacer un registro más detallado de los casos registrados de sífilis no sólo por reconocimiento clínico sino por reconocimiento serológico aplicado a toda la población. Ese registro debería hacerse, sugería, para tener un conteo, inexistente en 1938, más exacto de la población con ese padecimiento. Para ello sugería que se hiciera una “INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA[sic] DE LOS CASOS INFECCIOSOS TEMPRANOS”, “PESQUISA DE LOS ENFERMOS QUE HAN ABANDONADO EL TRATAMIENTO, EN PARTICULAR TRATANDOSE DE CASOS EN PERIODO INFECTANTE” y “OBSERVACIÓN SUBSECUENTE DE LOS CASOS”. [Original en mayúsculas] (Villela, 1938, p. 45) Para él era necesaria la localización de “focos originales” de los contactos y “censos serológicos” que presuponían “el examen clínico y serológico” y el cuestionario epidemiológico.

¿Cómo descubrir a los sifilíticos?

1º La pesquisa de los casos primitivos para descubrir el foco original y los contactos.

El principio en que se funda es idéntico al que rige la lucha contra otras enfermedades transmisibles y que debe ser recordado constantemente. Cada caso “nuevo” ofrece ocasión siempre para descubrir otros casos, otros contactos, otros focos. [...]

2º El segundo método consiste en censos serológicos”, con control clínico.

Ciertos grupos ya son objeto de exámenes sistemáticos, descubriéndose así muchos casos todavía insospechados y este método de pesquisa debería generalizarse más y más, hasta abarcar por fin a toda la población. (Villela, 1938, p. 47-48)

Para llevar a cabo el cuestionario epidemiológico, Enrique Villela sugería después de haber obtenido los antecedentes y el examen físico comenzar a convencer al enfermos de “las consecuencias para los descendientes, su tratamiento y los beneficios que reporta al enfermo, tanto mayores cuanto más tempranamente lo inicie, procurando en todo afirma la confianza del

enfermo y hacerle entender claramente que la información obtenida es confidencial. (Villela, 1938, pp. 47-48) Una vez que se evidenciara un convencimiento del enfermo sobre estos puntos se pediría que aconsejara a los otros enfermos a examinarse a su vez. (Villela, 1938, pp. 478)

Otros médicos, consideraban que era necesario un cuestionario en papel, el cual el enfermo respondería sin sentirse presionado, el cual se diseñó y distribuyó años después. Al unir la información del cuestionario con el supuesto foco epidemiológico y con las pruebas serológicas se fortaleció la percepción de que la principal –y posteriormente la única- causa de la sífilis era el contagio sexual. En el *Boletín de Salubridad e Higiene* de abril de 1938 se publicó un artículo del médico francés Alain Spillmann, quien era director adjunto del Centro Regional Antivenéreo de Nancy, en donde se daba un ejemplo de cómo se localizaban “focos de contagio” de la sífilis. Daba una muestra de cómo realizar una encuesta epidemiológica y de cómo ubicar a todo aquel quien hubiera sido contagiado de sífilis por parte de una prostituta. (Ilustración 66)

Spillman registró que en un mes cinco hombres habían acudido a un dispensario antivenéreo a solicitar curación, los cinco habían indicado que una “mujer rubia, corpulenta” era quien los había contagiado. Todos proporcionaron la misma dirección de la mujer y, a solicitud de las autoridades, se presentó a consulta con una sífilis en estado secundario. (Spillman, 1938) Un cambio que puede notarse en esta forma de recabar información es que es una forma no sólo descriptiva o enumerativa sino epidemiológica: se planteaba un número posible de gente susceptible de ser contagiada por el mismo foco y a partir de ese “supuesto” se comenzaba a hacer una búsqueda de los enfermos y un registro de los mismos, si es que estos se confirmaban. La tabla (Ilustración 66) no tenía la intención sólo de registrar y verificar los casos de quienes sí acudían al médico, sino de funcionar como guía para localizar otros casos, verificarlos e invitar a la gente a tomar el tratamiento; de la misma manera se intentaba con este seguimiento romper fuentes de contagio.

MUJER B. L. (NUMERO DE REGISTRO 35,36.) responsable de la contaminación de 14 enfermos, que fueron hospitalizados para su tratamiento.						
Fecha de la consulta	No. de registro	H.	M.	Profesión	Diagnóstico	Fecha aproximada de la contaminación
15-1-36	8 36	1		Hojalatero.	Sífilis.	20-12-35.
21-1-36	14 36	1		Albañil.	Sífilis.	21-12-35.
3-2-36	29 36	1		Herrero.	Sífilis.	Fin de diciembre.
3-2-36	31 36	1		Estadante.	Sífilis.	—
3-2-36	32 36	1		Obrero.	Sífilis.	25-12-35.
6-2-36	37 36	1		Impresor.	Sífilis.	Fin de diciembre.
20-2-36	48 36		1	Esposa del 29 36.	Por su marido.	(29-36)
26-2-36	52 36	1		Albañil.	Sífilis.	Inicio de 36.
26-2-36	53 36	1		Agricultor.	Sífilis.	Fin de diciembre.
3-3-36	61 36	1		Obrero.	Sífilis.	Inicio de 36.
3-3-36	62 36	1		Albañil.	Sífilis.	Inicio de 36.
6-3-36	67 36	1		Albañil.	Sífilis.	Fin de diciembre.
2-4-36	87 36	1		Obrero.	Sífilis.	26-12-35.
4-4-36	89 36	1		Maquinista.	Sífilis.	25-1-36.

**Ilustración 66 Mujer B. L. (NUMERO DE REGISTRO 35,36) responsable de la contaminación de 14 enfermos, que fueron hospitalizados para su tratamiento. (Spillmann, 1938, p. 51)**

En el *Segundo Plan Sexenal de Salubridad Pública 1941-1946* (1939), en el artículo 29, se señalaba que se haría “obligatorio para los patrones que deban tener servicio médico, el examen de todos los obreros, tanto de ingreso como periódico, principalmente para investigar la tuberculosis”, de manera que se promovía una vigilancia de las enfermedades más estrecha; en su artículo 30 señalaba la reforma a “los proyectos necesarios para la expedición de nuevas leyes referentes a la lucha contra las enfermedades venéreas.” En el 31, el otorgamiento de “facilidades para la fabricación, abaratamiento, amplia distribución y empleo de medicamentos antivenéreos”; en el 32, la práctica sistemática de “las investigaciones necesarias para el diagnóstico temprano de la sífilis en los dispensarios antivenéreos, en los de higiene escolar y en las maternidades”. Y en el 33, el abandono del “sistema de control de policía sanitaria sobre la prostitución.” (p. 650)

Para el abandono del sistema de policía sanitaria se implementó un programa de enfermeras visitadoras, se designó una enfermera “para cada dispensario a fin de que se encargue de la investigación epidemiológica de los casos de infección reciente, de la localización de las fuentes de infección y de la pesquisa de los enfermos que abandonan el tratamiento, sobre todo los que se hallan en período infectante.” (Soto, 1949, p. 144) A partir del primero de enero 1940 desaparecieron los “agentes de sanidad adscritos a la Campaña Antivenérea y encargados de hacer cumplir el Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución”; al retirar las “funciones policíacas” y preferir las “auxiliares”, las enfermeras visitadoras -quienes habían tomado un “curso especial de venereología” en la “Oficina Sanitaria Panamericana” “en San Antonio Texas”- iniciaron una “labor educativa y de investigación y localización de enfermos y sus contactos”. (Soto, 1949, p. 166) Esta campaña con sus modificaciones y nuevas sanciones fue difundida con asiduidad en la prensa cotidiana. (Ilustración 67) En 1949 se consideraba que su labor había impactado de forma positiva, de acuerdo con sus propios registros. La labor de este

grupo no se redujo a las actividades dentro del dispensario, sino que también se realizaron en sindicatos y fábricas. Ahí proyectaban películas y daban pláticas, limitándose a ser “medio de propaganda, instrucción y educación de los enfermos venéreos y de sus contactos”, así como de contener “focos activos de infección venérea para controlarlos y suprimirlos.” (Soto, 1949, pp. 166-167)



**Ilustración 67** *El Universal*, 11 de julio 1941, p. 9 (segunda sección)

**CAMPAÑA CONTRA LAS AFECCIONES SECRETAS** Severas sanciones contra los enfermos que no se atiendan convenientemente. En la Dirección de Salubridad del Distrito Federal se nos proporcionaron ayer informes de que está ya en vigor, por lo que toca a dichas autoridades, la campaña contra las enfermedades secretas y por lo cual se tiende a llevar un registro de cada una de las personas que las padecen dichos males y que están obligadas a seguir un tratamiento médico, de acuerdo con el Reglamento respectivo de la Campaña, sancionado por Decreto Presidencial. Fue muy laboriosos para la Dirección de Salubridad perfeccionar el procedimiento del control de enfermo, porque, previamente, tuvo necesidad de hacer impresión de numerosas “formas” que sirven para llevar meticulosamente el registro de enfermos y el proceso del tratamiento respectivo. Una vez terminada la impresión de las “formas”, la Dirección procedió a enviarlas a los médicos particulares y a verificar que ya están en su poder. De acuerdo con la Ley y el Reglamento de la campaña. Los médicos incurren en responsabilidad en que el enfermo deserte del tratamiento, abandonándolo. Los enfermos pueden libremente, si lo desean, cambiar de médico; pero estarán obligados a participarlo al médico anterior para los efectos de la Ley. El Departamento de Salubridad sólo reconoce los tratamientos de médicos legalmente autorizados para el ejercicio de la profesión: de manera que los charlatanes no son tomados en cuenta. En los casos en que un enfermo se niegue a continuar su tratamiento o lo interrumpa por más de quince días, el médico lo avisará, usando una de las formas especiales, a las autoridades sanitarias; éstas buscarán al enfermo y lo internarán –quiera o no- en el Hospital “Morelos”, hasta terminar su curación. En ningún caso los médicos estarán obligados a revelar el secreto profesional y los avisos enviados a Salubridad sólo contendrán el nombre del enfermo cuando éste haya desertado e incurrido en sanción; pero aun en ese caso, el nombre no será revelado. La campaña contra el treponema pálido, etc., etc., es de carácter profiláctico e independiente de la acción judicial que se ejerza en los casos de delito de contagio, pues el procedimiento, entonces, está bien marcado en el Código Penal.

