

La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General de la Castañeda

Ma. Blanca Ramos de Viesca*

Summary

Progressive general paralysis, one of the most serious forms of cerebral neurosyphilis, disappeared when penicillin was discovered. The history of penicillin began in 1929, when Fleming observed the action of the *penicillium notatum* against bacterian growing in cultures. By the middle of the Second World War researchers looked for a laboratory interested in the massive production of penicillin. Finally, Edler established and equipped 21 productive plants in the United States.

In December 1943, the journal *Venereal Disease Information* reported the first results of penicillin efficacy observed in four sailors infected with syphilis. The evolution of syphilis was divided in to three periods; in the thirddone, the treponema injures the whole body and in 8 of 10 cases the nervous system is attacked. Neurosyphilis produced nervousness, irritability, laxness, phobias, insomnia, neuralgia, memory loss, paresis, personality alterations, lack of sensibility, reduction of the libido, conduct disturbance, dysarthria, dementia and the decline of the whole organic body.

Between January 1886 and January 1890, 767 patients were admitted at the San Hipolito Hospital, from which 24 were diagnosed with progressive general paralysis; 50% died of cerebral congestion and weakness. In this Century, in 1944, 65% of the organic neurological patients of the Chicago Country Hospital were syphilitic; at the Social Security hospitals of Mexico there were 22%; in the Mayo Clinic, of the United States, the percentage was 4% for syphilis, and from those, between 65 and 78% had neurologic manifestations; at the 11th Social Security Clinic (Mexico), from 10,000 patients, 3.9% were syphilitic, and 77% of them had neurosyphilis. The high demand from syphilitic patients forced the Castañeda Mental Hospital staff to create pavilions for neurosyphilitic men and women in the early 20's and to its enlargement in 1927. In 1933 the drugs used in syphilitic patients at the Castañeda Mental hospital were potassium permanganate, yellow mercury oxide, bismute subnitrate and carbonate, potassium chlorate, calomel, neosalvarsan, mercury cyanide or biyodure, acetilarsan, quinine sulphate, potassium and sodium bromure. In a letter dated November 28, 1944, doctor Manuel Guevara Oropesa, expressed his interest in penicillin after assisting to the Penicillin Convention at St. Louis Missouri. He suggested using penicillin for certain neurosyphilitic cases at the Castañeda. Penicillin application began in January 1945, and in April, the Experimental Commission for the Study and Research of Penicillin at the Castañeda Mental Hospital was established. This commission was formed by doctors Leopoldo Salazar, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropesa and Edmundo Buentello. In September 1945, penicillin was integrated to the basic farmaceutic chart of the Castañeda Mental Hospital.

In 1958, from 3007 patients of the Mental Hospital, only 164 had neurosyphilis. From the acumulated experience, it was determined that penicillin was better than any other drug employed before in the treatment of syphilis. After using penicillin for 50 years, there are no more documented demential or delirious cases of syphilitic origin in the psychiatric pavilions.

Key words: Syphilis, Castañeda Mental Hospital, penicillin, general progressive paralysis.

Resumen

La parálisis general progresiva, una de las formas más graves de la neurosífilis cerebral, se extinguió cuando se descubrió la penicilina. La historia de la penicilina empezó en el año de 1929, cuando Fleming descubrió la acción del *penicillium notatum*. En plena Segunda Guerra Mundial se buscó un laboratorio interesado en la producción masiva de penicilina. Finalmente, Edler logró establecer y equipar 21 plantas productoras en los Estados Unidos.

