

# Sífilis venérea: realidad patológica, discurso médico y construcción social. Siglo XVI

Erika Gretchen Almady Sánchez

Escuela Nacional de Antropología e Historia

**RESUMEN:** *En el presente artículo se expone el discurso médico como eje de análisis para justificar la construcción social de la enfermedad, pues se considera que éste valida y legitima socialmente las explicaciones que se formulan a partir de la enfermedad como fenómeno biológico. Este es el caso de la sífilis venérea, que en los últimos años de los siglos XV y XVI prolifera en la América recién descubierta y en Europa.*

**ABSTRACT:** *The present article exposes medical discourse as an analysis axis to justify disease's social construction, as it is considered to socially validate and legitimate explanations that are formulated from the disease as a biological phenomenon. Such is the case of venereal syphilis, which in the last years of XV and XVI century proliferates in Europe and the recent discovered America.*

**PALABRAS CLAVE:** *Sífilis venérea, enfermedad, discurso médico, construcción social.*

**KEYWORDS:** *Venereal syphilis, disease, medical discourse, social construction.*

## INTRODUCCIÓN

Definir el concepto de enfermedad puede resultar complejo debido a la gran variedad de marcos teóricos desde los cuales puede analizarse: la medicina, la historia de la ciencia, la sociología, la antropología, la filosofía, etcétera. Por ello, este trabajo se basa en entender la enfermedad como un fenómeno biológico que adquiere significado a través de la cultura, ya que el individuo, la sociedad y la ciencia lo determinan, lo valoran, lo simbolizan, dando como resultado una construcción social en la que, a partir de las cualidades específicas de cada enfermedad, las personas la interpretan y moldean sus conductas como pacientes de ésta o en relación con el enfermo.

Por otro lado, según Hays [2003], la enfermedad puede analizarse desde dos perspectivas básicas; primero, como una entidad nosológica o realidad patológica y, segundo, como una construcción social. Ambas entidades no pueden considerarse estáticas dado que una se elabora en función de la otra, por lo que la enfermedad también puede ser entendida como una realidad construida [Márquez, 1994]; es decir, la realidad patológica se puede definir como el hecho biológico de la enfermedad, en el cual los microorganismos evolucionan y los síntomas pueden cambiar, ya que el medio ambiente crea o inhibe factores de resistencia, como sucede en el cuerpo humano, mientras que la construcción social, o la interpretación sobre su existencia, se genera a través del marco cultural en el cual se encuentra inserto el enfermo, además de los efectos políticos, sociales, económicos y demográficos que la enfermedad produce.

Aquí se pretende agregar una categoría más de análisis: el discurso médico, pues considero que la medicina funge como el hilo que une, explica y legitima el fenómeno biológico y la construcción social.

La medicina ha sido por antonomasia la ciencia encargada del estudio de las enfermedades, por lo menos hasta la primera mitad del siglo xx, las cuales considera fenómenos biológicos que ocurren a un ser vivo. La literatura perteneciente a este periodo se enfocó básicamente a ello, otorgando una importancia menor o nula a los efectos que las diferentes enfermedades tenían en las estructuras sociales de las poblaciones.

En la actualidad, las ciencias sociales le han dado al estudio de las enfermedades una visión un tanto más abarcadora, en la que se trata de entender la forma en que un fenómeno biológico es representado en términos culturales y sociales; tal es el caso de la antropología física.

El objetivo de este artículo es analizar cómo la medicina trató de ajustar su discurso a lo que se consideró durante el siglo xvi una nueva enfermedad y cómo este discurso repercute de forma directa en el modo en el que la enfermedad se interpreta. Así, el eje de análisis que se presenta gira en tres direcciones: la enfermedad como realidad patológica, la enfermedad en el discurso médico y la enfermedad como construcción social, de las cuales la segunda categoría es la que le da forma y sentido a la interpretación sobre su existencia.

## SÍFILIS VENÉREA: REALIDAD PATOLÓGICA

La sífilis venérea, como entidad nosológica, tal y como la conocemos actualmente, lejos de ser intemporal, hay que considerarla dentro de un marco de fases históricas y trayectorias condicionadas por factores ecológicos e inmunológicos, mutaciones, microevoluciones, etcétera, en donde la en-

fermedad ha adoptado formas distintas a consecuencia de los cambios que diferentes condiciones ambientales producen en la relación entre el germen patógeno y el cuerpo humano [López Piñero, 2002].

Asimismo, no es posible asegurar que la evolución biológica de todos los organismos es igual a la de los humanos debido a que las presiones ambientales no actúan de igual manera sobre todos los seres vivos, por lo que resulta difícil saber cómo se manifestaban los elementos patógenos en el cuerpo humano en el pasado. Para ello es posible la utilización de fuentes históricas que nos faciliten el entendimiento de los síntomas de algunas enfermedades.

