

**Para citar este capítulo siguiendo las indicaciones de la séptima edición en español de APA:**

Hernández Ramírez, P. A. (2026). El delirio de las pústulas: concepción del delirio causado por la viruela en Bogotá 1894-1912. En J. Gutiérrez Avendaño (Dir.), *Giro copernicano de la literatura: órbitas entre ciencia, literatura y arte* (pp. 79-93). Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. <https://doi.org/10.21501/9786287765351.5>



## Capítulo 5.

# El delirio de las pústulas: concepción del delirio causado por la viruela en Bogotá 1894-1912

Pablo Andrés Hernández Ramírez\*

---

\*Historiador, Universidad de Antioquia. Docente de Ciencias Políticas, Colegio Carlos Castro Saavedra, municipio de La Estrella. Correo electrónico: [pandres.clio@gmail.com](mailto:pandres.clio@gmail.com)

## Introducción

El barrio de Las Aguas, de donde fueron conducidos al hospital de Los Alises los primeros enfermos en junio de 1910; en julio ya hubo en San Victorino, y en agosto, cuando fui nombrado practicante de dicho Hospital, ya la epidemia se había extendido por Las Cruces y San Diego. En 1911 se presentaron algunos casos en El Buen Pastor, en el Asilo de mujeres indigentes, en el Hospital de la Misericordia el de San Juan de Dios.

(Neira, 1912)

La viruela es una de las enfermedades más antiguas, hace sus apariciones en diversos registros narrativos: desde las narraciones bíblicas, hasta las crónicas de las naciones antiquísimas. Sus estragos han sido recopilados por la mayoría de las civilizaciones, su capacidad de expansión no ha permitido ni que las letras escapen a su contagio. Los estudios del fenómeno han sido variados, en Colombia podemos encontrar los relatos de Germán Colmenares (1970) en *Ensayos de Historia Social 1539-1800*, las investigaciones de Marcelo Frías Núñez (1992) *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial de antiguo régimen*, el trabajo de Renán Silva (2007) *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada*, investigaciones como *Locos y locura en la comunidad médica bogotana a finales del siglo XIX y principios del XX* (2011) de Diana Vanesa Díaz Martínez y los recientes avances de Cristhian-Fabián Bejarano Rodríguez (2021) en *La epidemia de viruela de 1782-1783 y sus efectos sobre la mortalidad en Santafé, virreinato de Nueva Granada*, que generó todo un campo investigativo de alto interés.

## La concepción del delirante

Rastreando investigaciones con dirección al siglo XIX, Michel Foucault (2004), en la Clase del 5 de diciembre de 1973, en su curso sobre el poder psiquiátrico, realizó un análisis sobre el encierro como método de curación y la familia como ente de enfermedad. De acuerdo con esto, explica la Ley de Interdicción de 1838, la cual es entendida como un proceso en que las familias entregaban a los asilos los derechos del loco, perdiendo todo derecho sobre él, incluido el del loco sobre sí, además, sentenciándole al régimen propio de la entidad a la que fuese entregado.

Esta separación legal y física del alienado sobre su familia encontraba su justificación en la teoría del cuerpo extendido, según la cual es en el seno familiar donde nacen los trastornos que, además de hereditarios —como se pensaba en la época—, también podían deberse al ambiente de crianza, debido a esto, la separación se consideraba el punto clave de la curación del loco.

Como modelo metodológico, Rafael Huertas (2011) abre un párrafo al orden y desorden psiquiátrico. Allí analizó el enfoque revisionista, que direcciona sus investigaciones a los factores coercitivos de la psiquiatría al proponer que las instituciones de control social son un área de experimentación de los valores de control que a posteriori serán aplicables a la sociedad en general, esto es, las teorías panópticas, de control, comportamiento, y así sucesivamente. No obstante, una de las principales deficiencias del estudio revisionista es la falta de conexión con los factores económicos y políticos respecto a la psiquiatría, frente a esto, nace la oportunidad de una nueva perspectiva de estudio.