Si las medidas emprendidas en la década de los cuarenta funcionaron como una modificación importante de la forma de relacionarse con la sífilis desde las instituciones. La última modificación para vincular estrictamente sífilis con contagio sexual importante fue hecha en el Centro de Adiestramiento y Dispensario Antivenéreo “Dr. Eliseo Ramírez”. Ahí no sólo se estandarizaron las pruebas serológica y los tratamientos antisifilíticos, sino también el

cuestionario epidemiológico. (Ilustración 68) Es decir, no sólo se sugería a los médicos la forma de llevar el registro, sino que se les daba ya un formato que sólo tenía que ser llenado. Una vez que el enfermo llegaba al Centro de Adiestramiento el enfermo era recibido con una proyección de una película antes de tener el primer contacto con el médico. “Esta plática y exhibición de película están [estaban] a cargo también de las trabajadoras sociales.” (Campos, 1948, p. 155) Se consideraba importante ubicar a enfermos “infectantes o potencialmente infectantes” para “segar las futuras fuentes de infección”. Aunque tener un registro epidemiológico de la sífilis era una idea que ya había rondado desde inicios de la década de los treinta, como Escontría lo había planteado, su estandarización se hizo posible con el establecimiento del Centro de Adiestramiento. (Campos, 1948, p. 154) El cuestionario era dirigido por una enfermera y en él se solicitaba al enfermo que diera el nombre de su supuesto contagiante, su domicilio, su domicilio de trabajo, la relación que tenía con el enfermo, en qué hora era posible encontrarlo y en qué lugar, en dónde había sido su encuentro, en dónde había sido su lugar de exposición y la frecuencia con que iba al lugar, las medidas profilácticas empleadas, entre otros datos. (Ilustración 68) Esta labor era hecha por la trabajadora social que debía insistir en que:

[...]los informes obtenidos en la entrevista son absolutamente confidenciales, en que no se trata de una investigación policíaca para descubrir un culpable, sino simplemente de darle a las personas enfermas conectadas con el caso presente las mismas facilidades que a él se le están otorgando. En esencia, trata de obtener la plena cooperación del enfermo, insistiéndole en lo importante que es él en esta investigación, no sólo para que nombre sus contactos dando la información más completa de ellos, sino también para que ayude a la localización, a llevar a examen al contacto y a ponerlo en tratamiento en caso de que resulte enfermo. Todos los datos obtenidos de cada uno de los contactos nombrados fueron apuntados en una hoja epidemiológica [...] (Campos, 1948, p. 155)

Si bien las modificaciones no persecutorias ya no estaban asentadas en las modificaciones a los reglamentos y servicios antivenéreos de la década de los cuarenta, el énfasis puesto en exponer lo que se consideraba privado en décadas anteriores, la falta de consideraciones en torno a la percepción —tanto de la enfermedad como de los tratamientos— de los enfermos, el sistema de vigilancia, las nuevas obligaciones sociales y morales establecidas en el Código Civil —que obligaban tener una pureza para contraer matrimonio—, había reforzado la noción estigmatizante de la sífilis.



**Ilustración 68 Hoja epidemiología (Campos, 1948, p. 156)**

Al asociarla epidemiológicamente a la sífilis con la prostitución o con contactos sexuales indebidos, los límites que se reforzaron fueron los de una enfermedad de transmisión sexual. Si bien se indicaba que no existirían nuevas persecuciones, la forma en que epidemiológicamente era tratada la enfermedad provocaba la exhibición de los enfermos, la mofa y la estigmatización. El cuestionario se formuló como un sistema de vigilancia que no dependía de quién lo aplicara, sino de la noción misma de su funcionamiento como preventivo de las epidemias, como un paso inicial para señalar a un enfermo:

Su importancia se hace más evidente si se recuerda el principio epidemiológico de que por cada caso nuevo de enfermedad venérea reciente, descubierta, existe en la comunidad, por lo menos, otro caso de enfermedad venérea infectante pudiendo ser más de “uno por uno” si la enfermedad ha continuado extendiéndose. Por lo tanto, si la investigación de contactos se realiza en condiciones ideales, descubrirá cuando menos una persona infectante (fuente) por cada caso venido a tratamiento además de que sería posible localizar todas las personas a las cuales el paciente ha transmitido su infección. (Campos, 1948, pp. 154-155)

La elaboración de estadísticas epidemiológicas en México se estaba realizando en 1945 a partir de dos fuentes: las oficinas del Registro Civil y de los Centros de Higiene y Unidades Sanitarias, intentando seguir los parámetros de la Comisión Panamericana de Estadística Biodemográfica y Epidemiológica dadas a conocer en la revista “Actualidad” de noviembre de 1944. En estas recomendaciones se sugería que el número de casos reportados de enfermedades tuviera alguna relación lógica con las cifras de mortalidad, ya que había una disparidad notable entre el número elevado de mortalidad y el número de casos reportados. Los estadistas en México consideraban que esa disparidad no había podido reducirse aún debido a que el número de oficinas de registro civil superaban cinco veces a las oficinas sanitarias de manera que había una entrega más puntual a la Dirección de Epidemiología de los registros civiles y más accidentada e inconstante de las instituciones de salubridad. Por ello, la Comisión Panamericana de Estadística Biodemográfica y Epidemiológica recomendaba el despliegue de la información

en dos columnas que indicases la mortalidad y los casos. (SSA, 1945, pp. 1-2) A partir de este momento, los números de sífilis incrementaron, creciendo su importancia en número de casos y disminuyendo en números de mortalidad. (SSA, 1947, pp. 159)

En 1948, México se unió a las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud para seguir el programa de combate a las enfermedades venéreas en donde se recomendaba seguir un conteo oportuno de la notificación de la sífilis, la declaración de la fuente de contactos infecciosos y su “localización nacional o internacional”, así como aplicación de manera sistemática de los exámenes prenupciales y prenatales así como de las pruebas serológicas de detección de la sífilis; también a realizar “estudios comparativos de antígenos y de técnicas para el serodiagnóstico de la sífilis” y establecer “estándards óptimos de tratamiento” dando mayor importancia al “tratamiento preventivo de la sífilis durante el embarazo”, así como a dar “tratamiento obligatorio de todo individuo que sufra enfermedad venérea transmisible y hospitalización obligatoria de todo el que rehúse someterse a tratamiento”. (Anónimo, 1948, p. 281) Rosenberg considera que la mayoría de las explicaciones de las enfermedades previas al siglo XIX eran explicaciones individuales. Había un rango de conocimientos compartidos, pero sólo eran guías, no funcionaban como únicas descripciones de la enfermedad. Para él, la uniformidad de una enfermedad implica la uniformidad de la causa en el tiempo y en el lugar. (Rosenberg, 1992, pp. 293-294) De manera que las nuevas medidas adoptadas a partir de 1948 implicaron una forma estandarizada y homogeneizada de concebir a la sífilis. Todas estas medidas emprendidas no bastaron para la disminución de la sífilis. Una década después los médicos registraban un aumento considerable en el número de casos de sífilis en México y en la ciudad de México particularmente. (Ilustración 69)

ENTIDADES	SÍFILIS		GONORRREA		SÍFILIS		SÍFILIS		SÍFILIS	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Aguascalientes	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Baja California	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Baja California Sur	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Campeche	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Chiapas	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Chihuahua	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Coahuila	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Colima	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Durango	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Guanajuato	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Hidalgo	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Jalisco	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Morelos	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Nayarit	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Oaxaca	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Puebla	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Quintana Roo	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
San Luis Potosí	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Sinaloa	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Tamaulipas	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Tlaxcala	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Veracruz	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Yucatán	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Zacatecas	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100

**Ilustración 69** Casos de enfermedades transmisibles en México, junio de 1958 (SSA, 1958, p. 54)

Algunos médicos argumentaron que la derrota frente a la sífilis se debía a varios motivos, en primer lugar, a que por ser tema de “índole sexual” atañía a prácticas consideradas privadas, por

lo que no era “fácil que el paciente” confiara “lo más íntimo a cualquier médico” y si lo hacía, lo hacía a “médicos que considera pondrán por delante sus intereses a los intereses públicos”. Aunque el número de casos avanzados había disminuido, los casos generales no lo habían hecho de manera proporcional a “las facilidades para diagnóstico y tratamiento oportuno”. (Campos et al, 1961, p. 68)

Los datos sobre la mortalidad en todo el país y por Entidades Federativas, provienen de la notificación hecha en su mayoría por médicos particulares y en seguida por hospitales oficiales y privados, notificación que en nuestro caso, igual que en muchos otros, es muy defectuosa. Por ejemplo, con alguna frecuencia los médicos consideran conveniente para los intereses familiares de sus pacientes cambiar la causa de muerte por sífilis y notificar otra diferente, hecho que varía en las diversas regiones del país según factores muy diversos. Por el contrario, algunos médicos tienen tendencia a imputar a la sífilis defunciones originadas por otras enfermedades, sobre todo en mortinatos.” (Campos et al, 1961, p. 68)

La percepción de persecución que tuvieron las medidas sanitarias relacionadas con la sífilis y la forma de delimitarla en el terreno de lo sexual fueron probablemente las causantes de que las personas no buscaran ayuda para tratar sus padecimientos en la década de los cincuenta y, por el contrario, se recurriera nuevamente a la automedicación, al autotratamiento y al autodiagnóstico. La asociación entre la sífilis y las prostitutas —a pesar de no existir por sí misma ontológicamente— se naturalizó a través de los censos construidos mediante cuestionarios epidemiológicos y de la construcción de otros productos culturales, como el cine o las radionovelas, que remarcaron ese lazo. Eso también revigorizó la noción vergonzante de la enfermedad en términos sexuales, convirtiéndola en un tabú. Hay que señalar que la llegada de la penicilina y su posterior eficacia en los tratamientos sifilíticos y venéreos a inicios de la década de los cincuenta no opacó inmediatamente muchas de las consecuencias físicas, sociales y morales que habían sido construidas en torno a la sífilis por más de cincuenta años. Esto se debió a que en este momento las autoridades políticas viraron hacia políticas de moralización social hasta finales de la década de los sesenta, lo cual imposibilitó una divulgación mayor del fármaco y de su eficacia o una desestigmatización de la enfermedad. Por el contrario, las poblaciones que fueron construidas como peligrosas en este periodo del que he hablado continuaron siendo criminalizadas y discriminadas.<sup>125</sup> A diferencia de los anuncios de la primera mitad del siglo XX,

---

<sup>125</sup> Se considera que en las décadas de los cincuenta y sesenta las autoridades políticas y sanitarias impulsaron medidas para moralizar a la sociedad. Por ejemplo, en la ciudad de México el gobierno de Ernesto P. Uruchurtu, regente de 1952 a 1966, inició una serie de políticas en contra de todas las manifestaciones consideradas inmorales como el cierre de cabarets, de centros nocturnos, de burdeles. Asimismo redujo las horas permitidas de vida nocturna. (Pulido, 2016, pp. 154-160)

que habían hablado de la sífilis desde diferentes tradiciones de la medicina o de las otras concepciones que tuvo la enfermedad —como heredosífilis, como enfermedad de la sangre, como enfermedad contagiosa— la epidemiología la delimitó como una enfermedad sexual de tal manera que a mediados del siglo XX siguió siendo una enfermedad culposa, pero de la que el enfermo ya no hablaba, no podía dar su opinión, ni una forma de regular su padecimiento.

