

Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950

Puerperal insanity: a comparative reading of Argentina and Colombia, 1880-1950

Emilio Vaschettoⁱ

ⁱ Docente, Departamento de Salud Mental/Facultad de Medicina/
Universidad de Buenos Aires.
San Isidro – Buenos Aires – Argentina
orcid.org/0000-0003-2887-4562
emilio.vaschetto@gmail.com

Jairo Gutiérrezⁱⁱ

ⁱⁱ Docente, Facultad de Educación y Humanidades/
Universidad Católica Luis Amigó.
Medellín – Antioquia – Colombia
orcid.org/0000-0002-0642-0722
jairo.gutierrezav@amigo.edu.co

Recebido em 3 set. 2018.

Aprovado em 1 fev. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000500012>

VASCETTO, Emilio; GUTIÉRREZ, Jairo. Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, out.-dez. 2020, p.1245-1263.

Resumen

El objetivo es comprender la aparición y propagación de locuras puerperales en Argentina y Colombia, a finales del siglo XIX y principios del XX, así como su decadencia o desvanecimiento hacia la década de 1940-1950. Investigación histórico-hermenéutica, según los conceptos de “campo de visibilidad” y “nicho ecológico” de una enfermedad transitoria. No existió correlación entre embarazo, parto y puerperio con el estado delirante que motivaba la internación, atribuido a factores predisponentes y, asimismo, tuvieron una autonomía nosográfica en virtud de etiopatogenias singulares. Al tiempo que empezó a emerger el tipo clínico locura puerperal, se entrecruzaron el campo disciplinar de la obstetricia con el alienismo, con una mayor preponderancia del primero.

Palabras clave: locura puerperal; nicho ecológico; visibilidad; obstetricia; historia de la psiquiatría.

Abstract

Our goal is to understand the appearance and spread of forms of puerperal insanity in Argentina and Colombia in the late nineteenth and early twentieth century, as well as their decline or disappearance around the 1940s. This is a historical and hermeneutical study, which uses the concepts of “field of visibility” and “ecological niche” for a transitory disease. There was no correlation between pregnancy, childbirth and puerperium and the state of delirium that led to commitment, which was attributed to predisposing factors; furthermore, forms of puerperal insanity were nosographically distinct due to their unique etiopathogeneses. As clinical cases of puerperal insanity started to emerge, the disciplinary field of obstetrics converged with psychiatry, with the former exerting more weight.

Keywords: puerperal insanity; ecological niche; visibility; obstetrics; history of psychiatry.



Un “nicho ecológico” para la locura puerperal

¿Cómo puede una enfermedad producirse en un tiempo y lugar, aparecer y desaparecer sin necesariamente llegar a extinguirse, pero sí perder su visibilidad o el interés epistémico o cultural? ¿De qué forma podemos explicarnos el interés y el desarrollo de un campo de visibilidad para las locuras puerperales en nuestros países en un periodo dado?

En función de estas preguntas es que hemos decidido adoptar metodológicamente el concepto de “nicho ecológico” del filósofo de las ciencias Ian Hacking y dentro de éste, la unidad de análisis denominada “visibilidad” o “campo de visibilidad”, a los efectos de calibrar cualitativamente el fenómeno.

En primer lugar, Hacking usa el término “nicho ecológico” para intentar explicar ciertos fenómenos patológicos que se propagan durante un tiempo determinado, que adquieren características epidémicas y luego se desvanecen. Por lo tanto, se podría asumir que se trata de algo pasajero, de allí su denominación como enfermedades transitorias, *transient illnesses* (Hacking, 1998). Su ejemplo más conspicuo ha sido la epidemia de locos viajeros (*folie de voyageur*) acaecida hacia fines del siglo XIX en la ciudad de Bordeaux, Francia, aunque bien podría reservarse para otras epidemias más actuales tales como las personalidades múltiples en EEUU en los años 1970, el trastorno por déficit de atención (ADHD) o la anorexia en Latinoamérica (Vaschetto, 2010, p.34-38). Si bien la locura puerperal no ha sido una categoría efímera que se desvaneció en la noche de los tiempos, como sí lo ha sido, por ejemplo, la clorosis, no podemos negar que tanto su prevalencia como su interés clínico ha venido perdiendo vigor.

Ahora bien, para que una enfermedad transitoria florezca es condición necesaria la presencia de cuatro vectores: taxonomía médica, polaridad cultural, observabilidad y liberación. El término vector, como se sabe, es derivado de la matemática y cobra toda su relevancia en epidemiología (para nosotros sería una epidemiología cualitativa). Cuando hay varias fuerzas actuando en diferentes direcciones el resultado es el producto de la interacción de todas ellas. Postular un nicho para una enfermedad requiere de dos tipos de rasgos, uno positivo y otro negativo. En presencia de vectores relevantes, la enfermedad florece; en su ausencia, no.

En segundo término, la unidad de análisis contemplada como “visibilidad” o “campo de visibilidad” ha sido definida *ad hoc* como la emergencia, el surgimiento, la cita, de la categoría locura puerperal o los hechos clínicos ligados a ella de manera explícita o sugerida. La visibilidad implica un valor diferencial o distintivo (Bourdieu, 2012, p.25) que no es ni más ni menos que la producción de hechos de lenguaje en un contexto, lo que Deleuze llama la máquina.

Una máquina es eso que hace ver y decir, da qué hablar. Las maternidades (instituciones dedicadas específicamente a alojar a aquellas mujeres en situación de parto), los manicomios, la matriz disciplinar obstétrica y la psiquiátrica, son máquinas (contextos) pero no son la visibilidad sino la posibilidad de que algo salga del anonimato y se transforme en un hecho de discurso. Ingresa en el mismo movimiento la negatividad de los hechos, lo que no es visible, lo invisible o no enunciable. Todo lo que desarrollaremos bajo la fórmula “modos de encubrimiento” de la locura puerperal asume aquí una significación manifiesta.

Si un dispositivo, para Deleuze (1990, p.155), es una especie de ovillo o madeja, la visibilidad sería las líneas que recorren las múltiples direcciones (como el recorrido de los hilos) pero sin definir su consistencia sino más bien las “variaciones” de su dirección, las “fuerzas en ejercicio”; los sujetos serían los vectores o tensores.

Las locuras puerperales se visibilizan en un campo heterónimo, un campo de luchas y de fuerzas contrapuestas que hace que se expresen formas o hechos clínicos bajo esta denominación, o, por el contrario, se encubran o queden subsumidos en otras categorías como, por ejemplo, las fiebres puerperales, los accidentes (eclampsia), la histeria o el infanticidio. La heteronomía hace que la emergencia o no de estas locuras (como discurso) sea el producto de refracciones, de fuerzas en pugna; dentro del discurso médico forzando su conceptualización y su tratamiento, dentro del dispositivo sanitario intentando dar respuesta a lo que denominamos el pasaje forzado de parir al ámbito hospitalario o la medicalización del parto y la maternidad.

La delimitación temporal se propone desde 1870, porque desde entonces y hasta finales del siglo XIX se fue conformando la matriz disciplinar psiquiátrica en Argentina y Colombia. En esta época, desde 1863, venía funcionando la Casa de Locos de Buenos Aires y se fundaron los primeros asilos psiquiátricos en Bogotá y Medellín, dos de las principales ciudades capitales de Colombia.

Al mismo tiempo, la particularidad que destila esta investigación dentro de la historia de la psiquiatría es el modo entretejido con el que se gesta nuestro objeto (locura puerperal) con la historia de la medicina y en particular con la obstetricia. Esto determina como punto de anclaje y, a la vez, de resignificación de nuestra investigación hacia la década de 1940-1950, puesto que la mayor parte de los establecimientos de maternidad, en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en el resto de las principales ciudades del país, ya habían sido creadas. Es de destacar que, en la Argentina, a diferencia de otras experiencias sudamericanas, la fundación del primer hospicio público para “dementes”, por parte de la Sociedad de Beneficencia, tuvo como objetivo albergar y recluir únicamente al sector femenino de la población que se encontraban en la cárcel o vagando en las calles y cercos de las quintas. No obstante, las locuras propias de los ciclos femeninos incluidos el embarazo, parto y puerperio, fueron abordadas desde los dispositivos obstétricos nacientes.