En el mes de diciembre de 1943, en la revista *Venereal Disease Information*, se dieron a conocer los resultados del primer estudio clínico de la eficacia de la penicilina en cuatro marineros infectados con sífilis. La sífilis se dividía en tres periodos según su evolución. En el terciario el treponema atacaba cualquier parte del organismo y se sabía que en 8 de cada 10 casos se afectaba el sistema nervioso central. En la neurosífilis se podían encontrar varios síntomas neurasténicos, como nerviosismo, irritabilidad, laxitud, fobias, insomnio, neuralgias, pérdida de la memoria, parestias, alteración de la personalidad, disminución de la sensibilidad, reducción de la libido, trastornos de conducta, disartria, cuadro demencial y decaimiento general de la funciones orgánicas. En el periodo comprendido entre enero de 1886 a 1890, ingresaron 767 sujetos al hospital de San Hipólito, de los cuales 24 fueron diagnosticados con parálisis general progresiva; 50% falleció por congestión cerebral y agotamiento. En este siglo, 65% de los enfermos neurológicos orgánicos del *Cook Country Hospital*, de Chicago, en el año de 1944, eran neurosífilíticos; en el Seguro Social de México, la población se calculaba en 22%, y en la Clínica Mayo, de los Estados Unidos, el porcentaje era 4% de sífilis y del 65 al 78% de manifestaciones neurológicas. En la Clínica 11 del Seguro Social, de 10,000 pacientes, 3.9% eran sífilíticos y de ellos 77% tenía neurosífilis. La creciente demanda de pacientes con sífilis forzó a los directivos del Manicomio General de la Castañeda a crear el pabellón de neurosífilis para hombres y mujeres, en los años 20, y a ampliarlo en 1927.

En 1933, los medicamentos que se utilizaban para el tratamiento de la sífilis en el Manicomio de la Castañeda eran permanganato de potasio, óxido amarillo de mercurio, subnitrate y carbonato de bismuto, clorato de potasio, calo-

* Investigador del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.
Brasil 33, Centro, Cuauhtémoc, 06020, México, D.F.

mel, neosalvarsán, bicosolván, cianuro o biyoduro de mercurio, acetillarsán, sulfato de quinina y bromuro de potasio y de sodio. En una carta fechada el 28 de noviembre de 1944, el Dr. Manuel Guevara Oropesa, tras haber asistido a la Convención sobre Penicilina, en St. Louis Missouri, propuso utilizarla, en la Castañeda para ciertos casos de neurosífilis. Con esta carta, la Secretaria de Salubridad y Asistencia inició los trámites para administrar este tratamiento, y junto con el Consejo Psiquiátrico, notificaron que deberían seguirse cinco criterios. La aplicación de la penicilina comenzó a finales del mes de enero de 1945, y para abril de ese año se integró una Comisión Experimental para el Estudio e Investigación de la Penicilina en el Manicomio General, que estuvo integrada por los doctores Leopoldo Salazar, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropesa y Edmundo Buentello. Para septiembre de 1945, la penicilina pasó a formar parte del cuadro básico de medicamentos del manicomio.

En el año de 1958, de una población de 3007 internados en la Castañeda 164 tenían neurosífilis. Por la experiencia acumulada en esos años, se supo que para la sífilis la penicilina era superior a cualquier otro agente terapéutico. Cincuenta años después de la introducción de la penicilina, en los pabellones psiquiátricos ya no se presentan las formas delirantes o demenciales de origen sífilítico, que tanto asotaron a la humanidad.

Palabras clave: Sífilis, Manicomio Castañeda, penicilina, parálisis general progresiva.

La parálisis general progresiva (PGP), una de las formas más graves de neurosífilis cerebral, se extinguió cuando se descubrió la penicilina. Se sabía que se trataba de una infección microbiana a partir del aislamiento del treponema, en 1905, por Schaudinn, y de su hallazgo en tejido cerebral en el año de 1910 (2,18).