## Conclusiones

Esta investigación pretendió insertarse dentro los estudios de la historia de la ciencia y de la medicina que intentan poner en cuestionamiento algunas posturas que conciben a los fenómenos de la enfermedad, del cuerpo y de la salud como fenómenos con una ontología sin historia e inmutables. (Daston, 2000; Hacking, 2001; Porter, 1989; Porter, 1995; Latour, 1992; Haraway, 2004; Star, 1991) El análisis de la construcción de la sífilis desde los laboratorios y los centros de epidemiológicos nos permite comprender cómo los sujetos somos capaces de construir la relevancia de un fenómeno y a partir de ahí desplegar toda una serie de tecnologías, discursos y herramientas que nos permitan construirlos como objetos científicos. (Foucault, 1995) Esto mismo nos permite entender que para darle relevancia a un fenómeno es necesario contruirlo mediante diferentes mecanismos y dispositivos tanto sociales como científicos. (Daston, 2000)

En el Capítulo 1 con el análisis de la inestabilidad de la prueba de Wassermann pretendí mostrar cómo las creaciones científicas al interior de laboratorios mismos no son fácilmente estabilizadas ni estandarizadas. Solemos pensar que los productos científicos con los que convivimos tienen ontológicamente su estabilidad, pero no nos damos cuenta de que esta se construye a base de acuerdos científicos y del establecimiento de redes que permitan a estos objetos científicos circular. De esta manera, el paisaje tecnocientífico que permite funcionar a los objetos científicos debe de mantenerse, nutrirse y reelaborarse constantemente para mantener su vigencia. (Latour, 1992) Las pruebas serológicas no tenían a inicios del siglo XX un tecnosistema que les permitiera circular sin dificultades. Es más, en algunos lugares no tenía ni siquiera microespacios científicos que aseguraran que su práctica podía ser reproducida sin inconvenientes. Pero en la actualidad ese paisaje esta montando y nosotros somos sus habitantes.

Asimismo, estudiar esta prueba permite comprender cómo las creaciones científicas recientes no siempre pueden ser arraigadas dentro de las prácticas de los laboratorios con facilidad, puesto que antes se tienen que adaptar los espacios científicos en donde residirán para que éstas puedan funcionar, mantenerse y sobrevivir. De esta manera, entendemos por qué muchas de las soluciones científicas a problemas sociales actuales no siempre pueden ser adoptadas ni adaptadas. Asimismo, comprendemos cómo a pesar de las demandas sociales de tener soluciones científicas más eficaces, éstas no se pueden producir, diseñar, innovar o insertar

inmediatamente en ciertos paisajes tecnocientíficos puesto que no existen las condiciones para lograrlo, como lo fue el caso de las pruebas de detección de la sífilis de Wassermann y de Kahn.

Con el estudio de la historia de los tratamientos químicos para la sífilis a inicios del siglo XX, en el Capítulo 2, pretendí mostrar cómo estos modificaron nuestras nociones sobre las enfermedades, pero así mismo sobre nuestros cuerpos. Antes de la farmacodinámica las personas jamás consideraron que había una propia historia al interior de sus cuerpos en la que operaban fenómenos independientes de sus deseos, miedos y angustias. Los órganos del cuerpo adquirieron su propia importancia y modificaron la subjetividad de los sujetos. Ya no eran ellos los que mejoraban en sus padecimientos, sino su hígado, su riñón, su corazón, algún otro órgano de su cuerpo o su sangre. Por otro lado, el análisis del despliegue de los arsenicales y los nuevos fármacos químicos para los tratamientos antisifilíticos, nos permite observar cómo algunas de las acciones ejercidas para promover los tratamientos y las curas funcionaron a base de coerciones consideradas violentas por quienes las sufrieron, pero que fueron parte de la instauración de metodologías terapéuticas científicas. Nos permite ver cómo algunas tecnologías creadas para curar o ayudar a los sujetos en sus enfermedades pueden ser desplegadas de formas tiránicas y producir nuevas formas de violentar a los enfermos, estigmatizarlos y discriminarlos, todas ellas justificadas en lógicas de apego a las metodologías científicas. (Scarry, 1985)

Con el tercer capítulo intenté evidenciar cómo el tecnopaisaje en donde se insertan estas creaciones científicas no es prístino ni pulcro -es decir, no está construido bajo una sólo lógica del pensamiento científico- sino está construido por múltiples tradiciones médicas, jurídicas, religiosas y científicas que están presentes y conviven en nuestra cotidianidad, algunas con más presencia que otras. De esta manera, los objetos científicos conviven con otros objetos científicos y sociales de otras épocas, de otras tradiciones médicas, técnicas o industriales, y las modifican, nutren y reconfiguran, a la vez que ellos se nutren, se reconfiguran y modifican a la vez. Considero que sólo estudiando esos paisajes tecnocientíficos de otras épocas, podemos entender un poco más cómo es que en nuestra actualidad conviven los programas de entretenimiento dedicados a la difusión científica con programas que informan sobre la llegada de los extraterrestres, los temblores ocasionados por bombas que los científicos hacen para obtener compuestos químicos y los programas dedicados a difundir los beneficios de productos para la salud de origen vegetal. Podemos entender cómo los objetos científicos, las representaciones científicas y las ficciones científicas coexisten. El análisis que hice de la publicidad pretendió

mostrar también cómo no se pueden reducir las enfermedades sólo a su noción de objetos científicos, ni a ningún tipo de fenómenos en torno al cuerpo. No porque esta sea una prohibición que yo pretenda hacer, sino porque lo que nos muestra la historia con el análisis de la publicidad de productos para la salud es que las personas, de la actualidad y de otras épocas, buscamos múltiples maneras de mejorar nuestra percepción de la salud independientemente de las pruebas de los laboratorios y de los conocimientos que se generen en los laboratorios en torno a la salud. Es decir, nuestro bienestar físico atiende también a otras dimensiones sociohistóricas como las emocionales, mentales, profesionales, académicas y éstas otras dimensiones no pueden ser satisfechas sólo con el uso de un fármaco ni con la interpretación médico-científica de nuestro padecimiento. (Rosenberg, 1992)

Pretendí evidenciar también en el Capítulo 2 cómo hubo otras tradiciones, como la medicina clínica, en donde las experiencias de los pacientes eran valiosas. Esto porque considero importante replantear la recuperación de las experiencias de los enfermos como generadoras de conocimientos, quienes podrían ayudar a diferentes disciplinas y tecnologías a reconfigurarse y a entrar en diálogo con sus usuarios. Por ejemplo, las experiencias de los pacientes en los usos de fármacos podrían ayudar a mejorar las dosis, los tratamientos, los conocimientos en torno a los efectos secundarios, las consecuencias a largo plazo, entre otros. Es decir, podrían ayudar a darle perfectibilidad a las creaciones científicas. Esto mismo podría ocurrir con los diagnósticos de algunos pacientes, para que el diagnóstico no esté ceñido sólo a los resultados de pruebas de laboratorio sino a la forma en que los pacientes están experimentando sus padecimientos, de manera que la construcción de los sujetos como sanos o enfermos no se reduzca a un resultado de laboratorio.

Asimismo considero que es importante evidenciar que la salud puede ser construida no sólo como un bien económico, reproductivo y familiar, sino como un bien social y personal que no debe estar sujeto exclusivamente a lógicas de mercado ni a normas sociales. Considero que la promoción de la salud se fortalece en comunidades que son previamente consideradas valiosas, como cuando se daban tratamientos arsenicales dosificados cuidadosamente a mujeres embarazadas y a bebés, pero tratamientos agresivos y tóxicos a las prostitutas. Es decir, la salud no debería estar sujeta a lógicas racistas, clasistas, sexistas y económicas. (Foucault, 2006c) Por eso considero que se tiene que abonar para construir el entendimiento de la salud como un bien común del que como seres vivos debemos poder gozar independientemente de la capacidad

productiva, intelectual y reproductiva de las personas o de su estrato social, cultural y económico. Estoy de acuerdo con Foucault (2006c) en que la forma en que fueron organizados los servicios de salud promovió y —en que se construyeron las enfermedades— fortaleció un mundo de exclusiones en donde sólo quienes son considerados previamente valiosos son considerados dignos de ser cuidados.

Comparto la opinión de Harding (1986) sobre la importancia de cuestionar gran parte de las creaciones científicas para poder observar cómo a través de ellas hemos todos sido partícipes de políticas tiránicas, discriminadoras y racistas. Sólo poniendo bajo la lupa nuestra fe en la ciencia es que podremos observar que precisamente nuestras creencias están soportadas en producciones materiales, en sustancias farmacológicas, en producciones científicas que nosotros nutrimos y reproducimos sin darnos cuenta que las mismas generan discriminación y exclusión. Y que las exclusiones no son sólo producto de nuestra apreciación y, por lo tanto, no pueden ser modificadas sólo con cambiar nuestros discursos en torno a ciertos fenómenos o grupos sociales. Precisamente, esto nos permitiría comprender cómo los objetos científicos producen conocimientos situados que contienen los valores y aspiraciones de una época, por lo que algunos de los objetos científicos al ser desplegados son capaces de generar dinámicas discriminatorias. En términos de Haraway (1996), todo conocimiento científico tiene una historia y un lugar de origen que no se puede ocultar, es decir, es un conocimiento situado.

De la misma manera, intenté con esta investigación mostrar que hay diferentes maneras de vincularnos con las producciones científicas, comprenderlas y apreciarlas. Esto nos permitiría como usuarios o productores de la ciencia no vincularnos con ellas de una manera tan tiránica, exigiendo que todos sus objetos, instrumentos, artefactos sean perfectos. Sino más bien comprendiendo los mecanismos de los laboratorios y concibiéndolos como perfectibles, como capaces de darnos seguridad y certezas en la medida en que se mantengan abiertos y en convivencia con sus usuarios para poder establecer diálogos y mecanismos que les permitan mejorar, incrementar la seguridad que otorgan y ser modificados de acuerdo con las necesidades de quienes los usan.

Con el análisis de las estadísticas que intenté hacer en el Capítulo 4 pretendí mostrar cómo la urgencia decimonónica de vincular a la sífilis exclusivamente con el contacto sexual en México no pudo llevarse a cabo porque los métodos estadísticos de la época tuvieron su propio sistema de clasificación y su propia lógica de la enfermedad. La sífilis sólo pudo ser

reconceptualizada lentamente como enfermedad de transmisión sexual cuando los métodos de clasificación fueron adaptando cambios a lo largo de la primera mitad del siglo XX, que devinieron en los registros epidemiológicos. Así las construcciones científicas se nos presentan como objetos que no pueden ser contruidos de la noche a la mañana, con la determinación de unos cuantos, con un simple cambio de discursos o de representaciones. Las modificaciones que promueven las construcciones de objetos científicos en los sistemas en donde se insertan sólo se logran modificar con el tiempo y con la capacidad de estos objetos científicos de incrustarse en otras producciones científicas y culturales.