Entiéndase que excede nuestros objetivos el distinguir todos aquellos cuadros patológicos que pueden estar subvertidos bajo el término fiebre puerperal y ser causantes de septicemia y muerte. Más bien nos interesa señalar, que aún avanzado el siglo XX, un concepto que podría impresionar homogéneo ante la mirada médica retrospectiva, al menos en las estadísticas institucionales de ambos países, exhibe una inquietante polisemia.

Metodología

La presente es una investigación histórico-hermenéutica, mediante un diseño descriptivo-retrospectivo. Está inscrita en el campo de la filosofía e historia de las ciencias, según los conceptos de campo de visibilidad y de nicho ecológico de una enfermedad transitoria. En este caso, se propuso dar cuenta tanto de la aparición como de la propagación de las

locuras puerperales en dos países latinoamericanos, a finales del siglo XIX y principios del XX, así como su decadencia o desvanecimiento hacia la década de 1940-1950.

La compleja difusión de las categorías estudiadas se confrontó con su presencia/ ausencia en tesis de las facultades de medicina de Buenos Aires y de Córdoba en Argentina, en comparación con las de Bogotá y Medellín en Colombia, presentadas en el periodo delimitado. Estos discursos de asimilación científica se cruzaron con los contenidos en revistas médicas de la época y de forma lateral en tesis sobre higiene de la mujer (lactancia, ciclos femeninos etc.), libros sobre maternidad (manuales, publicaciones periódicas) o bajo modos de encubrimiento tales como las de infección y fiebre puerperal o el infanticidio.

De igual forma se compararon algunos datos de los asilos psiquiátricos e informes médico-legales de las referidas capitales de ambos países, sobre el uso de esta nosología, sus variaciones o palimpsestos diagnósticos. Estas evidencias documentales y heurística de archivo se pusieron en discusión con teorías históricas y filosóficas de la ciencia, mencionadas en la introducción y comentadas en el artículo.

El surgimiento de una categoría: de la frenitis a la manía puerperal

Las manifestaciones surgidas en el puerperio ya habían sido descritas por Hipócrates (siglo III a.n.e) y por Sorano de Efeso, quien en el siglo I a.n.e. las definía como parte de una situación de “frenitis aguda” (φρενιτις). Se trata de un estado de delirio, agitación, fiebre intensa y continua, anomalías del pulso, insomnio o sueño alterado con pesadillas y diversos signos corporales tales como sudores, dolores de cabeza y dolores en los hipocondrios o en el diafragma. Esta última localización adquiere un valor singular, puesto que el nombre mismo de frenitis sugiere la importancia del diafragma en el pensamiento antiguo. Al respecto, las opiniones fluirán a lo largo de los siglos dividiendo las aguas entre los que creen en una afección de todo el cuerpo (Celso la considera así: “*acuta et in febre, cum continua dementia*”) y otros como Celio Aureliano que admitirán las diferentes posiciones (“cada cual ha indicado como sede de la frenitis la parte en que cree que se encuentra el gobierno del alma”). Sin ir más lejos, Galeno distinguirá la frenitis que afecta al cerebro de la que afecta al diafragma.

Si bien para algunos autores la diferencia entre la locura convencional (manía) y la frenitis era cristalina, ambos cuadros se combinaban, siendo incluso la fiebre el sustrato material donde se certificaba la locura. Ya en el siglo XVII, Sydenham había escrito: “El paciente cae con fiebre cerebral o en lo que sea más parecido a ésta. No concilia el sueño, emite frecuentes exclamaciones, emplea lenguaje incoherente, mira y habla de manera extraña” (citado en Berrios, 2008, p.307-308). En efecto, según tesis de medicina de la época se trataba de una confusión clásica entre fiebre y eclampsia con estados histéricos y convulsivos (Corredor, 1892, p.1-2). Esta perduró hasta principios del siglo XIX.

Lo cierto es que la frenitis daba cuenta de un estado transitorio o agudo, opuesto a la manía (μανία), el cual comprendía diversos cuadros de agitación y delirio, y a la melancolía que daba cuenta más bien de una afección extendida en el tiempo. Los grupos patológicos aislados en el corpus hipocrático – manía, melancolía, frenitis y epilepsia – no fueron

mayormente aislados y sistematizados en cuanto a sus causas, diagnósticos, pronósticos y tratamientos a excepción de la “enfermedad sagrada”, la epilepsia. Es esta última la que va a conceptualizar de manera unívoca, proscribiendo todavía cualquier intento de tratamiento por el lado de la magia, purificaciones o charlatanerías; yendo en contra de la credulidad popular (Martínez, 1991, p.111-124).

Es recién en los albores de la psiquiatría hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX que comienzan a categorizarse las patologías ligadas a la maternidad. El *Traité médico-philosophique*, de Pinel, el libro *Des maladies mentales*, de Esquirol, el *Tratado de patología cerebral o de las enfermedades del cerebro*, de Scipion Pinel (1844), el gran trabajo de Marcé (1858) o el de Fürstner (1875) en Alemania, junto a tantos otros, harán referencia a los estados mórbidos del embarazo, el parto y el puerperio. Ahora bien, la categoría comenzará a instaurarse en los casos de la Argentina y Colombia en las postrimerías del siglo XIX – periodo que, insistimos, corresponde a una fuerte institucionalización del acto de parir y a las políticas de maternidad.

Cabe interrogarse si la ausencia de esta categoría en los primeros tiempos del alienismo en ambos países latinoamericanos se debió a que los médicos no estaban informados. Difícilmente, puesto que la meca de la formación médica se encontraba en Francia, principalmente en París, de donde provenía gran parte del rudimento nosográfico. Quizás es pertinente reflexionar si es que no había ninguna incidencia del fenómeno, o con mayor rigor, si más bien las manifestaciones locas ligadas al embarazo, parto y puerperio no eran visibles. Poco a poco iremos espigando todo ello a lo largo de nuestro desarrollo argumental.

Hemos verificado, producto de nuestro trabajo de campo y de archivo, un pasaje paulatino y asistemático del fenómeno locura puerperal, expresándose insidiosamente de diversas maneras: fiebres puerperales, fiebres de leche, eclampsia, vómitos incoercibles, asimismo, asociadas con fiebres histéricas, o bien bajo el encuadre médico-legal de la figura de infanticidio que, en el caso de ambos países, muchas mujeres eran remitidas a los manicomios por este delito atribuido al trastorno mental posparto, como consta, por ejemplo, en expedientes del Archivo Histórico Judicial de Medellín (Restrepo, 2004, p.107-118). Hemos pretendido, en este punto, establecer un uso “significante” para cada una de estas figuras, suspendiendo la convención de sentido a la que convocan, a los fines de colegir los diferentes desplazamientos que van sugiriendo las mismas.

En primer término, la fiebre puerperal, da cuenta en gran medida de ciertos hechos clínicos que muchas veces no impresionan ser palmariamente infecciosos aunque sí preñados de confusión y locura; en cuanto a los vómitos incoercibles, definen un cuadro mucho más amplio que la emesis y la posterior deshidratación; o finalmente, lo que define el cuadro de eclampsia, es un concepto más bien inasible y muy distante de los términos acotados con los que se describe hoy en día tal patología, lo que convierte a la eclampsia, en términos históricos, en la enfermedad de las teorías – según ironiza Korembliit (1955).

La asociación de la locura puerperal con la eclampsia, coincide en ambos países latinoamericanos, siguiendo a Charles Bouchard (1837-1915) en sus *Leçons sur les auto-intoxications* (1887), concebida como una “toxemia de origen renal con perturbaciones

intelectuales, sensitivas y motoras. Es una autointoxicación convulsiva” (Corredor, 1892, p.2). Esta definición también la retomó Arbeláez (1934, p.3) sobre el tratamiento de la infección puerperal. En efecto, se asumía que todo el organismo femenino es, como diría Bouchard (1887) en sus *Leçons sur les auto-intoxications*, “un receptáculo y a la vez un laboratorio de venenos”.