En la actualidad, la sífilis venérea se caracteriza por las lesiones que provoca: chancros y erupciones que afectan piel y membranas mucosas, con largos periodos latentes, además de que las lesiones que se producen en etapas avanzadas afectan piel, órganos internos, sistema nervioso central, cardiovascular y huesos en la mayoría de los casos.

El contagio de la sífilis venérea ocurre por contacto directo con exudados infectados de las lesiones primarias localizadas en la piel y membranas mucosas, y por medio de líquidos orgánicos y secreciones como lo son la saliva, el semen, sangre y secreciones vaginales, es decir, principalmente por contacto sexual; además, también existe el contagio vía placentaria, que ocurre cuando las bacterias traspasan la placenta y el feto adquiere la enfermedad, la cual se conoce como sífilis congénita [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998].

La sífilis venérea es producida por una espiroqueta llamada *Treponema pallidum sp. pallidum*, la cual penetra a través de la mucosa sana o de piel erosionada y rápidamente se disemina en el organismo, lo que provoca que desde las primeras etapas la infección sea sistémica [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998; Powell y Cook, 2005].

Berkow y Fletcher [1994]; Aufderheide y Rodríguez-Martín [1998]; Powell y Cook [2005]; Steinbock [1976], y Ortner y Putschar [1981] dividen la evolución clínica de la sífilis venérea o adquirida en cuatro periodos principales:

1. Sífilis primaria: el periodo de incubación del *T. p. sp. pallidum* oscila entre 1 y 13 semanas, durante el cual las bacterias viajan a través del torrente sanguíneo y por el sistema linfático; mientras tanto, en el lugar de contagio aparece una fístula que va erosionando hasta convertirse en una úlcera indolora; esta lesión o chancro no sangra, pero segrega un líquido seroso. Se cura espontáneamente después de algunas semanas de adquirida la infección.
2. Sífilis secundaria: aparecen erupciones cutáneas entre las 6 y 12 semanas después de contraer la infección, que alcanzan su mayor desarrollo entre los 3 y 4 meses. Algunos síntomas son lesiones mucocutáneas,

trastornos linfáticos generalizados y lesiones oculares, óseas, articulares, meníngeas, renales, hepáticas y esplénicas, así como malestar general, cefalea, anorexia, náuseas, dolor óseo, fatiga, úlceras en la cavidad orofaríngea, linfadenopatía generalizada, laringitis, pérdida de peso, pérdida de cabello, etcétera.

3. Sífilis latente: este estadio es probablemente el más peligroso, ya que todas las lesiones cutáneas desaparecen y el individuo puede creer que se ha curado, la enfermedad sólo es detectable mediante una prueba serológica. La sífilis latente se divide en dos, latencia precoz y latencia tardía, de acuerdo con el tiempo que transcurre desde que se inicia.
4. Sífilis terciaria o tardía: las lesiones que se presentan en este estadio se pueden describir clínicamente como:
  - Sífilis terciaria benigna: se caracteriza por una degeneración progresiva y crónica de los centros de movimiento, debido al estrés fisiológico ocasionado por la enfermedad.
  - Sífilis cardiovascular: se produce la obliteración progresiva de los vasos que nutren la aorta; como consecuencia se genera una aortitis que produce un aneurisma que puede causar la muerte.
  - Neurosífilis meningovascular: afecta toda la corteza cerebral y produce la inflamación de los vasos sanguíneos de las meninges, el cerebro y la espina; los síntomas clínicos son cefalea, mareos, falta de concentración, insomnio, rigidez en la nuca, visión borrosa, además hay parálisis de los pares craneales. Cuando se afecta la médula espinal aparecen debilidad e hipertrofia de músculos de brazos y hombros, paraplejia progresiva, mielitis transversa con paraplejia flácida —que se presenta bruscamente— y pérdida de control de esfínteres, entre otros síntomas.
  - Neurosífilis parenquimatosa: suele llegar a los 30 años después del contagio; con ella se produce la destrucción de las células nerviosas de la corteza cerebral, lo que consecuentemente genera la llamada demencia sifilítica. Además, debido a la destrucción de las estructuras espinales se produce una serie de deficiencias locomotoras y sensoriales: pérdida de la noción de distancia, tiempo y movimiento, así como de la sensación de temperatura; impotencia, incontinencia, parálisis general, etcétera.

Esta es, a grandes rasgos, la forma en que actualmente se desarrolla la sífilis venérea, pero ¿eran los mismos síntomas durante el siglo xvi?, ¿podía la gente llegar a desarrollar la enfermedad hasta la última etapa? Por otro lado, ¿qué explicación daba la medicina ante la abrupta proliferación

de la enfermedad?, ¿cuál era la terapéutica utilizada para su cura? Estas son algunas preguntas que trataré de responder.