Esta historia, por otro lado pretende, mostrar cómo la emergencia social que posibilitó la construcción científica de la sífilis, la construcción de ella como una enfermedad sexual y epidémica ha perdido relevancia. La sífilis sigue siendo medida en las estadísticas y, desde mediados de los años cincuenta del siglo XX, la OMS ha reportado múltiples epidemias de sífilis que no han movilizado todas las políticas públicas, sanitarias y sociales que se movilizaron en la primera mitad del siglo XX. Algunos autores consideran que esto tiene que ver con que hubo una redefinición de la sexualidad así como una reconfiguración de sus problemáticas, de las prácticas sexuales de riesgo, de lo prohibido, de los tratamientos, de la cura y de lo privado que no permiten que las alertas morales en torno a esta enfermedad emerjan como lo hicieron hace un siglo con la sífilis. Por lo que la vigilancia en torno a la sífilis se mantiene para grupos considerados previamente de riesgo, como trabajadores sexuales, clientes homosexuales, transexuales, a pesar de que estadísticamente estas poblaciones sean las minoritarias. Asimismo algunos autores aseguran que con las dinámicas sociales urbanas, de migración, de movilidad, de redefinición de las prácticas sexuales, la sífilis fue desplazada y su lugar lo ocupó el SIDA y otras enfermedades virícas, sobre todo durante la epidemia de VIH en la década de los ochenta. En la actualidad al ser percibidos los tratamientos del VIH como inestables, por algunos enfermos, el VIH es capaz de hacer emerger angustias y miedos en torno a la sexualidad, al contagio, a la cura, similares a las que se presentaron en la configuración de la sífilis, pero también ha mostrado una manera diferente de los sujetos de vincularse con su enfermedad, de hacer emerger la importancia de la búsqueda de una prueba diagnóstica y de una cura, de brindar tratamientos gratuitos y de procurar una atención a sus portadores. Como lo fueron las luchas de activistas en la década de los ochenta del siglo XX que enfatizaron que el SIDA no era una enfermedad de homosexuales, sino que era una epidemia generalizada y las medidas sanitarias

para su prevención deberían ser desde mayor control de los bancos de sangre y de las transfusiones sanguíneas, hasta alerta a los profesionales sanitarios que tuvieran que maniobrar con agujas o a personas que consumieran drogas, o personas que en su vida sexual no usaran ningún profiláctico de barrera, pensando que era sólo enfermedad de homosexuales. Esta lucha de estos activistas reconfiguró una manera médica, sanitaria y científica de vincularse con una enfermedad que estaba siendo clasificada sólo como de transmisión sexual o, peor aún, transmisión homosexual.

Estimo que esta tesis pudo haber dejado fuera del análisis muchos elementos de análisis y otros no fueron bien explicados, pero considero que también toda investigación puede permanecer abierta y ser perfectible, no volverse una “caja negra” y dejar marcadas vetas de investigación. Estoy consciente que dejé fuera del análisis la publicidad de sanatorios médicos y clínicas para la salud privados, el análisis de la publicidad de productos llamados científicos como los rayos X o los cinturones eléctricos, la introducción de los óvulos y pastillas hormonales para la cura de otros padecimientos emergentes del sistema reproductivo o la llegada de la penicilina a la publicidad. También consideró que pude haber abundado más en las reclasificaciones epidemiológicas de la sífilis, pero siempre llega un momento en que uno debe renunciar al deseo de la totalidad. Espero en futuros trabajos académicos poder incorporar esos datos.

## Tabla de ilustraciones

Ilustración 1 <i>El Universal</i> , 3 de enero de 1900, p. 2.....	173
Ilustración 2 <i>El Universal</i> , 6 octubre de 1925, p. 2 (segunda sección).....	173
Ilustración 3 <i>El Universal</i> , 7 de octubre de 1917, p. 5.....	174
Ilustración 4 <i>El Universal</i> , 4 de enero de 1900, p. 4.....	174
Ilustración 5 <i>El Universal</i> , 16 de noviembre de 1900, p. 3.....	176
Ilustración 6 <i>El Universal</i> , 1 de julio de 1923, p. 12 (primera sección) .....	178
Ilustración 7 <i>El Universal</i> , 1 de julio de 1927, p. 1 (segunda sección).....	179
Ilustración 8 <i>El Universal</i> , 10 de julio de 1927, p. 11 (primera sección) .....	180
Ilustración 9 <i>El Universal</i> , 2 de julio de 1944, p. 4 (primera sección) .....	182
Ilustración 10 <i>El Universal</i> , 20 de febrero de 1917, p. 4 .....	184
Ilustración 11 <i>El Universal</i> , 11 de febrero de 1917, p. 7 .....	185
Ilustración 12 <i>El Universal</i> , 12 de abril de 1900, p. 2 .....	189
Ilustración 13 <i>El Universal</i> , 21 de octubre de 1917, p. 5.....	191
Ilustración 14 <i>El Universal</i> , 8 de febrero de 1917, p. 4 .....	191
Ilustración 15 <i>El Universal</i> , 7 de julio de 1936, p. 5 (primera sección) .....	192
Ilustración 16 <i>El Universal</i> , 16 de diciembre de 1917, p. 4.....	193
Ilustración 17 <i>El Universal</i> , 23 de julio de 1934, p. 8 (primera sección) .....	193
Ilustración 18 <i>El Universal</i> , 22 de noviembre de 1916, p. 2.....	194
Ilustración 19 <i>El Universal</i> , 9 febrero de 1921, p. 13 (segunda sección) .....	195
Ilustración 20 <i>El Universal</i> , 5 de enero de 1927, p. 8 (segunda sección).....	199
Ilustración 21 <i>El Universal</i> , 11 de noviembre de 1900, p. 3.....	200
Ilustración 22 <i>El Universal</i> , 4 de enero de 1900, p. 2 (detalle).....	201
Ilustración 23 <i>El Universal</i> , 14 de enero de 1926, p. 2 (segunda sección) .....	201
Ilustración 24 <i>El Universal</i> , 12 de mayo de 1921, p. 12 (primera sección) (detalle) .....	202
Ilustración 25 <i>El Universal</i> , 3 de julio de 1927, p. 12 (primera sección) .....	203
Ilustración 26 <i>El Universal</i> , 9 de julio de 1934, p. 4 (primera sección) .....	204
Ilustración 27 <i>El Universal</i> , 12 de enero de 1949, p. 2 (primera sección).....	205
Ilustración 28 <i>El Universal</i> , 21 de mayo 1924, p. 5 (primera sección).....	205
Ilustración 29 <i>El Universal</i> , 21 de abril de 1921, p. 12 (detalle) .....	207

Ilustración 30 <i>El Universal</i> , 24 de enero de 1926, p. 4 (tercera sección) (detalle) .....	208
Ilustración 31 <i>El Universal</i> , 7 de septiembre de 1917, p. 2 .....	209
Ilustración 32 <i>El Universal</i> , 4 de octubre de 1925, p. 4 (primera sección) (detalle) .....	209
Ilustración 33 <i>El Universal</i> , 6 de julio de 1926, p. 2 (segunda sección).....	210
Ilustración 34 <i>El Universal</i> , 5 de marzo de 1918, p. 5.....	211
Ilustración 35 <i>El Universal</i> , 27 de julio de 1926, p. 2 (primera sección) (detalle).....	212
Ilustración 36 <i>El Universal</i> , 12 de enero de 1927, p. 3 (segunda sección) .....	213
Ilustración 37 <i>El Universal</i> , 4 de enero de 1931, p. 6 (primera sección).....	214
Ilustración 38 <i>El Universal</i> , 10 de julio de 1927, p. 1 (segunda sección).....	215
Ilustración 39 <i>El Universal</i> , 14 de julio de 1929, p. 5 (primera sección) .....	215
Ilustración 40 <i>El Universal</i> , 21 de julio de 1923, p. 7 (segunda sección).....	216
Ilustración 41 <i>El Universal</i> , 4 de julio de 1937, p. 8 (primera sección) .....	217
Ilustración 42 <i>El Universal</i> , 1 de enero de 1917, p. 10.....	217
Ilustración 43 <i>El Universal</i> , 6 de enero de 1917 p. 7.....	218
Ilustración 44 <i>El Universal</i> , 17 de noviembre de 1917, p. 4.....	218
Ilustración 45 <i>El Universal</i> , 4 de enero de 1946, p. 1 (primera sección).....	219
Ilustración 46 <i>El Universal</i> , 4 de enero de 1919, p. 5.....	219
Ilustración 47 <i>El Universal</i> , 27 de noviembre de 1918 p. 5.....	220
Ilustración 48 <i>Revista Médico Científica</i> , Antisifilítico de bismuto, 1930.....	220
Ilustración 49 <i>Revista Médico Científica</i> , Antisifilítico arsenical, 1930 .....	221
Ilustración 50 <i>Revista Médico Científica</i> , Antisifilítico bismútico, 1930.....	221
Ilustración 51 <i>El Universal</i> , 14 de julio de 1917, p. 10 .....	222
Ilustración 52 <i>El Universal</i> , 5 de marzo 1924, p. 5 (segunda sección).....	223
Ilustración 53 <i>El Universal</i> , 21 de agosto de 1918, p. 3 .....	224
Ilustración 54 <i>El Universal</i> , 13 de julio de 1926, p. 6 (primera sección) .....	224
Ilustración 55 <i>El Universal</i> , 10 de mayo de 1917, p. 4.....	225
Ilustración 56 <i>El Universal</i> , 11 de marzo de 1917, p. 5.....	227
Ilustración 57 <i>El Universal</i> , 7 de julio de 1918, p. 4 .....	227
Ilustración 58 <i>El Universal</i> , 3 de enero de 1947, p. 8 (primera sección).....	230
Ilustración 59 <i>El Universal</i> , 15 de julio de 1941, p. 2 (primera sección) .....	230
Ilustración 60 <i>El Universal</i> , 3 de enero de 1942, p. 2 (primera sección).....	231

Ilustración 61 <i>El Universal</i> , 7 de enero de 1942, p. 2 (primera sección).....	231
Ilustración 62 <i>El Universal</i> , 15 de enero de 1942, p. 4 (primera sección).....	231
Ilustración 63 <i>El Universal</i> , 16 de julio de 1940, p. 4 (segunda sección).....	232
Ilustración 64 Mortalidad habida en la ciudad de México en Julio de 1905. (Consejo Superior de Salubridad, 1906a: s/n) .....	250
Ilustración 65 Registro de las causas de muerte obtenidas por el médico Manuel González en Mineral del Monte, Hidalgo en 1939. Primera de cinco. (González, 1940, p. 136).....	256
Ilustración 66 Mujer B. L. (NÚMERO DE REGISTRO 35,36) responsable de la contaminación de 14 enfermos, que fueron hospitalizados para su tratamiento. (Spillmann, 1938, p. 51)..	262
Ilustración 67 <i>El Universal</i> , 11 de julio 1941, p. 9 (segunda sección) .....	263
Ilustración 68 Hoja epidemiología (Campos, 1948, p. 156) .....	265
Ilustración 69 Casos de enfermedades transmisibles en México, junio de 1958 (SSA, 1958, p. 54) .....	266



## Bibliografía

### Fuentes audiovisuales

Filcer, J. (productor) y Estrada, J. (director). (1972). *Profeta Mimí*. México: Churubusco.

Landeta, E. (productor) y Landeta, M. (directora). (1951). *Trotacalles*. México: TACMA

Negrete, D. (productor) y Rodríguez, I. (director) (1953). *Dos tipos de cuidado*. México: Cinematográfica Tele-Vox.

Pasco, M. (productor) y Fernández, A. (director). (1953). *Cuarto de hotel*. México: Atlas S. A.

Calderón, G. y Calderón, P. productores. Díaz, J. (director). (1947). *Pecadora*. México: Cinematográfica Calderón S. A.

### Fuentes primarias

AHSSA, 900-PROS, REP

AHSSA, BP, HM, Caja 2, Exp.18, 1891

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 2 Exp: 31, 1892

AHSSA, BP, EH, HM, Caja3 Exp: 22 ,1897

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 4, Exp: 6, 1900

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 4, Exp. 59, 1903-1904

AHSSA, BP, HM, Caja 10, Exp. 2, 1916

AHSSA, BP, HM, Caja 12, Exp: 7, 1917

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 14, Exp: 13, 1919

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 14, Exp: 14, 1919

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 14, Exp: 17, 1919.