La historia de la medicina y la sociedad busca una visión más amplia de los procesos históricos de la medicina y psiquiatría, sobre todo, trata de identificar la representación social del loco en diferentes períodos históricos bajo una serie de factores que constituyen la base para las ideas de “desadaptado” u “otro” de la sociedad. Al respecto Huertas (2011) apunta que:

la medicina entra en relación con la sociedad que la rodea, lo normal y lo patológico dejan de ser valoraciones objetivas —y «científicas»— para convertirse en decisiones sociales, especialmente en disciplinas de tanta trascendencia social como la psiquiatría y la medicina legal. Esta decisión se la arroga en muchas ocasiones el poder político, la moral imperante y, en definitiva, el pensamiento hegemónico que, aceptando y utilizando con mejor o peor fortuna ciertas «teorías científicas», es capaz de marginar o reducir a grupos o personas tenidas por peligrosas o molestas. (p. 23)

Así las cosas, la historia social busca una revisión crítica de la historiografía de las décadas de 1960 y 1970 una paradoja de retrospectivas propias de los estudios humanos, que nunca son una verdad absoluta.

Ahora bien, Huertas desarrolla unas observaciones sobre las nuevas tendencias historiográficas. Resalta la renovación de la visión en cuanto a las fuentes que deben tratarse y los desafíos que enfrenta una historia social de la psiquiatría al indagar:

Con trabajos específicos y fuentes hasta ahora poco utilizadas (historias clínicas, libros de registro, etc.), las características de la práctica psiquiátrica a lo largo de la historia, una historia «desde abajo» que, tal vez, ponga de manifiesto las diferencias reales entre lo que los médicos (los psiquiatras) decían en sus Tratados, en sus trabajos científicos, en sus foros de debate, etc. Y lo que realmente hacían en el interior de las instituciones o en sus gabinetes de consulta. El grado de cumplimiento de las normativas, el verdadero funcionamiento del modelo establecido, etc., son otros retos que las actuales investigaciones histórico-psiquiátricas tienen planteados. (Huertas, 2011, p. 29)

Finalmente, esta epidemia que puede perfilarse en los análisis de salud pública, medicalización, control social, vacunación e higienización de las poblaciones, tiene muchos más aspectos por tratar. En este sentido, se abre la historia de la psiquiatría y los trastornos mentales. Este campo ha versado desde las metodologías de tratamientos, hasta los modos de control social de los alienados. Tiene además un punto desde el cual abordar la viruela; al direccionarse esta enfermedad a la psiquiatría se posibilitan los procesos que a posteriori se entenderán como síndrome orgánico, es decir, enfermedades mentales producidas por la infección de un agente exterior, tal como un cuerpo externo ataca el cuerpo, hasta llegar a la infección y daño cerebral, causando así el delirio.

Es sobre este tema donde se ubica esta investigación, la cual se orienta a través de la siguiente pregunta: ¿cómo fue entendido el delirio causado por viruela desde la perspectiva académica de la medicina bogotana entre 1894 y 1912? Con este propósito, se indaga en algunas fuentes primarias, como trabajos investigativos de aspirantes a médicos en Bogotá, los cuales despliegan la explicación y descripción de la viruela como causante de delirio. De acuerdo con esto, se busca una interlocución entre dichas fuentes y engrosar el análisis que proponemos por medio de un marco de historia intelectual desde la medicina y la comprensión de un mundo epidémico-delirante entre 1894 y 1914 en la capital colombiana.

## Viruela: el cambio de los tiempos

Desde una perspectiva historiográfica se entiende que la viruela arribó con los ocupantes españoles a América. En medio de este periplo colonial la enfermedad jugó un papel importante como ventaja epidemiológica para los arribados entre los siglos XVI-XVII. Los estragos de la enfermedad fueron relevantes una vez establecida la colonia, la cual se servía del empadronamiento para mantener las lógicas económicas de las Indias al servicio del Imperio.

Los avatares dinásticos llevaron posteriormente a cambiar la perspectiva colonial en la Nueva Granada, la sucesión borbónica trajo consigo la Ilustración y el cambio de enfoque del método colonial. Siguiendo a Bejarano Rodríguez, entrado el siglo XVIII:

Una de las principales preocupaciones de las autoridades imperiales hispánicas fue el crecimiento demográfico de sus colonias, obstaculizado por los altos niveles de mortalidad. Paralelamente a este diagnóstico, se identificó a las ciudades como lugares productores de enfermedades contagiosas, responsables, en buena medida, de la alta mortalidad. (Bejarano-Rodríguez, 2023, p. 130)

A partir de esta premisa comenzó la higienización adoptada por la lógica ilustrada, en la cual la razón debía predominar sobre las preconcepciones anteriores.