### SÍFILIS VENÉREA: DISCURSO MÉDICO

Durante los últimos años del siglo xv y el xvi, la sífilis venérea fue considerada una enfermedad “nueva”. Sin abordar el tan polémico tema sobre las teorías que explican su origen, es importante mencionar que su agudeza y acelerada propagación provocaron un desconcierto total en las poblaciones tanto de la América recién descubierta como de Europa. No se sabía nada de sus síntomas y la medicina clásica nada mencionaba sobre ella, en consecuencia no se conocía cómo enfrentarla; además, esta enfermedad marca una pauta importante en el desarrollo de la ciencia médica de los siglos xvi al xviii, ya que las teorías hipocraticogalénicas<sup>1</sup> en boga buscaron ajustar sus principios y técnicas a entenderla y curarla. Muchos fueron los nombres que se le dieron a la sífilis: mal venéreo, mal francés, mal napolitano, mal gálico, *pox*, *pudendagra*, etcétera; los más hacían referencia al lugar de donde se atribuía su origen.

Los primeros escritos médicos que se hacen sobre la sífilis sólo describían casos de enfermos, aún se encontraban lejos de insertarse en el discurso médico de la época. Uno de los primeros de los que se tiene referencia es *Tractus cum consiliis [contra] Pudendagram, seu morbum Gallicus*, publicado en 1497 por Gaspar Torella, en el que relata las observaciones que hizo a cinco víctimas de la “cruel enfermedad”. Una de ellas fue Nicolas Valentius, un joven de 24 años que en el mes de agosto tuvo relaciones sexuales con una mujer que tenía *pudendagra*; Valentius se infectó y primero le brotaron úlceras en el pene, acompañadas por endurecimiento del tejido; a los seis días, las úlceras desaparecieron, pero comenzaron fuertes dolores, sobre todo por la noche, en la cabeza, cuello, hombros, brazos y piernas. Después de diez días esas áreas se llenaron de pústulas con costra y los dolores y la erupción continuaron. En cuatro meses se comenzó a recuperar. Luego aparecieron nodos en sus extremidades, que sanaron después del uso de tratamientos purgantes, sangrías, sudoraciones, lavados con resinas, pastillas hechas con celidonia<sup>2</sup> y aloe [Quétel, 1992:20].

<sup>1</sup> Estas teorías se basan en la idea de que las enfermedades son causadas por un desequilibrio en los humores del cuerpo (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra): cuando alguno de estos elementos es alterado, por deficiencia o exceso, se produce la enfermedad. La terapéutica correspondiente consiste en tratar de restablecer dicho equilibrio.

<sup>2</sup> Hierba abundante en la Península Ibérica con gran contenido de alcaloides, por lo que resulta altamente tóxica, a la que se le han atribuido propiedades curativas.

En esta descripción se puede observar que el enfermo pasó por estadios muy similares a los que presentan los sífilíticos en la actualidad, pero en un lapso de tiempo menor. Ahora bien, la asociación entre los tratamientos utilizados y la desaparición de los síntomas puede deberse a que el enfermo haya entrado a la segunda etapa de la enfermedad (latencia) en que ya no hay signos y la persona puede creer que se ha curado.

En 1500, Torella escribe *Dialogus de dolore, cum tractatu de ulceribus in pudendagra evenire solitis*, en el cual explica que la parte de la piel que se encuentra en contacto con la pus del pudendagra se contamina, y que los órganos genitales son los más afectados; además, Torella observó que los bebés amamantados por mujeres sífilíticas sufrían infecciones en la boca y cara. Finalmente dice que “esta substancia maligna, por su virulencia y poder corrupto, afecta todo lo que lo toca y lo convierte en la misma substancia” [Quétel, 1992:20].

En 1502, Juan Almenar, médico y astrónomo, publicó un breve escrito sobre la enfermedad francesa, en el cual explica que generalmente se transmite a través del coito, pero también por besos, por la lactancia materna y por el aire corrompido. Almenar es de los primeros doctores que le dan una explicación coherente al discurso médico de la época, ya que al examinar la primera úlcera en el pene de un paciente, los dolores de cabeza y articulaciones que éste sentía los explicó con base en la teoría de los humores: las úlceras pequeñas y amarillas ocurrían por un exceso de bilis; los dolores, por la flema y las costras ulcerosas, por la bilis negra [Quétel, 1992; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998]. Para Almenar, la mejor forma de curar esta enfermedad era, siguiendo la tradición hipocraticogalénica, por medio de la dieta, una higiene adecuada y laxantes; pocos años más tarde estuvo a favor del uso del mercurio.