De repente, al ser la sangre menstrual la que se ha acumulado en exceso, el tejido sanguíneo se ha vuelto ajeno, extraño. Por eso la idea de Tarnier de que la menstruación “es un parto pequeño” tendió a consolidarse tanto en la sintomatología derivada de las alteraciones de las reglas (psicosis de la menopausia, histeria, nerviosismo, locura menstrual etc.) como, obviamente, en el estado grávido.

Estigmas obstétricos de degeneración

En el libro *Locura de las mujeres embarazadas, las parturientas y las nodrizas*, de Alexandre Paris (1897), se define a la locura puerperal como una exaltación de la degeneración mental o de la predisposición hereditaria bajo la influencia de causas psíquicas favorecidas por el estado puerperal, exaltación que puede ser pasajera o progresiva, según la intensidad o las tendencias de la degeneración o de la predisposición. Critica fuertemente el rol excesivo que se le ha atribuido a las intoxicaciones o a las infecciones, en desmedro de las causas físicas y morales. Es que así pensaban, en mayor o menor medida, nuestros galenos. Siguiendo a Morel o Magnan creían ver en casi todas las locuras puerperales taras degenerativas o hereditarias, o bien, eclosionar éstas bajo influjo de infecciones o intoxicaciones en “enfermas predisuestas” (Fonso, 1917, p.60). El “factor preponderante” de la degeneración (continuidad de la causa) se confrontaba con el “factor secundario ocasional” (traumatismos morales) (Oro, jul. 1906, p.709-719) y mostraba en la intoxicación o en la infección sus causas eficientes (Rossi, 1908; Dedomenici, 1914).

Por ejemplo, en Colombia se tradujo en 1903 un artículo de Just-Lucas Championnière – introductor del método de antisepsia quirúrgica en Francia desde 1869, implementado por el escocés Joseph Lister entre 1848 y 1914 – en el que la locura puerperal se incluyó entre los “estigmas obstétricos de degeneración, concepción, preñez y parto” por tratarse de una predisposición hereditaria para contraer envenenamientos o infecciones puerperales: eclampsia (convulsiones y coma) y *phlegmatia post partum* (trombosis venosa profunda, conocida como pierna blanca o de leche). En este se afirmaba que “se puede siempre y necesariamente admitir la existencia de antecedentes neuropáticos, psíquicos o teratológicos” (Championnière, 1903, p.728-734), debido al despertamiento de una degeneración hereditaria que se manifiesta por una crisis de epilepsia o de enajenación mental. Así se aseveró que “siempre quedará en pie que las presentaciones anormales tienen únicamente por origen los movimientos insólitos de un feto degenerado” (p.728-734). De hecho, sobre la etiología de la eclampsia, se refieren a Felix Voisin (1794-1872) en su tratado de 1890. *Des causes morales et physiques des maladies mentales*, en el que se atribuyen como causas: el clima, género de vida, primiparidad, edad, “herencia neuropática” y “estados psicopáticos latentes” que despertarían en el puerperio (Rodríguez, 1915, p.333).

Modos de encubrimiento: fiebres, vómitos, accidentes

¿Cómo entender dentro del marco de nuestra investigación un fenómeno como la locura puerperal que toma una cabal importancia dentro del periodo observado (1880-1950) para luego perderse gradualmente hasta quedar reducido en la actualidad a un pequeño porcentaje?

Tabla 1: Antecedentes consecutivos al parto, Hospital General de Mujeres, Buenos Aires

Hemorragias	152
Fiebre puerperal	62
Eclampsia	4
Histeria	2
Absceso de la mama	2
Parálisis urémica	1

Fuente: Parodi (1878, p.27).

Según esta pequeña estadística, nos preguntamos aquí ¿cuántos cuadros de locura habrán caído bajo el calor de las fiebres o los accidentes eclámpicos?, ¿qué formas habrá encontrado la histeria posparto?

En cuanto a los registros de Colombia, de igual forma no son significativos en estadística, pero permiten observar tres formas clínicas típicas de nombrar esta patología obstétrica y se evidencia que decenas de mujeres con esta complicación fueron remitidas a los asilos psiquiátricos de la época y donde se encontraban en condiciones infrahumanas e insalubres que fueron características en estos establecimientos en las primeras décadas del siglo XX (Gutiérrez y Márquez, 2014).

Tabla 2: Locura puerperal en los primeros asilos psiquiátricos de Colombia, 1907-1926

Asilo	Periodo	Diagnóstico (Dx)	Frecuencia
Asilo de Indigentes y Locos de Bogotá	1907-1912	Locura, manía puerperal	3,25% (26 de 800 Dx)
Asilo de Locas de Bogotá	1918-1919	Locura puerperal	2,5% (10 de 400 Dx)
Manicomio Departamental de Antioquia	1916-1926	"Locura (psicosis) puerperal – confusión mental", "manía aguda infecciosa puerperal"	1,4% (11 de 1607 Dx)

Fuente: Archivo Central de la Beneficencia de Cundinamarca, Bogotá; Archivo pasivo del Manicomio Departamental de Antioquia, Medellín; Laboratorio de Fuentes Históricas/Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.

"Delirio no vesánico", cuando la locura es fiebre

La fiebre puerperal era una expresión conocida de antaño, pero adquiere un sentido con Willis en 1676 y en particular con Strother en 1717 (*puerperal fever*). Lo cierto es que las epidemias febriles a gran escala comienzan cuando se abren las maternidades. En Viena los primeros registros aparecen en 1770 en el Hospital St. Marx. Entre 1816 y 1875 murieron 165 mil mujeres de viruela, 170 mil de cólera y 363,624 de fiebre puerperal (es decir más

muerres por fiebre puerperal que por cólera y viruela juntas). En las maternidades de Berlín, entre 1850 y 1860 de cada tres púerperas se enfermaba una gravemente de fiebre puerperal y fallecía una cada seis madres. Semmelweis en 1847 ya había implantado la desinfección de manos en la maternidad del Hospital General de Viena, disminuyendo dramáticamente la mortalidad.

Es en los intersticios de la confusión nosológica y diagnóstica donde encontramos ciertos cuadros, menos ominosos, en donde la supuesta fiebre es generadora de complejos estados de oscurecimiento de la consciencia, que hemos pesquisado lo invisible de la locura. Entrar en el mundo de las fiebres es introducirse a su vez en ese “inmenso reino del frenesí”, según la expresión de Céline (2009). Es tocar el nervio de la historia allí donde se ha zambullido la locura en el caldo ardiente de los humores, en su materialidad conjetural. En consecuencia, hemos investigado la fiebre puerperal como diagnóstico, pero al mismo tiempo como un modo de encubrimiento de muchos de los cuadros de locura puerperal en los que, por ejemplo, no se constataba un aumento de la temperatura. Mucho nos recuerda a Hipócrates y la frenitis como una de las formas nosográficas más estables históricamente junto con la manía, cuya vinculación entre delirio general y la fiebre tiene para nosotros capital importancia.

Vayamos a una de las tesis fundamentales dentro de la conformación de la matriz disciplinar: *Algo sobre la enajenación mental*, de Pedro Mallo (1864). Dentro de las causas generales de la locura, Pedro Mallo había incluido la fiebre como entidad única, de causalidad oscura, pero con consecuencias profundas sobre el alma. Una disciplina anexa se elevaba ante las otras, la “piretología”, proponiendo un estudio pormenorizado de la fiebre.

El estudio de las fiebres es uno de los más tergiversados puntos de la medicina, de los más difíciles puntos en que todos los autores de la Patología interna, inciden, desde Sauvages, Pinel y otros nosologistas, hasta Bouillaud, Grisolle, Trousseau (Mallo, 1864, p.90).

Estos autores también fueron asimilados en artículos y tesis colombianos, en particular el estudio clásico de Sauvages, *Nosologia methodica*, de 1772, con el cual se propuso diferenciar la eclampsia puerperal de las enfermedades convulsivas con las que solía confundirse (Corredor, 1892, p.1). De igual forma se siguió a Pinel, Esquirol, Marcé, Baillarger, entre otros, sobre la *paraphrosyne puerperarum* y “manía láctea” (Rodríguez, 1915, p.327-328).