La historia de la penicilina empezó en el año de 1929, en el Hospital St. Mary's, de Londres. Fleming había estado trabajando con colonias de estafilococos y, por descuido abandonó las placas de cultivo en una mesa, las cuales estuvieron expuestas a la contaminación de un hongo. Los estafilococos se habían vuelto transparentes, se veía con claridad que las colonias habían sido lisadas por el *penicillium notatum*. Todos sus estudios fueron *in vitro*, investigando sobre cultivos bacterianos, y debe reconocerse que nunca intentó valorar los efectos de la penicilina en un ser vivo infectado. Al parecer, el material de archivo relacionado con los primeros años de la penicilina, hace pensar que parte del olvido que recayó sobre esta maravillosa sustancia fue del propio Fleming, quién no aguilató la magnitud real de su descubrimiento. En 1936, Howard W. Florey y el grupo de la Universidad de Oxford, al que pertenecían Ernst Chain y Norman G. Heatley, recibieron un apoyo de 250 libras esterlinas de la Fundación Rockefeller para estudiar las sustancias antibióticas. Se intentaron diferentes formas de cultivar el moho, logrando, finalmente, el cultivo de superficie (19). El polvo del *penicillium notatum* tenía una sustancia con acción bacteriostática, muy soluble en agua, en solución salina y glucosada, así que se podía concentrar en 10,000 unidades Oxford. Las ampulas que fueron fabricadas con solución del *penicillium* eran inestables, por lo que se tenían que mantener en refrigeración (17). Florey, muy consciente de la magnitud del descubrimiento de Fleming, y en plena Segunda Guerra Mundial, emprendió una campaña dirigida a la industria farmacéutica británica, quienes dejaron ir la oportunidad

de producir penicilina. En 1941, Florey y Healty viajaron a los Estados Unidos en busca de un laboratorio interesado en la producción masiva de penicilina. El primer contacto en Washington fue con Ross G. Harrison, titular del Consejo Nacional para la Investigación (*National Research Council*), Charles Thom y Percy Wells, quienes realizaban investigaciones del orden microbiológico. Este grupo de científicos se mostró muy interesado en el ofrecimiento de los británicos, de manera que el 14 de julio de 1941, el Departamento de Agricultura, con el *Northern Regional Research Laboratory* (NRRL), en Illinois, concentraron a los científicos expertos en micología y fermentación. Para producir el hongo a gran escala, se proponía el proceso de fermentación sumergida, que consistía en desarrollar el moho en todo el medio de cultivo y no solamente en una capa delgada de su superficie. Los científicos americanos y británicos no tardaron en llegar a un acuerdo, quedando la tarea de producir penicilina a cargo del equipo del NRRL, cuya sección investigadora estaba encabezada por Robert Coghill, cuyo interés principal era sintetizar la penicilina. Al quedar Albert Elder a cargo de la Oficina de Investigación para Producción y Desarrollo, en marzo de 1943, se reorientaron los estudios nuevamente a la búsqueda de cepas de *penicillium*. Se canalizaron fondos de las Universidades de Stanford, Minnesota y Wisconsin al laboratorio patrocinado por la Institución Carnegie, en Cold Spring Harbor, California. Entre febrero y julio de 1944, el genetista George Beadle y su equipo estudiaron 15,000 cepas para la producción comercial. Con apoyo gubernamental Edler logró establecer y equipar 21 plantas productoras y en febrero de 1944 logró producir 18,700 millones de unidades de penicilina (19).

Paralelamente a la comercialización de la penicilina, en junio de 1943, Mahoney, Amoid y Harris, quienes trabajaban en el Centro de Investigaciones de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública en los Estados Unidos, descubrieron la eficacia de la penicilina en el tratamiento de la sífilis. Mahoney, narró que al estar estudiando la acción de la penicilina en contra de la *Neisseria gonorrhoeae*, un día, solo por "diversión", inyectaron el penicillium a conejos infectados con *Treponema pallidum* y vieron, con sorpresa, que desaparecían las lesiones sífilíticas en unas cuantas horas. En el mes de diciembre de 1943, en la revista *Venereal Disease Information*, se dieron a conocer los resultados del primer estudio clínico de la eficacia de la penicilina en cuatro marineros infectados por sífilis, con la aplicación de un total de 48 inyecciones, cuya dosis final fue de 1,200,000 unidades. Poco tiempo después de este informe, a finales de 1943 veinticinco clínicas civiles norteamericanas organizaron un estudio multicéntrico de la penicilina en el que se estudiaron 1,418 enfermos de sífilis temprana, obteniéndose excelentes resultados; también en 1944, se aplicó en 182 casos con sífilis tardía y en otros de sífilis materna y natal. Para el año de 1945, 10,000 pacientes habían sido tratados con penicilina.