Poco a poco empezaron a aparecer numerosos escritos que hacían referencia a la nueva enfermedad, la literatura médica y popular proliferó, siempre enfatizando el rol del acto sexual en la infección, por lo que las primeras recomendaciones giraron en torno a ello; por ejemplo, Gilino de Ferrara, en 1497, decía: “La enfermedad es contagiosa, por lo que se recomienda evitar cualquier forma de contacto íntimo con una mujer que ha sido infectada por este peligroso padecimiento” [Quétel, 1992:22]. Por su parte, Almenar decía que después del acto sexual tanto el hombre como la mujer debían lavar meticulosamente sus genitales con agua caliente o vino usando ropa limpia, pero, sobre todo, había que evitar utilizar las toallas con que las prostitutas se limpiaban porque esas eran las más contaminadas; si a pesar de hacer esto aparecía una mancha en el pene, se tendrían que preparar mezclas de plantas y vino para rociarlo sobre la parte afectada junto con polvos hechos de oro o plomo, entre otros.

Torella también propuso remedios para curar esta enfermedad; él decía que si el pene estaba ulcerado e infectado, tenía que ser lavado con jabón, o bien, debía desplumarse y desollarse un gallo o una paloma y poner el pene ulcerado dentro de la carne tibia; si esto no era posible, había que cortar un sapo vivo en dos y hacer lo mismo. Este tipo de remedios se siguieron utilizando hasta el siglo XVIII y estaban relacionados con el discurso hipocritocogalénico, ya que se pensaba que la carne sangrante de un animal tenía el calor vital suficiente para dispersar y consumir la corrupción del miembro masculino [Quétel, 1992].

En los renglones anteriores se pueden notar dos puntos importantes: por una parte, los tratados médicos estaban enfocados a curar la enfermedad en el hombre, y por otro, las mujeres estaban estrictamente confinadas al rol contaminador.

Después del año 1500 hubo un auge de publicaciones tanto de orden médico como popular sobre la sífilis. Una de las descripciones más completas sobre esta enfermedad fue la realizada por Juan de Vigo en 1514, quien pone especial hincapié en el orden en que los síntomas aparecen: la enfermedad comienza con la aparición de una pústula en el área genital, la cual podía ser morada, negra o blancuzca y se encontraba rodeada por una especie de callosidad; a los pocos días, esta lesión sana pero el cuerpo se llena de verrugas y protuberancias, con lo cual el enfermo experimenta fuertes dolores en las extremidades y las articulaciones. Después de algunos meses aparecen tumores purulentos que hacen que los dolores se intensifiquen sobre todo por las noches; dichos tumores destruyen los huesos de la cara, la nariz y el paladar, mientras que los brazos y las piernas se dañan permanentemente [Cartwright y Biddis, 1988; Quétel, 1992].

Conforme se fue observando lo grave que era la enfermedad se fueron implementando remedios cada vez más fuertes para curarla; tal es el caso del mercurio y el guayacán. Los tratamientos mercuriales fueron descritos por Galeno y después muy utilizados por los árabes para curar enfermedades dérmicas, principalmente la lepra,<sup>3</sup> por lo cual también fueron empleados para tratar la sífilis. Los médicos Almenar, Torella, Vigo, Pintor, que en un principio eran partidarios de las sangrías, purgantes, etcétera, durante el siglo XVI utilizaron el mercurio como remedio, primero en forma de ungüento y después en baños de vapor.

Juan de Vigo recomendaba primero enfocarse en la dieta, realizaba sangrías, utilizaba purgantes y algunas medicinas ingeridas, pero en casos en

<sup>3</sup> La lepra y la sífilis venérea fueron confundidas al momento de la aparición de esta última por la similitud de sus síntomas.

los que estos remedios no servían debido a que la enfermedad ya se encontraba muy avanzada, recomendaba el uso de mercurio como ungüento, y si aun así no había mejora en el paciente, se recurría a ponerlo enfrente del fuego con el cuerpo lleno de mercurio, o bien, se introducía al enfermo a un cuarto completamente cerrado y se le aplicaban baños de vapor de mercurio durante veinte o treinta días. El resultado de ello era el cese de los dolores y la desaparición de los tumores y úlceras [Quétel, 1992; Watts, 1997].

La utilización del mercurio proliferó; pocos años después, los médicos que lo utilizaban comenzaron a darse cuenta de los daños que ocasionaba: se caían los dientes al igual que el cabello, producía parálisis, intoxicación, salivación y sudoración excesivas y, muchas veces, la muerte. Diferentes médicos dejaron de utilizarlo [Quétel 1992; Watts 1997], pero muchos otros continuaron aplicándolo a los pacientes, lo que convirtió el tratamiento en el castigo que había de pagar el enfermo; considero que esta relación tratamiento/castigo fue producida por la naturaleza misma de la enfermedad: era de transmisión sexual y afectaba principalmente genitales (llamadas “partes vergonzosas”), lo cual calificaba al enfermo como culposos y lo posicionaba dentro de los valores negativos de la sociedad.