Para Mallo (1864, p.99) existía una “íntima conexión entre la fiebre y la locura”, conexión que reconoce haber encontrado en Esquirol (1838, p.73) en una cita precisa de su tratado *Des maladies* y que reproducimos a continuación:

Las fiebres de mal carácter, enuncia el alienista francés, dejan tras de sí un delirio crónico que es necesario no confundir con la alienación mental, no más que lo que se confunden las fiebres continuas o intermitentes atáxicas con la locura, en su comienzo, es éste aquí un punto de importancia práctica para el médico; en el cual la alienación mental, en su invasión, presenta frecuentemente casi todos los caracteres de la fiebre atáxica o de las inflamaciones de las meninges y del cerebro y recíprocamente... Uno encuentra habitualmente personas jóvenes de diecinueve, veinte, veinticinco años, desarrollar repentinamente una manía, sin otra causa apreciable, que una afección cerebral aguda que habría tenido lugar antes o en la época de la pubertad.

Tal como puede apreciarse Esquirol difiere parcialmente con el clasicismo de Mallo, al acentuar la diferencia entre locura febril y alienación mental. Al mismo tiempo, sigue a Marcé en su *Traité pratique* – también asimilado en Colombia (Rodríguez, 1915) – para decir que dentro de las causas de la locura se ubican estados fisiológicos en la mujer, tales como la menstruación, la “edad crítica”, el embarazo, el parto, la lactancia (Marcé, 1862). Es verdaderamente sorprendente el hecho de que no mencione en ninguna parte la locura puerperal como categoría, ¡obviando incluso la publicación más importante del mismo autor que cita! (Marcé), cuyo *Tratado de la locura de las mujeres embarazadas, parturientas y nodrizas*, publicado seis años antes de su tesis, fue una obra de referencia obligada.

Pocas eran las puerperas que llegaban al tercer día sin haber tenido violentos escalofríos, o que no acusaran cuarenta grados de temperatura. De hecho, no era extraño que se siguiera la muerte en menos de un día. Como comenta el argentino Llames (1932), se llegó a tener la convicción íntima de que cada mujer que entrara a una sala de partos sería atacada por la fiebre puerperal.

En Colombia, a finales del siglo XIX, se incluyó la locura puerperal entre las patologías que producían “delirio no vesánico”, según la definición aportada en 1844 por Achille-Louis Foville (1799-1878), en su *Traité du système nerveux cerveau spinel*, a saber que este “es solamente, ó un síntoma accesorio, ó una complicación de un estado morboso cualquiera de la economía, mientras que el delirio vesánico ó locura constituye por sí mismo una individualidad patológica, una enfermedad propia” (Amaya, 1894, p.31). Asimismo, en un reporte de caso, a propósito de la confusión entre la eclampsia con la “epilepsia uterina”, se preguntaban: ¿podrá un síntoma ser síntoma de otro síntoma? (Velásquez, 1908, p.115-116). Para nuestro interés, aludiría si la locura fuera síntoma de la fiebre que, a su vez, fuera síntoma de la infección.

De otra forma, siguiendo a Sydenham, se referían a una “*neurosis sine materia*” (Corredor, 1892, p.1) cuando no era una infección o fiebre la causa de la confusión mental. Se recuerda que Bouchard es quien echó por tierra la teoría que proponía a la eclampsia como una neurosis, es decir, una afección *sine materia*. Este paradójico delirio sin demencia se consideró típico de las septicemias, producidas por infección purulenta, fiebre puerperal, que producían “turbaciones periféricas” y su manifestación terminaba cuando desaparecía la enfermedad.

A principios del siglo XX, las causas de la locura se dividieron en intelectuales, morales y físicas. El puerperio se consideró dentro de un variado grupo de “causas personales fisiológicas”, junto con la edad, el sexo, el temperamento, la constitución, la idiosincrasia, la herencia, los hábitos, las profesiones, las funciones genitales y sus desarreglos, el embarazo, el parto y la lactancia (Putnam, 1908).

Un artículo publicado por la *Revista Médica de Bogotá* en 1915 se refiere a la patología y etiología de las psicosis autotóxicas y sobre la “química de la locura”, basadas principalmente en el tratado de Voisin, de 1890, y en Benjamin Ball (1833-1893) en sus *Leçons sur les maladies mentales*, de 1882 (también asimilados en la Argentina), en los que se atribuye – además de lo típico que eran la herencia y las toxoinfecciones – los traumas morales, como un parto de producto ilegítimo en malas condiciones, por problema social grave, incluso un choque emocional muy intenso (Rodríguez, 1915).

Siguiendo a la escuela francesa, se asumió que ésta no era una entidad distinta o nueva porque podía adoptar cualquier forma vesánica corriente, desde la depresiva y razonadora hasta la impulsiva y alucinatoria; además se desconocía su patogenia y presentaba una extrema variabilidad sintomática: alucinaciones, tendencia al suicidio asociada con melancolía, delirio más o menos furioso, erotismo, obscenidad de palabra, charla continua, incoherente, injuriosa, delirio musical a veces, ideas de persecución en algunos casos (Rodríguez, 1915). De hecho, en el Asilo de Locas de Bogotá de 1923, la locura puerperal aparece clasificada en el grupo de las locuras tóxicas e infecciosas junto con locura consecutiva a la gripa, delirio agudo, locura de la lactación (Beneficencia..., 1923). Asimismo, era usual que en este asilo de mujeres asociaran la “locura del embarazo” con la histeria (Ospina, 2006).

Miasmas, infección y dolor

Lo interesante es que la fiebre puerperal, antes del aislamiento del germen causal, desnudará su naturaleza controvertida en una nosología vaga, preocupando sobremanera a los “sabios parteros”. En un artículo redactado sin autoría por la *Revista Médico-Quirúrgica*, en 1872, se insiste en la “naturaleza controvertida” de la fiebre puerperal y su “nosología vaga” (Hospital..., 23 oct. 1872, p.222). Su forma esencial logró el ocultamiento de muchos otros cuadros, entre ellos la locura: ¿Hay fiebre esencial orgánica apreciable? se pregunta Molina (1873), es decir, una enfermedad propia de las mujeres recién paridas sin lesión orgánica particular.

Avanzada la década de 1880-1890, con las primeras luces de la élite ilustrada y el positivismo argentino en pugna, se hará notar el trabajo del eminente médico Juan R. Fernández, autor de la primera tesis en nuestro país sobre la fiebre puerperal. Si bien hemos mencionado la tesis de Samuel Molina que versa sobre el tema y cuya defensa está fechada diez años antes, el estudio más específico y acabado sobre el tema cabe atribuírselo a Fernández (1882).

Este autor constata “la tendencia de algunos médicos que consideran que bajo este título [de fiebre puerperal] se comprende un agrupamiento de enfermedades distintas, sin otro trazo de unión que el de manifestarse en la puerperalidad y presentar por esta circunstancia una sintomatología algo semejante” (Fernández, 1884, p.5). Incluso en la obra de Edouard Hervieux (1870), el visitado *Traité clinique et pratique des maladies puerperales et suites de couches* – tal como advierte Fernández –, ¡se niega la existencia de la fiebre puerperal!

Este autor sustituye la expresión fiebre puerperal por la difusa doctrina del envenenamiento puerperal (*empoisonnement*), dedicándole todo un gran capítulo en su libro. Ahora bien, entre las causas del envenenamiento pueden verse el “desamparo moral” (Hervieux, 1870) cuando no hay un marido que la sostenga ni un trabajo que pueda proporcionarle un salario (elementos sobre los que nos extenderemos más adelante).

Según Fernández (1882, p.25), la doctrina del envenenamiento puerperal es hija de la doctrina de la pluralidad de las enfermedades puerperales, “del momento en que nosotros admitimos que las afecciones puerperales múltiples pueden nacer bajo la influencia de un miasma, de un veneno, sea el que sea, estamos fatalmente conducidos a reconocer un

envenenamiento puerperal". En Colombia, también se siguió esta doctrina en algunas tesis y artículos médicos, por ejemplo, sobre la eclampsia cuya patogenia se debía a una "autointoxicación gravídica", producida por un envenenamiento de la sangre causado por el mal funcionamiento de los órganos maternos o del organismo del feto (Barceñas, 1908, p.9).