AHSSA, BP, EH, HM, Caja14, Exp: 20, 1919

AHSSA, BP, EH, HM, Caja 14, Exp: 26, 1919

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 1, 1924

AHSSA, SP, P, S, Caja 9 Exp., 11, 1924-1925

AHSSA, SP, P, S, Caja 5, Exp. 12, 1924-1925

AHSSA, SP, P, S, Caja 10, Exp. 3, 1925, ff. 15-18

AHSSA, SP, P, S, Caja10, Exp. 7, 1925

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 5, 1927

AHSSA, SP, AIV, Caja 3, Exp: 9, 1929

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 11, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp. 14, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 15, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 16, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 18, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 19, 1930

AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 20, 1930  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 21, 1930  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 23, 1930  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 24, 1930  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 25, 1930  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 22, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 26, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 27, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 28, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 29, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 30, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 32, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 33, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 34, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 3, Exp: 35, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 1, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 3, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 4, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 5, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 7, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 9, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 11, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 12, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 13, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 15, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 16, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 17, 1931  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 19, 1931-1936, f. 5  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp: 19, 1933-1939  
AHSSA, SP, IAV, Caja 4, Exp. 22, 1936-1937, ff. 19-20  
AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, 1936-1941, ff. 27  
AHSSA, SP, IAV, Caja 5, Exp. 3, 1936-1941, ff. 32-34

Anónimo. (1940). Bases Reglamentarias Generales de la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3(1), 523-526.

Anónimo. (1925). Cinco dispensarios más habrá en México. *El Universal*, (3273), Primera sección, p. 5

Anónimo. (1940b). Disposiciones del Código Sanitario Federal y del Reglamento Respectivo en Relación con la Profilaxis Antivenérea. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (3), 363-365.

Anónimo. (1940). Eliseo Ramírez. *Gaceta Médica Nacional*, 71 (4), s/p.

Anónimo. (1944). Emilio del Raso. *Gaceta Médica Nacional*, 74 (4), s/p.

Anónimo. (1909a). La Beneficencia Española establece un Consultorio gratuito para averiados. *La Cruz Blanca*, 1 (11), 4.

Anónimo. (1909b). Reglamento de la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas. *La Cruz Blanca*, 1 (5), 5.

Anónimo. (1891). Estado general del número de enfermos asistidos en los Hospitales Militares durante el mes de Julio de 1891, con expresión de la mortalidad, causas de ella y enfermedades dominantes. *Gaceta Médico Militar*, 3, 30-31.

Anónimo. (1910). ¿Debe el médico negar la sífilis conyugal a una mujer honrada? *La Cruz Blanca*, (17), p. 4.

Anónimo. (1924a). Las boticas son un grave peligro para el público. *El Universal*, (2713), p. 1, primera sección.

Anónimo. (1924b). En México se hallan los charlatanes en el paraíso. *El Universal*, (2714), p. 1, primera sección.

Anónimo. (1924c). Los hospitales pasan por lamentable situación. *El Universal*, (2721), p. 8, segunda sección.

Anónimo. (1912). Gráfica de las enfermedades encontradas en los alumnos de las Escuelas Primarias del Distrito Federal en el año escolar 1910-1911. *Anales de Higiene Escolar*, 2, s/n.

Anónimo. (1911a). Número de niños separados por enfermedades infecciosas, durante el año escolar de 10 de abril de 1909 a 15 de marzo de 1910, *Anales de Higiene Escolar*, 2, 132.

Anónimo. (1911b). Reacción sencilla de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 6, 392.

Anónimo. (1944). Estebán Pous Cházaro. *Gaceta Médica Nacional*, 74 (5), s/p.

Anónimo. (1946). Francisco Bullman. *Gaceta Médica Nacional*, 76 (3), s/p.

Anónimo. (1948). Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, que aprueba el Programa para combatir las enfermedades venéreas. *Boletín Epidemiológico*, 6, 331-332.

Anónimo. (1952). Francisco P. Miranda. *Gaceta Médica Nacional*, México, 82 (6), s/p.

Abrégo, F. (1891). ¿Cuáles son las enfermedades que simula el soldado mexicano y cuáles son los medios eficaces para su reconocimiento? *Gaceta Médico Militar*, México, 3, 361-369.

Amicus. (1913). Sección de consultas. *El amigo de la juventud*, 5, 3-4

Amicus. (1914a). Sección de consultas. *El amigo de la juventud*, 11, 3-4

- Amicus. (1914b). Sección de consultas. *El amigo de la juventud*, 17, 3-4.
- Amicus. (1914c). Sección de consultas. *El amigo de la juventud*, 18, 3.
- Aparicio, A. (1949). Estudio crítico de la campaña antivenérea en México, sus antecedentes, cómo se está realizando, cuáles son sus resultados. *Gaceta Médica de México*, 79 (397), 397-437.
- Araujo, G., Avila, I., González A., y Martínez, X. (1956). Campaña Nacional contra la Mortalidad Materno Infantil. *Revista Mexicana de Pediatría*, 25 (1), 19-36.
- Arias, O. (1953). Primer decenio de la penicilina en el tratamiento de la sífilis, *Gaceta Médica de México*, 83 (2), 147-152.
- Arias, O. (1957). Un año trascendental en la enseñanza de la medicina en México. *Gaceta Médica de México*, 87 (10), 781-789.
- Arroyo, J. (1919). El laboratorio y sus aplicaciones a la Clínica. La reacción de Lange. *Gaceta Médica de México*. (1), 113-131.
- Arroyo, J. (1920). La reacción de Wassermann modificada por Noguchi. *Gaceta Médica de México*, (1), 123-124.
- Arroyo, J. (1917). La microprecipitorreacción de Kline y Young, para el diagnóstico de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 58, 70-77.
- Arroyo, J. (1929). ¿Qué valor debemos dar a los métodos serológicos en el diagnóstico de la sífilis adquirida? *Gaceta Médica de México*, 60, 1-11.
- Bandera, B. (1928). La anatomía en el ejercicio de la profesión médica. *Gaceta Médica de México*, 59, 414-420.
- Baz, G. (1922). La sífilis y el matrimonio. *El Amigo de la Juventud*, 2 (64), 2.
- Baz, G. (1947). Programa de hospitales 1940-1946. *Gaceta Médica de México*, 77 (296), 296-308.
- Brioso, A. (1920a). ¿Cuál es el mejor tratamiento de la sífilis? *Gaceta Médica de México*, 54, 531-541.
- Brioso, A. (1920b). ¿Debe ser preferido el salvarsán alemán? *Gaceta Médica de México*, 54, 271-275.
- Brun, J., Ramírez, D. y Román, A. (1942). Segundo informe sobre la arsenoterapia masiva. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 5 (1), 23-28.

Bulman, F., González J. y Calderón, A. (1908). Dictamen sobre la manera de organizar en México la lucha contra las enfermedades venéreas. *Gaceta Médica de México*, 3, 314-322.

Bustamante, M. E. (1934). La Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales como Factor de Progreso Higiénico en México. *Gaceta Médica de México*, 7-8, 179-228.

Butte, L. (1919). La profilaxis de las enfermedades venéreas (Trad. Jesús González Ureña), *La Cruz Blanca*, 1 (19), 1-3.

Calderón, A. (1909). Inconvenientes que presenta el uso de las medicinas de patente, para la curación de las enfermedades venéreas, por las simples instrucciones que contienen los prospectos que las acompañan. *La Cruz Blanca*, 1 (5), 1-2.

Campos, A., Montañó, V., y Verduzco, A. (1961). Sífilis. Algunos Aspectos de su Epidemiología en México, *Boletín Epidemiológico*, 25 (2), 68-80.

Campos, A. (1948). Un año de investigación de contactos. Centro de adiestramiento y dispensario antivenéreo "Dr. Eliseo Ramírez". *Boletín Epidemiológico*, 1948, 12 (4), 154-161.

Carrera, A. (1939). La necesidad de Educación Médica en el Público. *La Farmacia*, 1, 5-7.

Carrillo, R. (1909). La mortalidad infantil de 0 a 1 año en la Ciudad de México y sus principales causas climatológicas. *Gaceta Médica de México*, 4 (12), 826-850.

Cervera, E. (c1925a). Cómo puede afectar el resultado de la Reacción de Wassermann la presencia del amboreceptor natural anticarnero. *Gaceta Médica de México*, 2 (55), 231-245

Cervera, E. (1925b). Las nuevas orientaciones del suerodiagnóstico de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 2 (56), 244-250.

Cervera, E. (1938a). Investigación del treponema de Schaudinn, del bacilo de Ducrey y del gonococo de Neisser. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1 (1), 69-77.

Cervera, E. (1938b). Valor de las reacciones suerológicas en el tratamiento de la sífilis. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1, (1), 97-103.

Cícero, R. (1905). ¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal a la transmisión de la sífilis? *Gaceta Médica de México*, 5 (9), 112-119.

Cícero, R. (1906). Notas sobre el interesantísimo descubrimiento del microbio de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 1 (3), 108-115.

Cícero, R. (1908a). ¿Es útil divulgar los conocimientos relativos a la sífilis y á las otras enfermedades venéreas? En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles son los conocimientos que se deben divulgar, y qué medios deben emplearse para ese fin? *La Cruz Blanca*. 1 (2), 1-3.

Cícero, R. (1908b). ¿Es útil divulgar los conocimientos relativos a la sífilis y á las otras enfermedades venéreas? En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles son los conocimientos que se deben divulgar, y qué medios deben emplearse para ese fin? *La Cruz Blanca*, 1 (4), 1-4.

Cícero, R. (1908c). Sifiligrafía. La lucha contra la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 3 (5), 295-307.

Cícero, R. (1922). Algunas palabras sobre la curabilidad de la sífilis. *La Cruz Blanca*, 66, 2-3.

Cícero, R. (1931). La Teoría del Dr. Jaime Peyrí, de Barcelona, sobre el modo de Acción de los Medicamentos Antisifilíticos. *Gaceta Médica de México*, 62 (9), 406-415.

Código Civil. (26 de mayo de 1928). *Diario Oficial de la Federación*. México.

Código Sanitario de México. (9 de junio de 1926). *Diario oficial de la federación*. México.

Código Sanitario de México. (31 de agosto de 1934). *Diario Oficial de la federación*. México.

Comité Ejecutivo Nacional del Partido de la Revolución Mexicana. (1939). Segundo Plan Sexenal 1941-1946. Salubridad Pública. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 7, 645-652.

Consejo Superior de Salubridad. (1906a). Mortalidad habida en la ciudad de México en julio de 1905. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, XII (1), s/n.

Consejo Superior de Salubridad. (1906b). Productos abortados y nacidos muertos durante el mes de febrero de 1906. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*. XII (2), p. 67.

Comité Ejecutivo Nacional del Partido de la Revolución Mexicana. (1939). Segundo Plan Sexenal 1941-1946, Salubridad Pública. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 2 (7), 645-652.

Del Raso, E. (1919-1920). Suerodiagnóstico de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 1 (1), 17-28.

De la Garza. A. (1964). Instituto de Higiene. *Revista de Salud Pública de México*, 6 (6), 1155-1164.

DSP. (1940a). Decreto por el cual se previene que el certificado prenupcial deberá ser extendido en toda la República. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (4), 467-468.

DSP. (1940b). Decreto por el cual se reforman y derogan varios artículos del Código Sanitario. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (4), 463-465.