En 1527, el médico Jacques de Béthencourt propone que se llame al mal francés la enfermedad venérea (*morbis venereus*), lo cual explica que se contagia por las relaciones sexuales, cuyo primer signo son las úlceras que aparecen en la región genital o en cualquier lugar en el que halla habido contacto; Béthencourt dice que esta enfermedad altera los humores, la pituitaria y los fluidos seminales, y se caracteriza por las erupciones cutáneas, tumores, úlceras y fuertes dolores. Además, siguiendo las teorías hipocraticogalénicas, dice que la infección se ve favorecida por algunas circunstancias particulares, un poco de calor, el coito en un momento inoportuno, el orgasmo venéreo, el contacto entre humores impuros, etcétera [Watts, 1997].

En 1526, Gonzalo Fernández de Oviedo publica *Historia Natural de las Indias*, en que asegura que el origen de la sífilis se ubica en las Indias. De Oviedo era español, proveniente de una buena familia aristocrática, y cuando estuvo en América fungió como director de minas. En 1516 se enteró de que la sífilis tenía una supuesta cura: el guayacán o madera del guacayo; no tardó en comercializar y monopolizar esta madera para curar la sífilis de europeos ricos, con lo que él y sus socios obtuvieron grandes ganancias [Quétel, 1992; Watts, 1997].

El guayacán es un árbol que crece principalmente en América Central; la resina y la madera eran utilizadas con fines terapéuticos, esta última era “el principio activo” del tratamiento para curar la sífilis. Cuando el mercurio tuvo su auge, el guayacán se comenzó a utilizar en la misma forma.



Se ponía al paciente en un cuarto caliente y se aplicaban vaporizaciones; además, se le iba reduciendo gradualmente el alimento a través de una estricta dieta y se le administraban purgantes. Sólo podía beber infusiones de guayacán y no podía salir de la habitación donde se le aplicaban las vaporizaciones durante treinta o cuarenta días, después de lo cual se pensaba que la enfermedad se había ido [Quétel, 1992].

Los baños de mercurio y guayacán fueron las curas principales para el mal francés durante mucho tiempo. Béthencourt consideraba que la enfermedad venérea era la consecuencia de una ofensa a Dios, por lo cual era necesario pagar por los pecados a través de la purificación del cuerpo y del alma. El tratamiento con guayacán, que duraba cuarenta días, representaba una penitencia rápida, mientras que el mercurio representaba la purga expiatoria [Quétel, 1992]. Se puede observar nuevamente cómo el remedio iba relacionado con el castigo, pero, además, hacia mediados del siglo xvi, el discurso médico se vio influido por el discurso religioso, ya que enfermar implicaba una falta hacia Dios y la Iglesia desempeñaba un papel muy importante dentro de la sociedad.

Los remedios para curar la sífilis se incrementaron a medida que aumentaba el número de enfermos. En 1532, Massa decía que las personas tenían que abstenerse de relaciones sexuales con mujeres afectadas por la enfermedad, especialmente si éstas se encontraban menstruando, ya que beber o tener contacto con sangre menstrua era también causa de contagio, pero si se estaba expuesto a contaminarse, era necesario lavar los genitales con vino blanco caliente (del mismo modo que Almenar proponía en 1502), o bien, aplicar vinagre sobre el miembro masculino para fortificarlo cuando existiera una tendencia corrompida.

Una vez “contaminadas” Europa y sus colonias en América, principalmente la Nueva España (es decir, hacia el último cuarto del siglo xvi), la gravedad de la sífilis venérea comenzó a cambiar, aunque no desapareció: las fiebres fueron menos intensas; las úlceras, menos frecuentes; los dolores nocturnos, más tolerables, y cada vez menos gente parecía morir por la enfermedad. No es hasta el siglo xviii cuando la sífilis venérea se convierte en una enfermedad “secreta”, como la llama Sheldon Watts [1997], debido a la vergüenza que provocaba padecerla, aunque dos siglos antes pudo serlo, pues en el transcurso del siglo xvi sus manifestaciones perdieron casi todo su carácter agudo y espectacular, y podía ocultarse fácilmente [Pérez Tamayo, 1992; Quétel, 1992; Watts, 1997; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998], en otras palabras, la enfermedad fue dejando de ser tan aguda para convertirse en crónica. ¿Se puede pensar en selección natural? Considero que el cuerpo humano creó cierta resistencia a la enfermedad, adecuándose a ella sin llegar a adaptarse.

## SÍFILIS VENÉREA: CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Las construcciones sociales de una enfermedad se establecen de acuerdo con la cultura y la ideología dominante, entre otros factores, pero sobre todo se encuentran completamente inmersas dentro de un marco histórico bien definido, por ello es imposible hablar sobre una sola construcción social de la sífilis venérea, sino que ésta varía de acuerdo con el momento histórico que se quiera analizar y, como lo indica Sheldom Watts [1997],

en toda sociedad, las epidemias influyen sobre las relaciones de poder entre una minoría dominante y la mayoría dominada, en donde la elite es la que determina la respuesta oficial a la enfermedad, de esta forma se establecen las percepciones que son el producto de un complejo de filtros culturales.