Casi una década después de la publicación del tratado de Hervieux, Luis Pasteur se presentó en 1879 ante la Academia de Medicina de París demostrando el agente causal de la fiebre puerperal (18 años más tarde de la obra capital de Ignaz Semmelweis, 1861), generando un giro copernicano en la medicina. A partir de allí, a finales del siglo XIX, se produjo un cambio radical en la mentalidad sanitaria en ambos países latinoamericanos: comenzaron a separarse las enfermas infectadas, se hizo obligatorio el lavado de manos y la desinfección de las parturientas (Restrepo, 2004, p.183-184). Con la asimilación de la doctrina pasteuriana, se afirmaba que en muchos casos no se admitía locura puerperal sino infección puerperal con delirio vehemente prolongado (Giraldo, 1906, p.10-11).

Es probable, en parte, de que la vieja teoría miasmática, así como la idea de las predisposiciones hayan sido sostenidas en desmedro de las teorías microbianas, para seguir sosteniendo el comercio internacional que anclaría los barcos en el puerto en una cuarentena deletérea en lo económico. Sin embargo, fue necesaria la intervención de Pasteur no solo en el plano científico sino en la difusión global de su descubrimiento (lo que habla del peso político de la Academia Médica Francesa) para que se produzca un cambio definitivo.

La antisepsia en la Argentina fue introducida por Ignacio Pirovano a su regreso de Europa, donde conoció a Lister e inaugurará, bajo estas prácticas, el servicio de cirugía en el Hospital de Clínicas en 1875. Pero recordemos que algunos años antes (1868), había sido expuesta la tesis de Ricardo Gutiérrez sobre el uso del cloroformo en el parto. Casi 15 años más tarde, en 1889, fue implementada en Colombia por Óscar Noguera, especializado en cirugía en Berlín, profesor de clínica quirúrgica en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, donde instaló un equipo de antisepsia con ácido fénico. En cuanto a la anestesia con cloroformo en obstetricia, fue practicada en Medellín por José Ignacio Quevedo en 1860. Datos que no resultan intrascendentes, puesto que vemos que la batalla contra el dolor comienza a agitarse en el mismo terreno en el que se combate contra los gérmenes.

En Colombia, la ginecología como especialidad se ejerció a partir de 1903, con la fundación del servicio y la cátedra de ginecología en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá. De este modo, en las primeras cuatro décadas del siglo XX, la atención del parto comenzó a realizarse de manera institucional. Es así como, en 1940, se fundó la Sociedad de Ginecología y Obstetricia.

No obstante, al margen de la implementación de esta especialidad, las locuras puerperales aparecen en los registros de los primeros asilos psiquiátricos de Colombia, como son el Asilo de Indigentes y Locas (1872) en Bogotá, hasta el Frenocomio de Mujeres (1937-1959); asimismo, aparecen en el Manicomio Departamental de Antioquia, que empezó a funcionar desde 1881. Esta nosología se desvaneció a principios de la década del 1930.

Comparativamente, en este punto de corte del periodo estudiado, se reportaba en el Hospital San Vicente de Paul en Medellín (Colombia) una significativa disminución de la mortalidad materna por infecciones puerperales, al igual que en los libros del servicio de maternidad de algunos otros hospitales (Jiménez, 1946, p.111). Pese a los avances en

la medicina del siglo XX, leemos en Beruti que las estadísticas argentinas para 1935 de defunciones maternas arrojan una mortalidad equivalente al 1,8 por mil, siendo esta cifra absolutamente falaz (al decir del autor); entre otras cosas porque el concepto de fiebre puerperal no es uniforme (Beruti, 1939, p.22).

Es el médico el que apelará a la ayuda del “buen Dios”, desde el parto espontáneo hasta esa excavación de las entrañas que lleva el magno nombre del César (cesárea); el cloroformo promete un sueño apacible y el “amparo” necesario para la madre gracias a las virtudes técnicas implementadas por el médico (Gutiérrez, 1868, p.20). Importa el dolor también, puesto que su intensidad empieza a ser captada por primera vez como riesgosa por ser desequilibrante para la vida, tanto que éste puede llevar hasta la sideración, la depresión vital o a la locura (Gutiérrez, 1868, p.66). Siguiendo a Wilhelm Griesinger, se asumió que las turbaciones mentales eran “el resultado del excesivo dolor que acompaña la expulsión del producto de la concepción; de la sobre excitabilidad muy viva de todo el sistema nervioso” (Amaya, 1894, p.66).

La medicalización del dolor en la medicina, pero aquí en particular, la intervención médica sobre el dolor en su experiencia iniciática con el parto, terminó de desplazar el acto de parir al dispositivo institucional. Sin desconocer los extraordinarios beneficios que el uso de la anestesia acarrió en el campo de la salud, logró el despertar de una herida, estructuralmente abierta, hacia el silencio anestésico del quirófano bajo el obrar de manos anónimas. El suspender la sensibilidad conseguirá un beneficio secundario para la praxis médica, no solo por atemperar el grito de la madre (ante los oídos entrenados de los galenos que se obliteraban en el ejercicio práctico) sino también por lograr evitar la exageración estética de los genitales, patente en la histeria de la época – problema que no era fácil de eludir puesto que eran ellos mismos quienes eran sus inadvertidos destinatarios.

El corrimiento de la teoría de los miasmas, de la idea atmosférica del contagio (efluvios, emanaciones pestilentes o nocivas) hacia el humano como agente de contagio, resultó ser decisivo en cuanto a la concepción de las causas y de la posición médica respecto de ésta. Aquello que había enloquecido al húngaro Semmelweis y cuya certeza lo impulsó a tomar la medida más sencilla y eficaz, como lo era el lavado de manos, debió esperar varias décadas después.

Entrada la década de 1880-1890, Robert Koch en Alemania y Louis Pasteur en Francia lograrán aislar los agentes causales de la tuberculosis y la fiebre puerperal respectivamente. La bacteriología, disciplina entonces incipiente, se pondrá al servicio de sanear las ciudades para evitar los contagios. La figura del médico social preocupado por la higiene y la salubridad estará maridada con la del político (muchos de los profesionales ocuparán cargos en los ministerios o las gobernaciones). El entusiasmo científico acarreará un espíritu moralizador de lo urbano. El gran crecimiento demográfico hacía que se planteasen nuevos problemas relacionados con la higiene pública en una discusión por demás actualizada con los centros europeos.

En la década de 1870-1880, la mortalidad general en las ciudades rondaba hasta el 50 por mil. Medio siglo después esos índices quedarán reducidos prácticamente a la mitad, en gran medida como resultado de la disminución de la mortalidad infectocontagiosa. Un proceso

que en modo alguno fue una peculiaridad de la urbanización creciente de la Argentina pero que sí debe distinguirse las historias específicas para cada enfermedad; historias que tienen que ver con la relación, siempre inestable, entre la mayor o menor agresividad de ciertos microorganismos y los niveles de inmunidad y resistencia de la población en el contexto medioambiental, los niveles de vida, la existencia de terapias específicas eficaces y las prioridades de la acción estatal en materia de salud pública (Armus, 2000).

Una crítica necesaria que debemos realizar a esta altura es para todos aquellos trabajos inspirados en un aspecto de la obra de Michel Foucault que, sin adolecer de rigor epistemológico, son el resultado de traslaciones excesivas. Nos referimos aquí a los que apelan a la idea de un estado disciplinario que tendía al control social de las plagas y asustaba con el contagio a todos sus ciudadanos. Desde luego, no podríamos descartarlo de plano, pero conviene recordar que la idea de plaga o de contagio no es homogénea, sobre todo si tenemos en cuenta que la teoría miasmática – como hemos expuesto anteriormente – prevaleció hasta casi los últimos fuegos del siglo XIX. Es ciertamente atractiva la idea de dispositivos de disciplina y la distribución biopolítica de los cuerpos con un modelo de discriminación y expulsión (Nouzeilles, 2000), pero ello no tiene en cuenta la estratificación de los dispositivos y la falta de homogeneidad del control, junto a una medicina que está abriéndose paso con enorme dificultad hacia una etapa de esplendor positivista – sin contar la desorganización y anomia a la que el Estado conmina a sus ciudadanos en momentos de epidemias, como hemos ilustrado en palabras de Groussac (1972). Es constatable sin dudas que las producciones intelectuales de los médicos estaban sujetas a lo que se esbozaba de manera incipiente como problemas de salud pública, ya sea de manera explícita o implícita.