Dujardin, B. (1919). La sífilis ignorada. *Gaceta Médica de México*, 1, 183-184.

Editorial. (1908a). La cruz blanca. Se presenta al público como órgano oficial de la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas. *La Cruz Blanca*, 1 (1), 1.

- Editorial. (1908b). Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas. *La Cruz Blanca*. 1 (4), 1.
- Editorial. (1909). Precios de suscripción. *La Cruz Blanca*. 1 (10), 1.
- Editorial. (1957). Las enfermedades infecciosas de los niños en nuestros días. *Revista Mexicana de Pediatría*, 26 (2), 59-61.
- Escalona, G. (1911). Acerca[sic] de la creación de Wassermann. *La Cruz Blanca*, 1, 3-4.
- Escalona, G. (1915). Influencia de la educación en la profilaxis de las enfermedades venéreas. *La Cruz Blanca*, 19, 1.
- Escontría, M. (1927). Puericultura Prenatal. Mortalidad Infantil y Precoz y Mortinatalidad. *Gaceta Médica de México*, 58 (11), 709-723.
- Espinosa, I. (1925). La mortalidad de la primera infancia en México, sus causas y remedios. *Gaceta Médica de México*, 2, 817-835.
- Fernández, F. (1952). El Hospital de San Lázaro (1571-1862). *Gaceta Médica de México*, 82 (2), 87-105.
- Fernández, F. (1955). La Academia y Charles Nicolle. *Gaceta Médica de México*, 85 (2) 285-298.
- Fournier, A. (1906). *Traité de la Syphilis*. Paris: J. Rueff Ed.
- García, F. y Carboney, C. (1959). Adiestramiento de Personal, *Boletín Epidemiológico*, 1, 28-32.
- Gayón, J. (1892). Examen bacteriológico del pus. *Gaceta Médica de México*, 27 (5), 164-175.
- Gayón, J. (1893). Estudios del chancro blanco. *Gaceta Médica de México*, 29 (91), 91-93.
- Gayón, J. (1896). Algunos datos relativos á la profilaxia de las enfermedades venéreas y sifilíticas. *Gaceta Médica de México*, 33 (14), 14-22.
- Gayón, J. (1897). Sifilografía. Nota acerca del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de calomel. *Gaceta Médica de México*, 34, 105-111.
- Gayón, J. (1907). Nuevo Método de coloración de los spiroquetos de Schaudinn. *Gaceta Médica de México*, 2, 236-237.
- Gayón, J. (1910). La sero-reacción de Wassermann. *Gaceta Médica de México*, 5, 208-212.

Gayón, J. (1912). El “Salvarsán” no cura la sífilis si se emplea por poco tiempo y no se le asocia el tratamiento mercurial. *Gaceta Médica de México*, 7, 553-556.

González, J. (1909). Reseña de los trabajos ejecutados por la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral, durante el primer año de su existencia, comprendido entre el 25 de julio de 1908 e igual fecha de 1909. *La Cruz Blanca*. 1 (10), 1-2.

González, M. (1940). Informe de los trabajos de Exploración Sanitaria llevados a cabo en el Ramo de Higiene Maternal e Infantil en el Mineral del Monte, Estado de Hidalgo. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (1), 119-138.

Granillo, R. (1940). Aspecto demográfico de los Estados Unidos Mexicanos. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (3), 333-346.

González, S. (1926). La enseñanza de la medicina en la República (Ensayo crítico). *Gaceta Médica de México*, 57 (1), 67-77.

Gutierrez, L. (1945). Diagnóstico de la sífilis infantil por los métodos de laboratorio. *Revista Mexicana de Pediatría*, 14 (3-4), 57-63.

Gutiérrez, T. (1920). Sobre la linfocitosis sanguínea en los sifilíticos. *Gaceta Médica de México*, 1 (1), 29-56.

Iglesias, M. (1898). Breves consideraciones acerca de la mortalidad infantil. *Gaceta Médica de México*, 35, 381-390.

Janet, J. (1931). *Diagnóstico y tratamiento de la blenorragia en el hombre y la mujer*. Barcelona: Salvat Editores.

Jeanselme y Sézary, A (1936). *Manual de sifilografía y de las enfermedades venéreas*. Barcelona: Salvat Editores.

Jurado y Gama, E. (1892). Algunas consideraciones sobre la profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas en el ejército. *Gaceta Médico Militar*, Tomo 4, 176-185.

Landa, E. (1910). La influencia del charlatanismo en la propagación de las enfermedades venéreas. Las medicinas de patente y los diversos procedimientos para curar la esterilidad y la impotencia. Los medios de evitar la procreación. *La Cruz Blanca*, 1 (16), 2-6.

Landa, E. (1916). El Instituto Médico Nacional ha desaparecido. *Gaceta Médica de México*, 11 (20), 196-202.

Landa, E. (1932). Tres nombres ilustres en la historia de la medicina: Schaudinn, Wassermann y Ehrlich. *Gaceta Médica de México*, 63, 115-123.

Lavalle, E. (1912). La educación precoz. *La Cruz Blanca*, 31, 1-3.

Lavalle, E. (1914). El Hospital "Morelos" y la inspección de sanidad. *Gaceta Médica de México*, 9, 323-330.

Leguía F. (1872). Accidentes sifilíticos secundarios y terciarios. *Gaceta Médica de México*, 7 (2), 91-96.

Levaditi, C. y Roché, J. (1909). *La syphilis. Experimentation. Microbiologie. Diagnostic*. Paris: Masson et C' Editeurs.

Liceaga, E. (1910). El No. 606, método de Ehrlich para la curación de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 5, 505-517.

León, N. (1961). El doctor Miguel Otero y su obra. *Revista de Salud Pública*, 3 (2), 323-326.

Márquez, M. (1909). La profilaxis implica enseñanza previa. *La Cruz Blanca*, 5, 3-4.

Martínez, D. (1909). Higiene. *La Cruz Blanca*, 5, p. 6

Mejía, D. (1878). Clasificación de las enfermedades según la mayor mortalidad. *Gaceta Médica de México*, 29, s/p.

Mejía, D. (1879). Mortalidad en México. Memoria de concurso premiada por la Academia de Medicina. *Gaceta Médica de México*, 14, 273-301.

Miranda, F. P. (1927). El análisis químico de la sangre, su importancia en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades. *Gaceta Médica de México*, 58 (8), 496- 533.

Morán, E. (1940). Los laboratorios y la repercusión de la Guerra Europea en México. *La Farmacia*, 17, 236-241.

Muñoz, J. (1945). Valorización de los elementos clínicos para el diagnóstico de la sífilis infantil. *Revista Mexicana de Pediatría*, 14 (1-2), 36-39.

Ochoa, A. (1913). Educación sexual. Conversaciones sobre asuntos sexuales con los niños. *El amigo de la juventud*, 4, 1-2.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (Décima Revisión). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Otero, A. (1910). Acerca del "Suero-diagnóstico de la sífilis". *Gaceta Médica de México*, 5, 162-173.

Pardo, V. (1925). De todas partes. Información científica. El valor de las sales de bismuto en el tratamiento de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 2, 614-619.

- Portillo, L. (1909) Estudio de las diversas modalidades del contagio indirecto de la sífilis. *La Cruz Blanca*, 12, 2-6.
- Pruneda, A. (1929). Higiene y educación. *Gaceta Médica de México*, 60 (4), 137-144.
- Pruneda, A. (1927). La primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad. *Gaceta Médica de México*, 58 (3), 146-152.
- Pruneda, A. (1936). El médico y la educación sexual. *Gaceta Médica de México*, 66 (35), 35-48.
- Pruneda, A. (1936). El nuevo Código Sanitario. *Gaceta Médica de México*, 66 (20), 395-405.
- Puig, M. (1938). Infección Sifilítica Temprana del Sistema Nervioso en Gran Número de Asiladas del Hospital Morelos. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1 (2), 67-69.
- Ramírez, E. (1926). El examen bacteriológico es indispensable para diagnosticar la naturaleza de los flujos vaginales. *Gaceta Médica de México*, 57 (1), 26-28.
- Ramírez, E. (1931). El valor de la certidumbre científica. *Gaceta Médica de México*, 62 (12), 520-530.
- Ramírez, E. (1940). El Departamento de Salubridad Pública frente al problema contra las enfermedades venéreas. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (4), 377-387.
- Reyes, J. M. (1874). Estudio sobre la prostitución en México. *Gaceta Médica de México*, 9 (23), 445-457.
- Reyes, J. M. (1878). Higiene Pública. Mortalidad de la niñez. *Gaceta Médica de México*, 13 (29), 377-385.
- Reyes, F. (1938). El Mercurocromo 220, Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluoresceína por la Vía Endovenosa como Anti-luético. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1 (2), 71-74.
- Río de la Loza, M. (1890a). De algunas dificultades en el despacho farmacéutico y de la necesidad de procurar el mejoramiento de esta facultad. *La Farmacia*, 2, 5-18.
- Río de la Loza, M., (1890c). De la autonomía farmacéutica. *La Farmacia*, 9, 126-129.
- Río de la Loza, M. (1890b). Limitación de Boticas. *La Farmacia*, 5, 62-67.
- Rodríguez, A. (1891a). Profilaxis de las afecciones venéreo-sifilíticas en el ejército. *Gaceta Médico Militar*, 3, 193-203.
- Rodríguez, A. (1891b). Profilaxis de las afecciones venéreo-sifilíticas en el ejército. *Gaceta Médico Militar*, 3, 225-228.

Roumagnac, C. (1904). *Los criminales en México*. México: Tipología El Fénix.

San Juan, N. (1880). Blenorragia anal. *Gaceta Médica de México*, 15 (9), 193-200.

Sección de la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil. (1955). Boletín No. 6 Vigilancia prenatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 4, 358-360.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1947). Casos y defunciones por enfermedades transmisibles durante agosto, por entidades. *Boletín Epidemiológico*, 4, 159.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1948). Primera evaluación de las técnicas para el serodiagnóstico de la sífilis, practicada en los laboratorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Boletín Epidemiológico*, 6, 273-280.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1958a). Casos y coeficientes de Enfermedades Transmisibles en la República Mexicana, durante el año de 1958, *Boletín Epidemiológico*, 1, 37.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1958b). Casos de enfermedades transmisibles en la República Mexicana, por entidades federativas, durante el mes de junio de 1958. *Boletín Epidemiológico*, 2, 56.

Sézary, A. (1937). *Le traitement de la syphilis*. Paris: Masson et C' Editeurs.

Soto, J. (1938). 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*, 1 (2), 51-66.

Soto J. (1949). Trabajo de Concurso. Estudio crítico de la Campaña Antivenérea en México. Sus antecedentes. Como se esta realizando. Cuáles son sus resultados. *Gaceta Médica de México*, 79 (140), 140-181.

Spillmann, A. (1938). Cuarta encuesta epidemiológica efectuada para descubrir los portadores de gérmenes sifilíticos virulentos. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 11 (1), 50-52.

Uhlenhuth, P. y Mulzer, P. (1913). La infecciosidad de las mujeres sifilíticas. *La Cruz Blanca*, 7, 1.

Urrutia, M. (1940). Defectos en que ha caído la práctica actual de la Medicina. *La Farmacia*, 18, 257-258.

Uruchurtu, G. (1941). Labor de la Oficina Técnica de Educación Higiénica. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 4 (1 y 2), 15-30.