Sólo las respuestas oficiales determinan qué se puede hacer en el intento de limitar la transmisión de la enfermedad. Considero que la medicina es, en gran medida, la encargada de ofrecer dicha respuesta oficial.

Por otro lado, para analizar la enfermedad como una construcción social es necesario integrar una reflexión sobre lo que representa dentro de una red social particular la persona enferma, en este caso el sífilítico; es decir, cómo lo perciben los demás, qué significa y qué representa, en términos culturales y sociales, padecer esta enfermedad.

Es importante señalar que durante el siglo xvi en Occidente, principalmente en España y, por lo tanto, en sus colonias, la Iglesia católica desempeñaba un papel muy importante dentro de la organización política, económica y social, así como en la vida cotidiana. Era comandada por eclesiásticos, célibes por excelencia, quienes se encargaban de transmitir la imagen de un ser que no conoce el apetito sexual y es enemigo de los placeres de la carne, imagen que repercutió directamente en la forma en que debía ser llevada la sexualidad “correctamente” durante dicha época, haciendo del acto sexual una actividad pecaminosa, al grado de degenerar al ser humano [Ortega, 2000].

Es este contexto no resulta desatinado pensar que la sexualidad fuera reprimida y el coito sin fines reproductivos representara un pecado. Paradójicamente, la prostitución era tolerable porque se creía que con ella se evitarían violaciones mayores, como el incesto y el estupro, entre otros, ideas arraigadas desde el siglo xiii por Santo Tomás de Aquino en su *Suma Teológica*, documento que sintetiza el pensamiento religioso occidental [Ortega, 2000].

Ahora bien, la proliferación de la sífilis venérea se inserta en un marco histórico en que los preceptos morales y las normas sexuales eran muy rígidos, en una sociedad en que se establecía a Dios como un todo y al hombre como aquel que tiene la obligación de ajustar sus actos al orden divino [Orte-

ga, 2000]; pero la realidad era otra: la gente contraía sífilis venérea justamente porque no se acataban estas normas, como lo muestran los estudios paleopatológicos realizados a diferentes colecciones osteológicas pertenecientes a este periodo, los cuales muestran la alta incidencia de sífilis venérea en la población novohispana y europea [Márquez, 1984; Mansilla y Pijoan, 1995; Jaén, Bautista y Hernández, 1995; Buzhilova, 1999; Del Castillo, 2000; Djuric-srejc y Roberts, 2001; Almady, 2007].

Como ya se mencionó, a partir del descubrimiento de América hubo una proliferación de la sífilis venérea, sobre todo en Europa, la cual fue desencadenada por el ejército de Carlos VIII, rey de Francia, durante la invasión a Italia. Sus tropas estaban conformadas por mercenarios franceses, alemanes, húngaros, polacos, portugueses y españoles, algunos de los cuales regresaban de la recién descubierta América. Fue entonces cuando en Nápoles, las mujeres fueron expulsadas principalmente a Francia, y se dice que algunas de ellas tenían la “nueva” enfermedad. Poco después, el ejército se retiró de esta ciudad, los soldados se esparcieron por Italia, Francia y Alemania, llevando la enfermedad con ellos. Para el año 1500, toda Europa sufría los efectos epidémicos de la sífilis, pero realmente nadie sabía de dónde había venido, por lo que comenzó a ser llamada “mal napolitano”, “mal gálico”, “mal francés”, entre otros [Baker y Armelagos, 1988; Cartwright y Biddis, 1988; Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998; Pérez Tamayo, 1992; Watts, 1997].

La retirada de las tropas de Carlos VIII de Italia no fue el único factor responsable de la epidemia de sífilis de finales del siglo xv, ya que Inocencio VIII y Julio II, en 1490 y en 1505, respectivamente, clausuraron los asilos para leprosos o leprosarios y muchos pacientes que no tenían lepra sino sífilis se repartieron por Europa [Pérez Tamayo, 1992; Baker y Armelagos, 1988; Cartwright y Biddis, 1988; Quézel, 1992; Watts, 1997].

Además de los eventos antes mencionados, que probablemente favorecieron la rapidez de la diseminación de la enfermedad, un factor importante fue la gran relajación en las costumbres sexuales de esa época, sobre todo por parte de reyes, nobles y altas autoridades [Cartwright y Biddis, 1988; Quézel, 1992; Watts, 1997]. Ejemplo de ello es cuando el papa Sixto, quien construyó la Capilla Sixtina, fundó una magnífica casa de prostitución en Roma, donde cada mujer debía pagar cierta cantidad de dinero para poder trabajar [Quézel, 1992], lo cual muestra la aprobación de la prostitución en la sociedad.

Durante los últimos años del siglo xv y principios del xvi fueron muy populares los baños públicos, respecto a los cuales, en 1553, Erasmo de Rotterdam dice: “Hace 25 años nada era tan favorecido por la gente como los

baños públicos que ahora se encuentran sin calentar y vacíos, porque la nueva enfermedad de la piel nos enseña a que nos abstengamos de usarlos” [v. Watts, 1997:87].