Las vías de administración propuestas desde 1943 por Rammelkamp y Keffer fueron la endovenosa, la intramuscular y la subcutánea, las dos últimas, desgraciadamente, no daban buenas concentraciones

séricas, y sólo estaban recomendadas cuando la vía endovenosa era inaccesible. Las dosis administradas en forma intermite o continua fluctuaban alrededor de las 40,000 U en 24 horas (16). Las reacciones adversas que se atribuían a las impurezas del producto eran escalofríos con o sin fiebre, eosinofilia del 20 al 30%, dolor en el sitio de la inyección, cefalea, urticaria, fiebre elevada, hiperleucocitosis, rubor facial, hormigueo testicular, calambres musculares, flebotrombosis e infarto pulmonar consecutivo a la inyección. Es sorprendente ver el interés que se tenía en el tratamiento de la sífilis y la rápida difusión del conocimiento médico. Poco tiempo después de haber sido publicado el artículo de Mahoney, en la Gaceta Médica de México, Samuel Morones escribió acerca de la eficacia del tratamiento con penicilina en las lesiones sífilíticas secundarias y chancrosas. En la primoinfección, el treponema desaparecía definitivamente a las 14 horas de haber recibido 200,000 U de penicilina por vía endovenosa (16). Entre los avances más prominentes en el tratamiento con este antibiótico su absorción retardada. En 1945, era está de 96 horas, con aceite-cera (Romansky-Ritman). Se trataba de una penicilina de concentración óptima de 0.03, con procaína y monoestereato de aluminio, mientras que en 1952 se absorbía en 15 días, por lo tanto el treponema podía ser destruido con una sola inyección.

En los años 40, el diagnóstico de la sífilis se basaba en la elaboración de una historia clínica completa, el examen de campo obscuro para el treponema, las reacciones serológicas y el examen de líquido cefalorraquídeo. Según su evolución, la sífilis se dividía en tres periodos: el primario, caracterizado por una lesión genital, que era un dato de la primoinfección: el secundario, con las erupciones cutáneas o lesiones en las mucosas; y la sífilis tardía, en la que el treponema atacaba cualquier parte del organismo y las lesiones producidas podían imitar cualquier síndrome de la medicina. Se sabía que en 8 de cada 10 casos se afectaba el sistema nervioso central (neurosífilis), el sistema cardiovascular, los huesos, la piel y las mucosas (10).

La sintomatología de la neurosífilis, a excepción del cuadro de parálisis general progresiva, no aparecía en la *clínica psiquiátrica* como síntomas y signos específicos. Según Stokes (1944), en su libro titulado *Modern Clinical Syphilology*, entre el primero y el quinto año de estar infectado, se podían encontrar en la neurosífilis síntomas neurasténicos variados, como nerviosismo, irritabilidad, laxitud, fobias, insomnio, modificaciones pupilares, anisocoria y disminución de la respuesta luminosa, y al quedar estable, una prueba de Wassermann positiva. Del quinto al décimo año de estar infectado: neuralgias, insomnio, pérdida de la memoria, paresias variadas, alteración de la personalidad y disminución de la sensibilidad. Del décimo al vigésimo año, reducción de la libido y de la potencia sexual, importantes trastornos de conducta, disartria, hemiplejía, henúparésia, pupilas de Argyll Robertson, fracturas espontáneas y artropatías; y después de los 20 años: ataxia, cuadro demencial, decaimiento de las funciones orgánicas y muerte (17).