Habiendo arribado a este punto de la historia de la medicina, constatamos cómo el discurso médico (principalmente de la mano de la obstetricia) conjugó como nunca antes se había visto, el sexo, la muerte y la locura. Allí vemos a esas mujeres ir a parir en el espacio anómico del hospital sin saber si luego volverían a sus casas. Vemos esos cuerpos arrastrados a la lógica del organismo, dando nacimiento a la clínica tal como la conocemos: la claridad de la muerte se expresa bajo el silencio del cadáver. La locura será solo un ruido parásito, un epifenómeno de la fiebre, en tanto estas “enfermas” del parto solo hablan por sus órganos, siendo el útero y sus anexos lo que en sus tejidos puede expresar su verdad. Habrá que esperar las últimas luces del siglo para que esa epistemología de la muerte dé impulso a la ciencia médica, con el positivismo a la vanguardia de una nueva higiene. Mientras tanto, el ambiente enrarecido de los miasmas seguirá prefigurando una atmósfera extraña, un clima ominoso y de sospecha.

Una sola puerpera en los primeros días es capaz de infectar un gran espacio, no solo por los loquios, sino porque todas las secreciones tienen un olor más fuerte: el sudor, la leche, las deyecciones, todas parecen adquirir condiciones especiales. En el útero hay una verdadera herida, hay senos venosos en contacto con el aire (Molina, 1873, p.28-29).

De hecho, se referían a las “fiebres de leche” y a la “metástasis lechosa”, propagación que causaba la fiebre debido a que la leche, al suprimirse o al disminuirse, se regaba por todas las paredes del cuerpo y los loquios se ponían blancos cuando eran purulentos por

su mezcla con la leche salida junto con ellos (Gómez, 1897, p.7). Concepciones que serían revaluadas con el aislamiento del estreptococo que producía la infección.

No solo se creía que los gérmenes pululaban en las paredes y en los techos penetrando en el organismo mediante el aire inspirado, sino que a su vez tenían una especial predilección por las puérperas, puesto que las fatigas a las que estaban sometidas por el embarazo y el parto, las ponían en condiciones de menor resistencia. El aire en las salas donde yacían las puérperas se viciaba debiendo respirar una atmósfera envenenada, sobre todo si se producía aglomeración de mujeres (Molina, 1873, p.30). Pero ya sea porque las condiciones del ambiente eran pestilentes o las puérperas exudaban venenos nada hacía pensar que había que lavarse las manos.

Ignaz Semmelweis había desmitificado esa ilusión atmosférica elevando la verdad a lo real, hasta la locura misma, puesto que responsabilizaba a los obstetras de ser los responsables de la transmisión de la sustancia cadavérica hacia el introito de las mujeres. Con el aislamiento de los gérmenes, lo sospechoso ya no será precisamente el ambiente sino el ser humano. En el inicio de la era bacteriana, la cama lindante al lecho de parto, llevará en la imagen de otra mujer la potencial transmisión, la impresión de un *partenaire* siniestro, aun cuando no porte de hecho ninguna intención hostil. El útero es una herida abierta que contamina a la mujer y ésta al aire a tal punto que no se sabe qué contamina a quién. Desde luego que es la mujer quien está abierta, por esencia, al ambiente haciendo de la castración femenina una fatalidad médica en sí misma, la herida abierta por excelencia. El pasaje de los miasmas y de un ambiente de sospecha hacia el cuerpo de la mujer infectada, como sospechosa de contagio, será decisivo. Sin quedar del todo claro, aún durante un tiempo prolongado, sí existía algún transporte posible de un cuerpo al otro, por más que la experiencia del médico húngaro haya sido elocuente. Más adelante, la idea de contagio será trasladada a la locura puerperal.

El fragmento que se expone a continuación muestra la realidad clínica y sanitaria del momento encarnada en una mujer alienada, embarazada, entre una maternidad que no la recibe, la presencia de la fiebre puerperal y un manicomio que tampoco la aloja por tratarse de una mujer pronta a dar a luz:

También se hizo conocer de la Sociedad [la Sociedad de Beneficencia de la Capital] lo ocurrido con la Mujer alienada y próxima a ser Madre que fue llevada a la Convalecencia y rechazada por hallarse en ese estado como lo fue también del Hospital por haberse cerrado la Sala de Maternidad a consecuencia de haberse desarrollado la fiebre puerperal; pero que fue después recibida a pedido del Jefe de Policía (Acta de Sociedad, 3 oct. 1881).

Hay casos de “afectación del vientre” debido a fiebre puerperal – aunque no solo se debe a ésta – donde existe un abatimiento no solo físico sino principalmente moral. A medida que el cuerpo va perdiendo sus formas, se pronuncia la facie (lo que se nombra como *facie hipocrática*), los ojos se profundizan y las mejillas se deprimen; así también el debilitamiento moral es profundo, hay un desinterés por el mundo y por sí mismas. Como el caso relatado por Samuel Molina (1873, p.63-64) de una joven que se mostraba apática e indiferente con su hijo, cuando previamente se consideraba una mujer muy cariñosa. Modalidad de rechazo que es atribuida inequívocamente a la debilidad en la que queda la mujer luego del parto.

Los fenómenos nerviosos son contemplados junto a la fiebre, como si el calor atrajese la histeria. Otro autor hará alusión a “ciertos fenómenos nerviosos que dependen solamente de accesos histeriformes, como son: parálisis de la lengua, afasia, contractura de los miembros etc.” Fenómenos de índole pasajera pero que en caso de persistir podrían ser posibles de tratamiento por sugestión (Trongé, 1905).

Hubo muchas mujeres que genuinamente deliraron por la fiebre puerperal y también les valió el título de psicosis. Como Emilia F., caso relatado por Beruti, que luego de un parto espontáneo, con regular pérdida de sangre, desarrolló desde los primeros días un cuadro febril cuya agravación progresiva desembocó en una “psicosis puerperal” para, al cabo de unos días, salir curada.

Parte de los “beneficios” de la “psiquiatría social” de la época se basaba en alojar muchas de las extranjeras que mendigaban en las calles en los manicomios y tildarlas rápidamente de “alienadas”. Así como esa mujer quien, según comenta un acta de la Sociedad de Beneficencia, en estado de “fiebre puerperal” fue a parar directamente al Manicomio de Mujeres luego de estar en dependencia policial sin haber sido recibida en la maternidad (Acta de Sociedad, 3 oct. 1881), también se refiere al respecto Van Praett (18 oct. 1881).

Una vez apagado el calor de la fiebre puerperal, bajo el manto de la antisepsia, la asepsia del quirófano, el silencio de la anestesia, tomará el relevo taxonómico la locura puerperal. Pasaje que situamos en las dos últimas décadas del siglo XIX. Con las modificaciones sanitarias y la higiene eficaz las estadísticas demostrarán un dramático descenso de las fiebres puerperales. En las maternidades de la ciudad de Buenos Aires, entre 1872 y 1887, el porcentaje dará un 35,07%, mientras que en 1887 solo un 11,67% (Argentina, 1889, p.497-499).

En este relevo no fueron pocos los médicos que se aplicaron al estudio de las locuras puerperales a partir de las fiebres y las infecciones, emitiendo opiniones en ocasión de los trabajos bacteriológicos como los realizados por el inmortal Pasteur (Rossi, 1908, p.29-30). No muy lejos de Bayle la infección atraía el germen de la locura, a la vez que ocultaba el matrimonio entre sexualidad y muerte.