A partir del momento en el que la sífilis comienza a esparcirse, los sacerdotes proclamaron que se trataba de un castigo divino; los astrólogos dijeron que se debía a la confluencia de Saturno y Marte; mientras que los médicos trataron de ajustar las teorías hipocraticogalénicas para explicarla; sin embargo, Juan Almenar escribió que existían dos formas de contraer la sífilis, por medio de relaciones sexuales, por lo cual afectaba a toda la población, menos a los sacerdotes, y por medio del aire, por lo cual estos últimos eran susceptibles; explicación necesaria dada la frecuencia con que la sífilis venérea afectaba a los miembros de la Iglesia [Quétel, 1992; Watts, 1997].

En el año 1530, Girolamo Fracastoro escribió una poesía inspirada en una historia de Ovidio, llamada “*Syphilis sive morbus gallicus*”, en este poema, Syphilis era el nombre de un pastor considerado héroe que fue castigado por levantar altares prohibidos en una montaña y porque llevaba una vida inmoral y llena de vicios, razones suficientes para ser castigado con una nueva y terrible enfermedad, la sífilis. La denominación de venérea viene de Venus, la diosa griega del amor [Cartwright y Biddis, 1988; Quétel, 1992; Watts, 1997].

Fracastoro dedicó mucho al estudio de la sífilis venérea, ya que, además de darle nombre a la enfermedad, menciona que la sífilis era una nueva enfermedad que estaba azotando a Europa por ser prácticamente incurable y extremadamente dolorosa, además de que la enfermedad comenzaba por los genitales y de ahí se expandía por todo el cuerpo [Aufderheide y Rodríguez-Martín, 1998].

A pesar de que la sífilis venérea fue considerada una enfermedad terrible y gran parte de la población europea estaba infectada, realmente no causó un impacto demográfico importante, como lo hizo la peste, por ejemplo.

Durante el siglo XVII, en las cortes de Francia, España e Inglaterra, así como entre eclesiásticos, la sífilis llegó a considerarse una enfermedad “galante”, ya que este padecimiento representaba una garantía de que su portador era capaz de mantener aventuras amorosas con muchas personas y eso se traducía en prestigio social [Pérez Tamayo, 1992; Quétel, 1992].

## COMENTARIOS FINALES

Para realizar el análisis de una enfermedad no se puede dejar de lado el discurso médico que opera sobre ella. Más allá de ser una construcción social, la enfermedad es una realidad construida, y el enfermo es un personaje social.

Las concepciones de una enfermedad son inseparables del desarrollo de la medicina, la enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las representaciones; a la vez, una enfermedad remite a las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento [Márquez, 1994].

Así, una enfermedad puede ser entendida a partir de tres elementos: la realidad patológica, el discurso médico, que desemboca en una realidad construida (o construcción social); ninguna de estas tres categorías se mantiene estática en una línea temporal, e incluso espacial, es decir, los micro-organismos, la ciencia y las ideas cambian.

La realidad patológica, mutable, es la base sobre la cual se construye socialmente la enfermedad, es a partir de aquello que se expresa sobre lo cual se construye socialmente, se interpreta. La construcción se hace a partir del enfermo, del cuerpo llagado, deforme, alterado; la medicina trata de darle una explicación coherente a los modelos cognitivos vigentes.

Asimismo, la realidad patológica y la construcción social de las enfermedades se encuentran estrechamente ligadas: una se plantea en función de la otra, y el discurso médico es el encargado de darles validez. A través de cómo se expresa en el individuo, cómo se trasmite, lo que significa padecerla y los efectos demográficos que tiene, la enfermedad se percibe, se interpreta y se vive en sí mismo y en el otro. No puede considerarse por sí sola sin la mirada que la califica.

No existe una concepción homogénea de una enfermedad; en general, la imagen corresponde al producto de la ideología dominante. Si se considera el discurso médico una de sus partes importantes, ésta produce, según Bachelard, “en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad” [v. Canguilhem, 1978:IX]; o en las propias palabras de Canguilhem [1978:XIII], cada ciencia se desarrolla en lo que llama “su marco cultural”, es decir, “el conjunto de relaciones y de valores ideológicos de la formación social en la que se inscribe”.

Considero que las construcciones sociales (o realidades construidas) de una enfermedad, en este caso de la sífilis venérea, no sólo se forman por medio de los grupos dominantes de una población, sino también por la manera en que es visto socialmente el sifilítico; es decir, lo que representa padecer sífilis dentro de determinado contexto histórico y social y cómo se vive la enfermedad. Así, me parece importante analizar la entidad nosológica también desde el enfermo mismo, como personaje social.