Labastida indica que en el año de 1878, había 145 asilados en el Hospital de San Hipólito. De estos, tres

tenían parálisis general, 7 ingresaron durante ese año, 2 se dieron de alta y 5 murieron; se confirmó el diagnóstico con la autopsia. 15 De enero de 1886 a junio de 1890 ingresaron 767 sujetos, de los cuales 24 fueron diagnosticados con parálisis general progresiva; 12 fueron dados de alta, y el 50% restante falleció por congestión cerebral y agotamiento (5). En ese siglo la neurosífilis estaba considerada como un padecimiento frecuente y grave. En el año de 1944, el 65% de los enfermos neurológicos orgánicos del Cook Country Hospital de Chicago eran neurosifilíticos, del pabellón de Neuropsiquiatría del Seguro Social se calculaba en 22%. Ese mismo año, la población. En la Clínica Mayo, el porcentaje de enfermos con sífilis era del 4%, de los cuales, entre 65 y 78% padecían manifestaciones neurológicas. En la Clínica 11 del Seguro Social, de 10,000 pacientes, 3.9% eran sífilíticos, y de ellos, 77% tenían neurosífilis (17).

La mayoría de los pacientes que ingresaban al Manicomio General tenían cuadros neuropsiquiátricos, y en algunos de ellos, el diagnóstico era PGP. El creciente número de estos pacientes la gran demanda de atención médica forzó a los directivos del nosocomio a crear en 1920, un pabellón de neurosífilis para hombres y otro para mujeres en la sección de "tranquilos", los cuales hubo que ampliar en 1927. Las pruebas diagnósticas, como las reacciones de Wassermann y la punción de líquido cefalorraquídeo, se hacían desde la primera década del siglo, como consta en algunos expedientes clínicos del Manicomio (3,4,11,12,13,14).

En la posguerra los ánimos de renovación se reflejaron en la preocupación por dar una mejor atención a los enfermos con neurosífilis y en la remodelación de los pabellones, que se encontraban en un estado deplorable. En los acuerdos de mayo de 1933, con el presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito federal, el Sr. José Ma. Tapia, el Dr. Manuel Guevara Oropesa, expuso que el "el servicio de neurosífilis quedará instalado en una de las secciones recién preparadas del Pabellón de Observación de hombres" (6). Asimismo solicitaba un aparato eléctrico de piroterapia para los enfermos. Poco tiempo después se estableció el de neurosífilis para mujeres, integrado también en el pabellón de observación (3,4,6). También en ese mismo mes, el Dr. Guevara Oropesa envió un memorándum a los diferentes médicos del Manicomio, solicitando que, a su juicio, indicaran los medicamentos indispensables o que habían sido omitidos, para que posteriormente fuera informada la Beneficencia Pública y los incluyera en el presupuesto. En esta lista figuran los siguientes medicamentos indicados para el tratamiento de la neurosífilis: permanganato de potasio, óxido amarillo de mercurio, subnitrito y carbonato de bismuto, clorato de potasio, calomel, neosalvarsán, bicosalván, cianuro o blyoduro de mercurio, acetillarsan, sulfato de quinina, bromuro de potasio, de sodio.⁸ En el informe de las actividades realizadas en el periodo comprendido entre agosto de 1933 y julio de 1934, se menciona que en el Manicomio había dos grandes secciones: el departamento de hospitalización (para los pacientes que requieren de un tratamiento médico especial) y la colonia del asilo (para los enfermos que deben permanecer por largo tiempo en el establecimien-

to). En aquel entonces, el Manicomio funcionaba con 4 médicos especialistas residentes que vivían en el nosocomio, 7 médicos externos psiquiatras, un cirujano, un médico de laboratorio y un oculista (6). En el año de 1931 había 1832 enfermos internados (7).