Vargas, E. (1892). Sífilis hereditaria tardía en un niño de tres años y medio. *Gaceta Médica de México*, 27 (8), 304-312.

Velazco, I. (1873). Polipos mucosos nasales. Sostenidos probablemente por un vicio sifilítico. *Gaceta Médica de México*, 8 ( 7), 105-108.

Vasconcelos, J. (1925). Microbios y toxinas. *El Universal*, (2996), 1ra sección, p. 3.

Vigil, C. (1938a). Diagnóstico y Tratamiento del Chancro Blando, por Suspensiones de Bacilo de Ducrey Aislado en México. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1 (3), 69-80.

Vigil, C. (1938b). La nueva legislación antivenérea. Colaboración de la Oficina General de la Campaña Antivenérea. *Boletín de Salubridad e Higiene*. 1 (3), 129-141.

Villela, E. (1938). Epidemiología práctica de la sífilis. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 1 (1), 45-49.

Villela, E. (1940). Un documento histórico. Nueva Legislación Antivenérea. *Boletín de Salubridad e Higiene*, 3 (4), 457-461.

Whipple, D. y Dunham, E. C. (1941a). Sífilis congénita. Parte primera (Trad. Dr. Pedro Martínez). *Revista Mexicana de Pediatría*, 11 (4), 157-175.

Whipple, D. y Dunham, E. C. (1941b). Sífilis congénita. Parte segunda. (Trad. Dr. Pedro Martínez). *Revista Mexicana de Pediatría*, 11 (5), 191-216.

## Fuentes secundarias

Aboites, L. y Loyo, E. (2010). La construcción del nuevo Estado, 1920-1945. En *Nueva Historia General de México* (p. 595-651). México: COLMEX.

Agostoni, C. (2005a). Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología (ciudad de México, siglos XIX a XX). En C. Agostoni y E. Speckman (Eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)* (p. 167-192). México: UNAM.

Agostoni, C. (2005b). <<Que no traigan al médico>>. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX-XX). En C. Sacristán y P. Picatto (Coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México* (p. 97-120). México: Historia Política-UNAM-Instituto Mora.

Agostoni, C. (2007). Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, 33, 89-120.

Agostoni, C. y Ríos, A. (2010). *Las estadísticas de la salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-1910*. México: UNAM-Secretaría de Salud.

Agostoni, C. (2010). Alfonso Pruneda. En L. Ludlow y M. E. Vázquez (Coords.), *200 emprendedores mexicanos. La construcción de una Nación* (pp. 585-589). México: LID.

Aguilar, R. (2015). "Los albores de la penicilina en México". *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*. (62), 242-270.

Alfaro, P. G. (2010). *Panamericanismo y salud pública. Cooperación Estados Unidos-América Latina: El centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz* (Tesis de Maestría). México: UNAM.

Almady, G. y Granados G. (2013). Sífilis venérea. La plaga silenciosa. Nueva España, siglos XVII y XVIII. En Molina, A. Marquéz, L y Pardo, C. *El miedo a morir. Endemias, epidemias y pandemias en México: un análisis de larga duración*, pp. 397-414. México: CIESAS, BUAP, Instituto Mora y CONACYT.

Alvarez, J., Bustamante, M. y López, A. (1960). *Historia de la salubridad y asistencia en México, desde 1910 hasta 1960*. Tomo II. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Atondo, A. M. (1992). *El amor venal y la condición femenina en el México Colonial*. México: INAH.

Baldwin, P. (1999). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Los Angeles: University of California.

Barbosa, M. (2013). Los empleados públicos 1903-1931. En C. Illades y M. Barbosa (Coords.), *Los trabajadores de la ciudad de México 1860-1950. Textos en homenaje a Clara E. Lida* (p. 117-154). México: COLMEX.

Barrón, G. (2010). El baile de los 41: la representación de lo afeminado en la prensa porfiriana. *Historia y Grafía*, 34, 47-76.

Birn, A. E. (1996). Public health or public menace? The Rockefeller Foundation and public health in Mexico, 1920-1950. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 7 (1), 35-55.

Birn, A. E. y Solórzano, A. (1999). Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s, *Social Science & Medicine*, 49, 1197-1213.

Birn, A. E. (2006). *Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. Nueva York: University of Rochester Press.

Bliss, K. E. (2003). Between Risk and Confession: State and Popular Perspectives of Syphilis Infection in Revolutionary Mexico. En D. Armus (Ed.), *Disease in the History of Modern Latin America. From Malaria to AIDS* (p. 183-207). USA: Duke University Press.

Brandt, A. (1985). *No Magic Bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York: Oxford University Press.

Brandt, Allan. (1988). The syphilis epidemics and its relation to AIDS. *Science*, 239 (4838), 375-380.

Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

Bynum, W. (2007). *The History of Medicine. A Very Short Introduction*. Nueva York: Oxford University Press.

Calderón, R. (2007). *Curso de Métodos Físicoquímicos en Biotecnología*. México: UNAM. (Revisado el 15 de julio de 2017 en [http://www.ibt.unam.mx/computo/pdfs/met/inmunoquimica.pdf\\_old](http://www.ibt.unam.mx/computo/pdfs/met/inmunoquimica.pdf_old).)

Calva, E. y Mendoza S. (2006). Ernesto Cervera Berrón. *Revista de Sanidad Militar*, 60 (6), 436-439.

Cano, G. (2006). Inocultables realidades del deseo. Amelio Robles, masculinidad (transgénero) en la Revolución Mexicana. En G. Cano, M.K. Vaughan y J. Olcott. (Coords.). *Sexo y revolución. Género, poder y políticas en el México posrevolucionario*. (pp. 61-90) México: FCE.

Carrillo, A. (2001a). La patología del siglo XIX y los institutos nacionales de investigación médica en México. *LABORAT-acta*, 13 (1), 23-31.

Carrillo, A. (2001b). Los comienzos de la bacteriología en México. *Elementos: Ciencia y cultura*, 42, 23-27.

Carrillo, A. (2001c). Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México. *Gaceta Médica de México*, 137 (4), 361-369

Carrillo, A. (2002). Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios sanitarios de salud. En A. Carrillo, G. Fajardo y R. Neri. *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002* (pp. 17-66). México: OPS, UNAM, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina.

Carrillo, A. (2005). ¿Estado de peste o estado de sitio? Sinaloa y Baja California 1902-1903. *Historia Mexicana*, 54 (4), 1049-1103.

Carrillo, A. (2009). Del miedo a la enfermedad al miedo a los pobres: la ucha contra el tifo en el México porfirista. En E. Speckman, C. Agostoni y P. Gonzalbo. (Coords.) *Los miedos en la historia* (pp. 113-147). México: COLMEX-UNAM.

Carrillo, A. (2010). Control sexual para el control social. La primera campaña contra la sífilis en México. *Espaço Plural*, 12 (22), 65-77.

- Carrillo, A. (2012). La influencia de la bacteriología francesa en la mexicana en el periodo de su institucionalización. *Quipu*, 14 (2), 193-219.
- Carrillo, A. (2014). Entre dentro y fuera: el Hospital Morelos para prostitutas enfermas. En P. Gonzalbo. (Ed.) *Espacios en la historia. Invención y transformación de los espacios sociales* (pp. 377-404). México: COLMEX.
- Castañeda, G. (2012). El Instituto Patológico Nacional 1899-1914. *Ciencia, Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 63 (2), 18-25.
- Cházaro, L. (2004). Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros en los obstetras del siglo XIX en México. *DYNAMIS. Acta Hips. Med. Sci. Hist.*, 24, 27-51.
- Cházaro, L. (2005). Reproducción y muerte de la población mexicana: Cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines del siglo XIX. En C. Agostoni y E. Speckman, *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)* (pp. 55-81). México: UNAM.
- Cházaro, L. (2018). Clínica y laboratorio: Políticas para la constitución material de la medicina en el siglo XIX. En M. Achim, L. Cházaro y N. Valverde, *Piedra, papel y tijera: instrumentos en las ciencias en México* (pp. 151-181). México: UAM.
- Colin, J. (1996). The Great Chain of Buying: Medical Advertisement, the Bourgeois Public Sphere, and the Origins of the French Revolution. *The American Historical Review*, 101 (1), 13-40.
- Corbin, A. (1981). L'hérédo-syphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide. *Romantisme*, 31, 131-150.
- Crary, J. (2008a). *Las técnicas del observador*. Murcia: CENDEAC.
- Crary, J. (2008b). *Suspensiones de la percepción*. Madrid: AKAL.
- Cuéllar, J. T. (1979). *Baile y cochino. Ensalada de pollos. Los fuereños*. México: Promexa.
- Cuevas, C. (2006). *La investigación biológica y sus instituciones en México entre 1868 y 1929*. (Tesis doctoral). México: UNAM.
- Cuevas, C. (2007). Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921). *Historia Mexicana*, 57 (1), 53-89.
- Daston, L. (Ed.). (2000). *Biographies of scientific objects*. Chicago: University of Chicago.
- Daston, L. (2012). *Breve historia de la atención científica*. Ciudad de México: La Cifra.
- Daudet, A. (2003). *En la tierra del dolor*. Barcelona: Alba Editorial.

De Cuéllar, T. (2015). *Ensalada de pollos. Baile y cochino*. México: Porrúa.

De Garay, A. (1960). En memoria del doctor Ángel Gaviño. *Revista de Salud Pública*, 2 (4), México, 899-903.

De Gortari, E. (1963). *La ciencia en la historia de México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dumit, J. (2004). *Picturing Personhood*. Princeton: Princeton University Press.

Estrada, R. (1998). Entre la tolerancia y la prohibición de la prostitución: el pensamiento del higienista Parent Duchâtelet. En J. Pérez. (Coord.). *México Francia: Memoria de una sensibilidad en común. Siglos XIX-XX*. Vol. 1. (pp. 307-329). México: BUAP-Colegio de San Luis.

Estrada, R. (2004). Entre Ricord y Fournier: la polémica de los médicos sobre la utilización del mercurio en los tratamientos de la sífilis. En J. Pérez y C. Cramausse. (Coords.). *México Francia: Memoria de una sensibilidad en común. Siglos XIX-XX*. Vol. II. (pp. 291-315). México: BUAP, COLMICH, CEMCA.

Estrada, R. (2005). La inevitable lujuria masculina, la natural castidad femenina. En L. Cházaro y R. Estrada (Eds.), *En el umbral de los cuerpos* (p. 117-144). México: COLMICH-BUAP-ICSH.

Estrada, R. (2006). L'émission «opaques» de la photographie de prostituées, le Mexique de l'Empire a la Révolution. *Nouveau Monde, Mondes Nouveaux*. Consultado en <https://journals.openedition.org/nuevomundo/1975> el 20 de octubre de 2019.

Estrada, R. (2007a). La lucha por la hegemonía francesa en la medicina mexicana: el caso de los medicamentos para combatir la sífilis. *Nouveau Monde, Mondes Nouveaux*. Consultado en <https://journals.openedition.org/nuevomundo/3115> el 20 de octubre de 2019.

Estrada, R. (2007b). ¿Público o privado? El control de las enfermedades venéreas del Porfiriato a la Revolución. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, 33, 33-56.