Durante el siglo XVI, las diferencias de género marcaban una pauta importante para entender la enfermedad; el discurso médico nada decía sobre las mujeres, a ellas no se les trataba, o se consideraba una terapéutica no vinculada con la medicina, sino a través de comadronas.

La sífilis venérea ha sido una enfermedad muy estigmatizada por ser de transmisión sexual; el sifilítico pasó de ser la víctima de la “nueva” enfermedad a ser el transgresor que debía recibir un castigo, y la terapéutica era la encargada de purificar al enfermo. Más allá de procurar una sanación se buscaba el castigo.

Finalmente, es importante resaltar que, si bien el tema de este artículo es la sífilis venérea en el siglo XVI, el aporte más relevante está en función de la forma en que se aborda el problema, es decir, el análisis del discurso médico como eje medular para tener un acercamiento de la construcción social de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

**Almady, S.E.**

2007 *Teorías y controversias sobre el origen de la sífilis venérea. Un análisis sobre los factores que desencadenaron la proliferación de la enfermedad en Nueva España. Siglos XVI-XIX*, tesis de licenciatura en antropología física, México, ENAH/INAH/SEP.

**Aufderheide, A. C. y C. Rodríguez-Martín**

1998 *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*, Cambridge United Kingdom, University Press.

**Baker, B. y G. Armelagos**

1988 “The Origin and Antiquity of Syphilis: Paleopathological Diagnosis and Interpretation”, en *Current Anthropology*, 29(5):703-737.

**Berkow, R. y A. Fletcher**

1994 *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*, Mosby/Doyma Libros, edición española.

**Buzhilova, A.**

1999 “Medieval Examples of Syphilis from European Russia”, en *International Journal of Osteoarcheology*, 9(5):271-276.

**Canguilhem, G.**

1978 *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.

**Cartwright, F. y M. Biddis (col.)**

1988 *Disease and History: The Influence of Disease in Shaping the Great Events of History*, Nueva York, Thomas Y. Crowell Company.

**Crosby, A.**

1991 *El intercambio transoceánico: consecuencias biológicas y culturales a partir de 1492*, México, UNAM.

**Del Castillo, O.**

2000 *Condiciones de vida y salud de una muestra poblacional de la Ciudad de México en la época colonial*, tesis de maestría en antropología física, México, ENAH/INAH/SEP.

**Djuric-Srejjic, M. y C. Roberts**

- 2001 "Paleopathological Evidence of Infectious Disease in Skeletal Populations from Later Medieval Serbia", en *International Journal of Osteoarcheology*, 11(5): 311-320.

**Hays, J. N.**

- 2003 *The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History*, New Brunswick, Nueva Jersey y Londres, Rutgers University Press.

**Jaén, M. T., J. Bautista y P. Hernández**

- 1995 "Un caso de sífilis en un entierro de la época virreinal, proveniente de la catedral metropolitana, México", en *Búsquedas y hallazgos. Estudios antropológicos en homenaje a Johanna Faulhaber*, López Alonso y Serrano Sánchez (Eds.), México, UNAM-IIA, pp. 184-192.

**López Piñero, J. M.**

- 2002 *La medicina en la historia*, Madrid, La Esfera de los Libros.

**Major, R.H.**

- 1936 "The worst plague of all", en *Disease and Destiny*, Nueva York, D. Appleton Century, pp. 290-329.

**Mansilla, J. y Pijoan, C.**

- 1995 "A Case of Congenital Syphilis during the Colonial Period in Mexico City", en *American Journal of Physical Anthropology*, 97(2):187-195.

**Márquez, L.**

- 1984 *Sociedad colonial y enfermedad. Un ensayo de osteopatología diferencial*, México, INAH (Científica, 136).
1994. *La desigualdad social ante la muerte*, México, FCE.

**Ortega Noriega, S.**

- 2000 "El discurso teológico de santo Tomás de Aquino sobre el matrimonio, la familia y los comportamientos sexuales", en *Vida cotidiana y cultura en el México virreinal*, Antología, Seminario de Historia de las Mentalidades, México, INAH (Científica), pp 27-73.

**Ortner, D.J. y W. G. J. Putschar**

- 1981 *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*, Washington y London, Smithsonian Institution Press.

**Pérez Tamayo, R.**

- 1992 *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*, México, Siglo XXI, 2a. ed.

**Powell, M. y D. Cook**

- 2005 *The Myth of Syphilis. The Natural History of Treponematoses in North America*, Florida, University Press of Florida.

**Quétel, C.**

- 1992 *History of Syphilis*, Reino Unido, Cambridge Polity Press.

**Steinbock, T. R.**

- 1976 *Paleopathological Diagnosis and Interpretation. Bone Disease in Ancient Human Populations*, Illinois, Charles C. Thomas Publisher.

**Watts, S.**

- 1997 *Epidemias y poder: historia, enfermedad, imperialismo*, Barcelona, Buenos Aires, México, Santiago de Chile, Andrés Bello.