El gran interés de los médicos psiquiatras y la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento para la neurosífilis queda plasmada en una carta fechada el día 28 de noviembre de 1944, en la que el Dr. Manuel Guevara Oropesa se dirige al Secretario del Consejo Psiquiátrico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Dr. Edmundo Buentello, que dice: "Como resultado de mis observaciones en los Hospitales de Chicago y Nueva York en el viaje que acabo de realizar y habiendo escuchado el informe del delegado de la Universidad de Nueva York a la Convención sobre Penicilina efectuada en St. Louis Missouri en este mes, propongo a Usted se considere el tratamiento de la sífilis y particularmente el de algunos casos de neurosífilis, como aquellos en que se podrá proporcionar la penicilina bajo el control del médico especialista considerando como dosis útiles las que varían de 2 a 4 millones de unidades en la sífilis temprana y el gran optimismo con que se recogen los resultados favorables obtenidos en la neurosífilis me hacen presentar esta proposición teniendo en cuenta: 1) los casos de neurosífilis rebelde a otros tratamientos 2) los casos de algunos pacientes que no toleran o están en condiciones de resistir los otros tratamientos específicos de la neurosífilis y 3) al seleccionar los pacientes se debe tener en cuenta que el caso sea sífilis activa, evidente del sistema nervioso. La importancia de aliviar enfermos neurosifilicos que de otro modo se pierden en otros sentidos, incluso en el de su capacitación económica social, me parece tan importante como la dramática curación de una infección aguda originada por otros gérmenes" (9). Con esta carta, la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició los trámites para el tratamiento de la neuro-lúes con penicilina. A mediados del mes de diciembre se llevó a cabo una junta con el Consejo Psiquiátrico en la que se notificaron las condiciones para el tratamiento con penicilina. Los criterios para usarla eran cinco; corroborar en un análisis reciente que la neuro-lúes estuviera activa en el líquido cefalorraquídeo, por lo que se debería enviar el original firmado por el laboratorio responsable. 2) Comprobar que el paciente hubiera sido tratado infructuosamente por malaria o electropirexia, o que las condiciones orgánicas del enfermo no lo hubieran permitido; este requisito quedaba sujeto a investigación por el Consejo Psiquiátrico. 3) Remitir la historia clínica completa del enfermo, escrita en máquina y firmada por el médico tratante. 4) El Consejo contestaría cada solicitud por riguroso turno, y 5) Que al someterse al tratamiento de penicilina por neuro-lúes, quedaba bajo el control que la Secretaría de Salubridad y Asistencia fijaba para cada caso. La Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, a cargo del Dr. Manuel Martínez Báez, aprueba las condiciones para el tratamiento de la neuro-lúes (9).

A principios de 1945 se hicieron los últimos arreglos para administrar el antibiótico. Por instrucciones de la Dirección General de Asistencia y del Departamento Médico, las aplicaciones de penicilina a los neuro-

sifilíticos asilados e indigentes sería gratuita, pero el tratamiento para los pensionistas del Manicomio General serían sufragados por sus familiares (9).

La penicilina se empezó a aplicar en el Manicomio a finales del mes de enero, es decir, dos meses después de la solicitud. La respuesta a este método de tratamiento no se hizo esperar. El Dr. Enrique Garfias, en un memorándum que dirigió en febrero al Director del Manicomio, decía que, por su dificultad, era necesario llevar a cabo este procedimiento en el Pabellón Central. El director, Edmundo Buentello, le comunicó que: "en mi concepto los tratamientos de penicilina u otros que deban de hacerse en los pabellones deben ser recomendados al personal de los mismo y en caso necesario al enfermero de supervigilancia con instrucciones precisas de los médicos, ya que a base del progreso terapéutico podría lograrse también un progreso en los servicios" (9).