Consideraciones finales

Las fuentes comparadas del objeto de estudio entre la Argentina y Colombia coinciden en el surgimiento de un interés por la patología mental en tesis de medicina, a finales del siglo XIX y primeras décadas de XX, punto de partida para la conformación de la disciplina psiquiátrica en ambos países latinoamericanos. A la manera francesa, incluían al principio una historia patológica y terapéutica desde la antigüedad hasta la época de presentación. A diferencia de la Argentina, donde se produjeron tesis específicas sobre locura puerperal desde 1888, en Colombia empezó el interés sobre esta nosología por la misma época, desde 1892, pero incluida como una consecuencia de la infección puerperal, de la eclampsia, así como en las clasificaciones de “delirio no vesánico” y *neurosis sine materia*, repliegue o giro sintomático similar al que se encontró en las primeras publicaciones argentinas.

Las clasificaciones de la locura puerperal trastornan los aspectos categoriales contemplados en las clases psicopatológicas. Una locura que emerge bruscamente y tiende

a reducirse. Más aún, una forma de locura que restituye *ad integrum* al cabo de un tiempo relativamente breve y que en muchos casos invita a la controversia: ¿es locura o simulación? ¿qué tipo de accidente obstétrico constituye? ¿fiebre, eclampsia, nerviosismo? Difícil es pensar este trastorno sin la histeria como discurso dominante.

Sin embargo, algunas posturas parecían ambiguas o contradictorias porque, frente a la asociación de la histeria con enfermedades inflamatorias, agudas y crónicas, sostenían: “no caeremos en la exageración de ver ó sospechar siempre la histeria en la mujer, es preciso investigarla en el encadenamiento y variedad de los síntomas insólitos, porque tal enferma que habría sido declarada tísica, apoplética, epiléptica ó paralítica puede quizá ser una histérica” (Sáa, 1894, p.8). En este caso, el reduccionismo que señalan es sobre la relación con el género femenino, pero no sobre evitar la confusión de los síntomas de la histeria con los de cuadros convulsivos y neurodegenerativos. También fue atribuida a la “fiebre histérica”, clasificada como *neurosis sine materia*, por tratarse de una locura traumática transitoria (Vásquez, 1896, p.6) que, como se vio, fue similar a la nosología del “delirio no vesánico” ocasionado por la eclampsia.

En historias clínicas de la Argentina (Hospital Neuropsiquiátrico B. Moyano) y Colombia (Manicomio Departamental de Antioquia) se observa, en algunos casos del periodo de estudio, ausencia de correlación entre el embarazo, el parto y el puerperio con el estado delirante que motivaba la internación. En estas se consignaba, por ejemplo, el diagnóstico de “locura post-infecciosa (puerperal)”, pero sin la descripción del cuadro infeccioso, aunque sí la psicosemiología de la alienación mental (“incoherencia, logorrea, excitación psíquica y motriz. Ideas melancólicas. Risas inmotivadas”) (Hospital B. Moyano, 1907). Se registraba con frecuencia que los síntomas comenzaron meses y años atrás atribuidos a una infección puerperal, pero algunas eran ingresadas con otras nosologías, como las del grupo de las manías (síndrome maniaco depresivo con delirio de persecución; manía intermitente) (Hospital Mental de Antioquia, 1916-1926). También ocurría el fenómeno de reescritura diagnóstica (palimpsesto), cuando, por ejemplo, un cuadro de locura puerperal (entendido como “confusión mental”) pasaba luego por una demencia post-confusional para terminar finalmente en una demencia precoz. Asimismo, un cuadro de “locura tóxica” puerperal aparecía posteriormente bajo la categoría de “demencia vesánica”.

Sería muy espinoso desentrañar los motivos que propiciaron ese tipo de registro clínico. Lo más usual es atribuirlo a la “evolución” de los cuadros, pero esto no deja de ser una visión sesgada a un tipo de paradigma. Muchas de esas mujeres ingresadas en los asilos continuaron alojadas allí, por falta de un hogar o de un sustento digno, una vez atravesado el trance puerperal. Es posible que dicho procedimiento de palimpsesto pueda hacerse extensivo a la psiquiatría misma, lo cual hace que los fundamentos de esta disciplina se transformen, para nosotros, en la arqueología de su búsqueda.

Lo paradójico es que, al tiempo en que empieza a emerger el tipo clínico locura puerperal, se produce un entrecruzamiento del campo disciplinar entre la obstetricia y el alienismo (con una mayor preponderancia del primero). Dijimos con anterioridad que se trataba de una época de conformación del discurso médico del lado de la obstetricia, pero también las últimas décadas del siglo XIX serán testigo de la consolidación de la disciplina psiquiátrica (creación de las primeras cátedras de enfermedades nerviosas y presencia de publicaciones

especializadas). Junto a esta consolidación comienza a darse, por parte de algunos alienistas, un considerable esfuerzo en proporcionarle a la locura puerperal un estatuto específico.

En Latinoamérica, según Rojas, Portilla y Villaseñor (2002, p.62), las cátedras de clínica psiquiátrica y enfermedades nerviosas iniciaron en Rio de Janeiro (1887), seguido de Buenos Aires (1888), Santiago de Chile (1891), Sucre (1898), La Habana (1907), Montevideo (1912), Medellín (1914), Bogotá (1916) y Lima (1916). En Colombia, si bien no se presentaron tesis y artículos especializados sobre locura puerperal o fiebre puerperal específicamente, esta nosología se encuentra en artículos médicos desde 1889 hasta 1950 sobre infección puerperal y de la que se deriva el delirio no vesánico, también atribuida al diagnóstico de histeria, descritos en tres tesis de las facultades de medicina de Antioquia y Bogotá entre 1894 y 1897. Las últimas tesis sobre infección puerperal y sus perturbaciones nerviosas y mentales, fueron presentadas hasta la década del 1940, periodo en el que se marca un menor interés por esta materia.

Como habrá podido apreciarse, hemos hecho énfasis en el vector de taxonomía dentro del nicho ecológico, ubicando la actuación de varias fuerzas que actúan contrapuestas, lo cual complejiza el abordaje y destila singulares hallazgos. El campo de visibilidad en torno a las locuras puerperales comparativamente entre Colombia y Argentina presenta ciertas aproximaciones en torno a lo que hemos dado en llamar modos de encubrimiento (eclampsia, fiebres, vómitos), pero aún dentro de la locura puerperal no ha dejado de habilitar inquietantes debates nosológicos. Esto quiere decir que tanto el embarazo, el parto, como el puerperio han sido planteados como acontecimientos desencadenantes de la locura dentro de un terreno predisponente, pero también se les ha otorgado una autonomía nosográfica en virtud de etiopatogenias singulares: autointoxicaciones, toxiinfecciones, predisposiciones afectivas particulares etc.

Lo sorprendente es que – tal como hemos insistido en varias partes –, a medida que vamos acercándonos a la década de 1940-1950, nuestra categoría pierde interés científico, se diluye en su prevalencia y languidece por ende en su campo de visibilidad. Si las locuras puerperales estuvieron contempladas en los tratados médicos desde mucho antes de su utilización en Argentina y Colombia, no menos cierto es que fueron visibilizadas primero por el discurso obstétrico institucionalizado (esto quiere decir, mujeres en la experiencia del parto hospitalario) y luego por los alienistas. Esto probablemente se debió a que muchos de éstos se resistieron a objetivar o relacionar los síntomas confusos o locos con el *postpartum* o a incluir dentro de su campo de visibilidad algo que ya figuraba de hecho en el patrimonio de la medicina obstétrica.

REFERENCIAS

ACTA DE SOCIEDAD.

Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social. AGN ISByAS, libro 8, foja 287 (Archivo General de la Nación, Buenos Aires). 3 oct. 1881.

AMAYA, Alejandro.

Contribución al estudio del delirio no vesánico. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos. 1894.

ARBELAEZ, Juan.

Infección puerperal y su tratamiento. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad de Antioquia, Colombia. 1934.

ARGENTINA, República de.

Censo municipal de Buenos Aires, 1887. Buenos Aires: Compañía Sud Americana de Billetes de Banco. 1889.