Estrada, R. (2011). Crimen, disección y metáfora: el caso de la Venus Negra. En L. Cházaro y F. Gorbach. *Devoción y silencios: mujeres en el México de finales del siglo XIX*. Consultado en <https://journals.openedition.org/nuevomundo/61060> el 20 de octubre de 2019.

Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.

Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. México-Madrid: Ed. La Piqueta

Foucault, M. (1995). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2005a). *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2005b). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. México: FCE.

Foucault, M. (2006a). *Seguridad, territorio y población*. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2006b). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2006c). *Genealogía del racismo*. Argentina: Editorial Caronte.

Foucault, M. (2007). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós

Foucault, M. (2010). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2017). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

García, A. (2019). Historia del sifilítico marido de una feminista. *Secuencia* (104), mayo-agosto. Recuperado en <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i104.1601> (12 de marzo de 2019).

Godínez, R. y Aceves, P. (2014). El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940), *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45 (2), 55-68.

Godínez, R. y Aceves, P. (2012). La regulación del medicamento industrial en México (1926-1937), *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 43(1), 49-57.

Godínez, R. (2012). Los primeros medicamentos químicos en México (1917-1940). *Boletín de la Sociedad Química de México*, 6(1), 8-14.

González, F. (2007). *Prevención de la herencia patológica; intento, utopía y materialización de la vigilancia média del matrimonio en el derecho civil mexicano (1870-1930)*. (Tesis doctoral). México: UNAM.

González, J. (2005). *La farmacia en la historia. La historia de la farmacia: una aproximación desde la ciencia, el arte y la literatura*. Barcelona: La Unión Libros.

Gudiño, M. R. (2009). *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960. Del papel a la pantalla grande*. (Tesis doctoral). México: COLMEX.

Gudiño, M. R. (2010). *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010*. México: CIESAS-Secretaría de Salud.

Gudiño, M. R. (2009). Salud para las Américas y Walt Disney: cine y campañas de salud en México, 1943-1946. En A. Azuela y G. Palacios (Coords.), *La mirada mirada: transculturalidad e imaginarios del México revolucionario, 1910-1945* (p. 179-203). México: COLMEX-UNAM.

Hacking, I. (1991). *La domesticación del azar*. Barcelona: Gedisa.

Hacking, I. (2001). *¿La construcción social del qué?* Barcelona: Paidós.

Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. Cambridge: Harvard University Press.

Hall, L. (2013). *Sex, gender and social change in Britain since 1880*. China: Palgrave-MacMillan.

Haraway, D. (1996). *Ciencia, ciborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra-Universidad de Valencia-Instituto de la mujer.

- Haraway, D. (2004). *Testigo: Modesto @ Segundo Milenio. Hombre Hembra @ \_ Conoce \_ Oncoración®*. Barcelona: Editorial UOC.
- Harding, S. (1986). *The Science Question in Feminism*. Nueva York: Cornell University Press.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ingraham, J.L. e Ingraham, C.A. (1998). *Introducción a la microbiología*. Barcelona: Ed. Reverté.
- Iversen, L. (2001). *Una brevísima introducción a los medicamentos*. México: Editorial Océano.
- Jones, R. M. (1960). Mexican Sexology and Male Homosexuality. En V. Fuechtner, E.D. Haynes y R. Jones. *A Global History of Sexual Science 1880-1960*. (pp. 232-257). USA: University of California Press.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*. Barcelona: Editorial Labor.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Latour, B. (2000). On the partial existence of existing and nonexisting objects. En L. Daston (Ed.), *Biographies of scientific objects* (p. 247-268). London-Chicago: Chicago University of Chicago.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción social del sexo*. Madrid: Cátedra.
- Law, J. (Ed.) (1991), *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. Londres- Nueva York: Routledge.
- Leitner, R., Körte, C., Edo, D. y Braga, M. (2007). Historia del tratamiento de la sífilis. *Revista Argentina de Dermatología*. 88(1), 6-19.
- Lemos, A. (2009). *La Escuela Nacional de Ciencias Biológicas*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Levine P. (1996). Rereading the 1890's: Venereal disease as <<constitutional crisis>> in British India. *The Journal of Asian Studies*, 55(3), 585-612.
- López, C. (2002). De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia (C. 1750-C. 1870). *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, 23 (91), 235-278.
- Magnello E. y Hardy, A. (Eds.). (2002). *The Road to Medical Statistics*. New York: Ed. Rodopi.
- Marquéz, L. y Meza Margarita (2015). Sífilis en la Ciudad de México: análisis osteopatológico. *Cuicuilco*, (63), 89-124.

Mazumdar, P. M. (2003). In the Silence of Laboratory': The League of Nations Standardizes Syphilis Tests. *Social History of Medicine*, 16 (3), 437-459.

Monsiváis, C. (2002). Los gays en México: la fundación, la ampliación, la consolidación del guetto. *Debate Feminista*, 13 (26), 89-115.

Moreno, H. y Alcántara E. (2018). *Conceptos clave en los estudios de género*. Volumen 2. México: UNAM.

Neefs, H. (2004). The introduction of diagnostic and treatment innovations for syphilis in post-war VD policy. *DYNAMIS*, 24, 93-118.

Nelkin, D. (1990). *La ciencia en el escaparate*. Madrid: FUNDESCO.

Nicoll, A. y Hamers, F. F. (2002). Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMG*, 324, 1324-1327. Revisado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123279/> el 15 de mayo de 2019.

Núñez, F. (2002a). *La prostitución y su representación en la ciudad de México (S. XIX). Prácticas y representaciones*. Barcelona: Gedisa.

Núñez, F. (2002b). Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico. En L. Cházaro (Ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX* (p. 263-293). México: COLMICH-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Núñez, F. (2004). París México: un mismo combate. La sífilis contra la civilización. En J. Pérez y C. Cramaussel. (Coords.). *México Francia: Memoria de una sensibilidad común. Siglos XIX-XX*. Vol. II (pp. 271-289). México: BUAP, COLMICH, CEMCA. Consultado en <https://books.openedition.org/cemca/853?lang=es> el 20 de octubre de 2019.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Vol. 1. E.U.A: PRO-SALUTE-OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*. Suiza: OMS.

Ortiz, J. (2003). *Imágenes del deseo*. México: UNAM

Pérez, V. y Sánchez, J. (1997). *La evolución de la farmacia en México*. México: UNAM.

Porter, R. (1989). *Health for sale: Quackery in England, 1660-1850*. Gran Bretaña: Manchester University Press.

Porter, R. (1995). *Disease, medicine and society in England, 1550-1860*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: Fontana Press.
- Porter, R. (Ed.) (1985). *Patients and practitioners. Lay perception of medicine in pre-industrial society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Porter, T. M. (1986). *The Rise Of Statistical Thinking*. New Jersey: Princeton University Press.
- Porter, T. M. (1995). *Trust In Numbers*. New Jersey: Princeton University Press.
- Porter, T. M. (200). Life, insurance, medical testing, and the management of mortality. En L. Daston (Ed.), *Biographies of scientific objects* (p. 226-245). London-Chicago: University of Chicago.
- Priego, N. (2009). *Ciencia, historia y modernidad: la microbiología en México durante el Porfiriato*. Madrid: CSIC.
- Priego, N. (2002). *Difusión e institucionalización de la microbiología en México 1888-1945* (Tesis de maestría). México: UNAM.
- Prieto, G. (2011). *Memoria de mis tiempos*. México: Porrúa.
- Pulido, G. (2016). *El mapa "rojo" del pecado. Miedo y vida cotidiana en la ciudad de México 1940-1950*. México: INAH.
- Quérel, C. (1992). *History of syphilis*. Cambridge: Polity Press.
- Rivera-Garza, C. (2001). The criminalization of the syphilitic body: prostitutes, health crimes and society in Mexico City, 1867-1930. En C. Aguirre, R.D. Salvatore y G. M. Joseph (Eds.), *Crime and Punishment in Latin America. Law and Society Since Late Colonial Times* (p. 147-180). USA-London: Duke University Press.
- Rodríguez, Ana C. (2018). *Academia, pasado y presente. Expresidentes*. México: CONACYT-PERMANYER México.
- Rodríguez, J. (1983). La Escuela de Salud Pública de México, *Salud Pública de México*, 25 (5), 505-508.
- Rosenberg, C. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rusnock, A. (2002). The merchant logik: numerical debates over smallpox inoculation in eighteenth century England. En Magnello E. y Hardy, A. (Eds.). *The Road to Medical Statistics* (pp. 37-54) New York: Ed. Rodopi.

- Saldaña, J, y N. Priego. (2005). Entrenando a los cazadores de microbios de la república: la domesticación de la microbiología en México. En J. Saldaña, *La casa de Salomón en México: estudios sobre la institucionalización de la docencia y la investigación científica* (P. 283-304). México: UNAM.
- Sánchez, L. (2018). Instrumentos, producción y poder. Los instrumentos industriales. En L. Cházaro, M. Achim y N. Valverde (Eds.) *Piedra, papel y tijera: Instrumentos en las ciencias en México*, pp. 321-344. México: UAM-Cuajimalpa.
- Scarry, E. (1985). *The Body in Pain. The Making And Unmaking Of The World*. Oxford: Oxford University Press.
- Scarry, E. (1994). *Resisting Representation*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: FCE-UACM.
- Schifter, L. y Aceves. P. (2016). Los farmacéuticos y la química en México (1903-1919): prácticas, actores y sitios, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 51, 72-91.
- Sontag, S. (2011). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. México: DeBolsillo.
- Star, S. (1991). Power and the phenomenology of conventions: on being allergic to onions. En J. Law (Ed.), *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination* (p. 26-55). Londres- Nueva York: Routledge.
- Tenorio, M. (2010). De piojos, ratas y mexicanos. *Istor*, 41, 3-66.
- Thompson, E. P. (1995). *Costumbres en común*. Barcelona: Grijalbo-Mondadori.
- Torres-Barrera, S. y Zambrano, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México, *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18 2), 105-110.
- Torres, A. (2011). *Las cloacas de la ciudad. La prostitución y el Proyecto de Reglamento para la Policía de las Costumbres del Gobierno del Distrito Federal, 1881* (Tesis de licenciatura). México: ENAH.
- Toussaint, F. (1984). *Escenario de la prensa en México*. México: Universidad de Colima-Fundación Manuel Buendía.
- Treviño, A. (2014). *Cien cincuenta años de la Academia Nacional de Medicina a través de los In Memoriam*. México: Editorial Prado, ANM, CONACYT.
- Urquiza, F. (1971). *Memorias de campaña*. México: FCE-SEP.
- Valdés, C. (2015). Sífilis y el secreto médico en México. Del Porfiriato a la Revolución. *Fuentes Humanísticas*, 29 (51), pp. 87-108.

Vázquez, F. (2009). *La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España, 1600-1940*. Madrid: Akal.

Viesca, C. (Coord.). (2014). *La Academia Nacional de Medicina en México. 150 años de actividad ininterrumpida*. México: Academia Nacional de Medicina-Intersistemas-CONACYT.

Weber, M. (1969). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Ediciones Península.

Yebénes, Z. (2018). Heterosexualidad. En H. Moreno y E. Alcántara. *Conceptos clave en los estudios de género*. Volumen 2. (pp. 123-135) México: UNAM

Zavala, M. (2015). *La lucha antivenérea en México, 1926-1940* (Tesis doctoral). México: COLMEX.