Después de la reunión del Consejo Psiquiátrico, en abril de 1945 se integró, la Comisión Experimental para el Estudio e Investigación del uso de la Penicilina en el Manicomio General, formada por los doctores Leopoldo Salazar, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropesa y Edmundo Buentello. El Director de Asistencia del Distrito Federal, el Dr. Clemente Robles, solicitó a la Comisión, que se había formado recientemente, que le dieran un informe sobre las conclusiones a las que habían llegado (9).

Todo iba viento en popa: en la Dirección del Manicomio se recibía la historia clínica de los pacientes, que contenía la *observación clínica*, la exploración neurológica completa, los exámenes de laboratorio en el LCR, la determinación de albúmina, las reacciones de globulinas; y el Meinicke y el Wassermann en la sangre. El diagnóstico en La mayoría de las historias clínicas estaban diagnosticadas como PGP en forma demencial simple, y el tratamiento propuesto para esos casos fue de dos a cuatro millones de unidades de penicilinas. El Director del Manicomio se dirigía al Jefe de Almacén de la Secretaría del ramo para solicitar la penicilina, indicando el nombre del paciente. El 25 de septiembre de 1945, por instrucciones de la Secretaría de Salubridad, se suspendieron las solicitudes individuales de penicilina, la cual pasó a formar parte del cuadro básico de medicamentos, por lo que se le pidió a los jefes de los pabellones, que le indicaran al Director del nosocomio la cantidad que requerían para cubrir sus necesidades (9).

Al mismo tiempo, en el recién formado Pabellón de Neuropsiquiatría, del Hospital del Seguro Social, a cargo del doctor Raúl González Enríquez, el pasante Ramón Parres trabajaba con gran entusiasmo en su tesis profesional, en la que analizaba los diferentes tratamientos de la neurosífilis y los resultados de la penicilina en 107 pacientes. La mejoría se evaluó de acuerdo con los cambios ocurridos en el líquido cefalorraquídeo, por reducción de células, proteínas totales, disminución de las reacciones coloidales y negatividad de las reacciones serológicas. Los 30 sujetos con parálisis general de tipo demencial simple mejoraron en un 80%, y uno de ellos mejoró totalmente. De 10 pacientes con PGP grave, 2 mejoraron 75%, uno 50%, y 7 no mostraron cambios. La penicilina era un medicamento

prometedor para el tratamiento de la neurosífilis, pero había restricciones: la guerra y su elevado precio (17).

En el año de 1948 se registró una escasez de penicilina en el cuadro básico del Manicomio, por lo que el Subdirector de aquel entonces, el Dr. Jesús Siorda Gómez, les pidió a los médicos que utilizarán este producto sólo en los casos en los que la penicilina hubiera de mostrarse superior a otros agentes terapéuticos —en los pacientes con neurosífilis documentada— y que como alternativa se usaran las sulfas. A los empleados del nosocomio se les informó que no podrían utilizar la penicilina del establecimiento, aunque recibieran allí a sus pacientes. En diferentes cartas dirigidas al director de la Castañeda, el Dr. Mario Fuentes mostró su preocupación por la carestía de la penicilina, y quizá presionado por los cuadros sífilíticos que atendía en el pabellón de observación de mujeres, le informó que si no obtenía una buena dotación de penicilina volvería al tratamiento clásico con paludismo (9).

En el año de 1951, seis años después de la introducción de la penicilina al Manicomio General, el director de Asistencia Médica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Dr. José Álvarez Amezcua, asesorado por el Dr. Gerardo Varela y Antonio González Ochoa, le proporcionó al Manicomio algunos esquemas para el tratamiento con penicilina, que habían sido publicados en los números 5 y 6 del Boletín Epidemiológico de 1950. Por aquel entonces, la Dirección de Higiene llevaba a cabo la Campaña Nacional Antivenérea (10). Por la experiencia acumulada en esos años, se supo que la penicilina era superior a cualquier otro agente

terapéutico en la sífilis, las infecciones neumocócicas, las infecciones por estreptococo beta hemolítico, la endocarditis bacteriana subaguda, la gonorrea, la actinomicosis (únicamente por *actinomyces bovis*), el antrax, las infecciones por leptoespiras, la estomatitis de Vincent y como profilaxis en las extracciones dentales, las tonsilectomías y las infecciones en el puerperio (9).