ARMUS, Diego.

El descubrimiento de la enfermedad como problema social. In: Lobato, Mirta (Comp.). *Historia Argentina: el progreso, la modernización y sus límites, 1880-1916*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana. p.509-551. 2000.

BARCENAS, Eduardo.

Contribución al estudio profiláctico y curativo de la eclampsia puerperal. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1908.

BENEFICENCIA...

Beneficencia de Cundinamarca. *Informe que el presidente de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca presenta a la Asamblea del Departamento en sus sesiones de 1923*. Bogotá: Imprenta de La Luz. 1923.

BERRIOS, Germán.

Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica. 2008.

BERUTI, Josué.

Semmelweis y la fiebre puerperal: vida y obra de un gran médico desventurado. Buenos Aires: Talleres Gráficos de Aniceto López. 1939.

BOUCHARD, Charles

Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris: F. Savy. 1887.

BOURDIEU, Pierre.

Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión. 2012.

CÉLINE, Louis-Ferdinand.

Semmelweis. Barcelona: Marbot. 2009.

CHAMPIONNIÈRE, J. Lucas.

Signos obstetricales de la degeneración. *Revista Médica de Bogotá*, v.23, n.274, p.728-734. [Traducción del *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*]. 1903.

CORREDOR, Campo E.

Contribución para el estudio de los partos difíciles, eclampsia puerperal. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1892.

DEDOMENICI, Pedro H.

Psicosis puerperal. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires. 1914.

DELEUZE, Gilles.

¿Qué es un dispositivo? In: Balibar, Étienne et al. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa. 1990.

ESQUIROL, Jean-Étienne.

Des maladies mentales, t.1: considérées sous les

rappports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Baillière. 1838.

FERNÁNDEZ, Juan R.

Contribución al estudio de la fiebre puerperal. Paris: J.Y Ferrer; Biblioteca de Europa y América. 1884.

FERNÁNDEZ, Juan R.

Contribución al estudio antiséptico de la fiebre puerperal. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 1882.

FONSO, Carlos.

Psicosis puerperales. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 1917.

FÜRSTNER, Karl.

Über Schwangerschaft und puerperal Psychosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, n.5, p.5. 1875.

GIRALDO, José.

Necesidad de la asistencia médica en los partos. Bogotá: Imprenta de La Luz. 1906.

GÓMEZ, Francisco.

Contribución al estudio del tratamiento de la infección puerperal. Medellín: Imprenta del Departamento. 1897.

GROUSSAC, Paul.

Los que pasaban. Buenos Aires: Huemul. 1972.

GUTIÉRREZ, Jairo; MÁRQUEZ, Jorge.

Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora moderna, Cundinamarca y Antioquia 1900-1960. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.32, n.1, p.55-66. 2014.

GUTIÉRREZ, Ricardo.

Supresión de los dolores del parto por el uso del cloroformo. Tesis (Doctorado en Medicina) – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 1868.

HACKING, Ian.

Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses. Virginia: University of Virginia Press. 1998.

HERVIEUX, Jacques-François.

Traité clinique et pratique des maladies puerperales et suites de couches. Paris: Adrien Delahaye. 1870.

HOSPITAL...

Hospital General de Mujeres. Sala de Maternidad. *Revista Médico Quirúrgica*, año 9, n.5, p.221-223. 23 oct. 1872.

HOSPITAL B. MOYANO.

Archivo de Historias Clínicas. 1902-1933. Núm. 1-1450. HC 3232. 1907.

- HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA.
Fondo Archivo pasivo de historias clínicas.
Laboratorio de Fuentes Históricas/Universidad
Nacional de Colombia, sede Medellín. 1916-1926.
- JIMÉNEZ, Juan.
Infecção puerperal. Tesis (Doctorado en Medicina)
– Universidad de Antioquia, Medellín, 1946.
- KOREMBLIT, Eugenio.
La obstetricia argentina en el siglo XIX. Primer
trabajo de adscripción a la cuarta cátedra de
obstetricia. Facultad de Medicina, Universidad
de Buenos Aires, Buenos Aires. 1955.
- LLAMES, Juan C.
Historia de la obstetricia. *La Semana Médica*, año
39, n.2, p.710-711. 1932.
- MALLO, Pedro.
Algo sobre la enajenación mental. Tesis (Doctorado
en Medicina) – Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires. 1864.
- MARCÉ, Louis-Victor.
Traité pratique des maladies mentales. Paris:
Baillièrre. 1862.
- MARCÉ, Louis-Victor.
*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles
accouchées et des nourrices et considérations
médico-légaux qui se rattachent a ce sujet*. Paris:
Baillièrre. 1858.
- MARTÍNEZ, José.
Las perturbaciones mentales en el Corpus
Hippocraticum: el concepto manía. *Saitabi:
Revista de la Facultat de Geografia i Història de la
Universitat de València*, n.41, p.111-124. 1991.
- MOLINA Samuel.
La fiebre puerperal y la metroperitonitis. Tesis
(Doctorado en Medicina) – Universidad de
Buenos Aires, Buenos Aires. 1873.
- NOUZEILLES, Gabriela.
La plaga imaginaria: histeria, semiosis
corporal y disciplina. *Revista de Crítica Literaria
Latinoamericana*, año 26, n.52, p.173-191. 2000.
- ORO, Pedro.
Consideraciones sobre psicosis puerperal. *La
Semana Médica*, n.5, p.709-719. jul. 1906.
- OSPINA, María A.
“Con notable daño del buen servicio”: sobre la
locura femenina en la primera mitad del siglo
XX en Bogotá. *Antípoda*, n.2, p.303-314, ene.-
jun. 2006.
- PARIS, Alexandre.
*Folie des femmes enceintes et des nouvelles
accouchées et des nourrices*. Paris: O. Maloine. 1897.
- PARODI, Alfredo.
*Estudio estadístico sobre la Maternidad del
Hospital General de Mujeres*. Tesis (Doctorado
en Medicina) – Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires. 1878.
- PINEL, Scipion.
*Traité de pathologie cérébrale ou des maladies du
cerveau*. Paris: J. Rouvier. 1844.
- PUTNAM, Carlos E.
Tratado práctico de medicina legal, t.2. Bogotá:
Imprenta de La Luz. 1908.
- RESTREPO, Libia.
*Médicos y comadronas o el arte de los partos: la
obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-
1930*. Medellín: Idea. 2004.
- RODRÍGUEZ, Belarmino.
¿La locura puerperal es una entidad auto-tóxica?
Revista Médica de Bogotá, v.33, p.394-397. 1915.
- ROJAS, Carlos; PORTILLA, Néstor;
VILLASEÑOR, Sergio.
Historiografía de la psiquiatría latinoamericana.
Investigación en Salud, v.3, n.4, p.58-70. 2002.
- ROSSI, Alberto.
Psicosis puerperales. Tesis (Doctorado en Medicina)
– Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 1908.
- SÁA, Andrés.
*Diversas formas de histeria y tratamiento de la histeria
en general*. Bogotá: Imprenta de Torres Amaya. 1894.
- TRONGÉ, Faustino.
*Contribución al tratamiento de la infección
puerperal*. Trabajo presentado a la Facultad de
Ciencias Médicas de Buenos Aires al terminar
el primer año de adscripción a la cátedra de
Clínica Obstétrica. 1905.
- VAN PRAETT, Emma.
Nota dirigida al jefe de la policía de la Capital
Federal, Marcos Paz, 18 de octubre de 1881.
Instituciones de la Sociedad de Beneficencia
y Asistencia Social. AGN ISByAS. Copiador de
notas, f.164-165, 1879-1882 (Archivo General de
la Nación, Buenos Aires). 18 oct. 1881.
- VASCHETTO, Emilio.
*Los descarriados: clínica del extravío mental:
entre la errancia y el yerro*. Buenos Aires:
Gramma. 2010.
- VÁSQUEZ, Manuel R.
Histeria traumática. Bogotá: Imprenta Nacional.
1896.
- VELÁSQUEZ, Francisco.
Eclampsia puerperal. *Boletín de Medicina*, año 2,
n.16, p.115-118. 1908.