El Dr. José Luis Patiño, que fue el director en 1958, pidió que se le informara urgentemente, cuál era el número de neurosífilíticos hospitalizados en los diferentes pabellones del Manicomio. Había 164 pacientes con neurosífilis, corroborada por los exámenes de laboratorio, de una población de 3007 internos, lo cual se le comunicó al Dr. Horacio Uzeta, Director de Asistencia Médica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (10).

Cincuenta años después de haberse empezado a usar la penicilina, ya no existen en ningún pabellón psiquiátrico las formas delirantes o demenciales de origen sífilítico que tanto azoraron a la humanidad.

Agradecimientos

Agradecemos a la licenciada Irma Betanzos Cervantes, Jefa del Archivo General de Salubridad y al personal que allí labora: Patricia Olguín Alvarado, Rogelio Vargas Olvera, Patricia Alfaro G., José Luis Najera Juárez, Gerardo Gómez Pérez, Daniel Sosa del Bosque, Rosalba Tena Villeda y María Esther Cervantes y al personal de la Biblioteca Nicolás León de la Facultad de Medicina UNAM: Ignacio Montaña Trejo, Alicia Nieto Tinoco, Gloria Serrano Vallejo, Eduardo Cordova Oruña y Analicia Hinojosa por las facilidades prestadas para la consulta del material de archivo.

REFERENCIAS

1. ARIAS O: Primer decenio de la penicilina en el tratamiento de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 83(2):147-152, 1953.
2. CICERO R: Nota sobre el interesantísimo descubrimiento del microbio de la sífilis. *Gaceta Médica de México*, 1:108-115, 1906.
3. Fondo de Beneficencia Pública: *Sección Establecimientos Hospitalarios*. Legajo 14, Expediente 1, 1929.
4. Fondo de Beneficencia Pública: *Sección Establecimientos Hospitalarios*. Legajo 12, Expediente 12, 1927.
5. Fondo de Beneficencia Pública: *Hospital de San Hipólito*. Registro de ingreso de pacientes al nosocomio. Enero de 1886-junio de 1890.
6. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Caja 2, expediente 3, fojas 41, 1931-1962.
7. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Caja 25, expediente 6, 2 fojas, 1936.
8. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Caja 2, Expediente 4, fojas 32, 1930-1962.
9. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Caja 46, Expediente 2, fojas 48, 1944-1949.
10. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Caja 39, Expediente 6, fojas 62, 1939-1966.
11. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Legajo 10, Expediente 24, 1920.
12. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*, Legajo 12, Expediente 12, 1927.
13. Fondo Manicomio General: *Sección Administrativa*. Legajo 14, Expediente 3, 1929.
14. Fondo Manicomio General: *Sección Hospitalaria*. Caja 100, exp 12.
15. LABASTIDA S: Estado que manifiesta el movimiento de enfermos habido en el Hospital de San Hipólito en el año de 1878, con relación a su diagnóstico. *Gaceta Médica de México*. XIV(6):112, 1979.
16. MORONES S: Penicilina, *Gaceta Médica de México*, 74:461-471, 1944.
17. PARRÉS R: El problema de la neurosífilis en el servicio médico. Tesis recepcional Escuela de Medicina. México, 1945.
18. POSTEL, QUETEL C: *Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpression, 323-334; 530-531, México, 1993.
19. VIESCA C: *Fleming y el Descubrimiento de la Penicilina*. Laboratorios Sandoz, 1-5, 1996.