Finalizado el siglo XVIII las prácticas mediadas por el pragmatismo arraigaron en los círculos científicos, los cuales se incrementaron como medidas estatales. Según Barragán Murillo (2022), en Santa Fe de Bogotá, a principios del siglo XIX:

La adopción de medidas de higiene y salubridad, para prevenir no solo el contagio de viruela sino de otras enfermedades, era una de las prácticas más habituales entre los gobiernos locales. Lo anterior se fundamentaba en la teoría miasmática que, para la época, explicaba el origen de las enfermedades epidémicas. (Barragán Murillo, 2022, p. 23)

Ya entrando en el período republicano, la joven nación se incrustó en la corriente civilizatoria de la ciencia y la comprensión científica del mundo. En ese sentido, el ya iniciado proceso de institucionalización del Estado dio paso a la modernización de las urbes y de sus habitantes. En este sentido, finalizando el siglo XIX la capital comenzó no solo una modernización del concepto de urbanización higiénica, sino también la reestructuración conceptual de la patología mental. Así lo expresa Díaz Martínez (2011):

La década de los 70 del siglo XIX sucedió con respecto a la imagen del loco y de la locura. En efecto, anteriormente la imagen del loco se construía popularmente en la medida en que la opinión de ninguna persona en particular parece primar por sobre la del resto de las personas. Para aquel periodo nadie sabía con certeza lo que la locura conllevaba, y dado tal vacío en el conocimiento sobre el tema, la imagen que se construye resulta una aglomeración de cuestiones aprehendidas exclusivamente de manera empírica y sin mayor análisis o profundidad. Cada persona, sin importar demasiado su profesión, aportaba a la imagen que del loco se tenía. Sin embargo, con la llegada de

un nuevo tiempo y la confluencia de varias circunstancias ya analizadas en la primera sección, el poder de conocer y entender al loco pasó de la sabiduría popular al conocimiento científico, y específicamente médico. (pp. 26-27)

Es posible que este panorama histórico haya sido en el que los doctores Amaya y Neira se movieran en la fría Bogotá, la capital de una república que buscaba su modernidad, no solo física sino intelectual, en la cual la ciencia médica se hacía punta de lanza para afilar el progreso, mediante una higienización que permitiera contraponerse a la naturaleza de la viruela, así como incrementar, bajo el ala científica, las probabilidades de desarrollo de la ciudad.

## El delirio de las pústulas

Las tesis de grado en Medicina, como fuente literaria científica, son, para el período y la investigación en cuestión, una fuente esencial para la comprensión y la interpretación de la óptica médica. En primera instancia, los autores despliegan un desarrollo conceptual del delirio, inspirados generalmente en las raíces antiquísimas griegas, las teorías hipocráticas, incluso en teóricos modernos como Thomas Willis, Benjamín Ball, Antonie Ritti, François Hallopeau y Jean-Étienne Esquirol. Asimismo, sus argumentos dan un repaso sobre las teorías del delirio a partir de variedad de perspectivas de estudios, como el animista, iatromecánica y psicológica.

De lo anterior, cabe resaltar la predominancia de la perspectiva de Esquirol frente al delirio. El doctor Alejo Amaya, practicante del hospital San Juan de Dios, afirma sobre Esquirol que:

Verdadera descripción del delirio. . . El hombre tiene delirio, cuando sus sensaciones no están en relación con los objetos exteriores, cuando sus ideas no están en relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y determinaciones no están en relación con sus ideas, cuando sus ideas, sus juicios, sus determinaciones son independientes a su voluntad. (Amaya, 1894, p. 17)

En primer lugar, antes de analizar el objeto de estudio, es necesario contextualizar los cuadros nosológicos que componen la viruela —desde la concepción intelectual de las fuentes en cuestión— con la intención de generar un cuadro general de la sintomatología de la enfermedad, para adentrarse, posteriormente, en sus caracteres delirantes.

Se establecieron ciertos períodos de la enfermedad, estos consistían en tres: 1) invasión, 2) erupción y 3) supuración, desecación y descamación. Para la explicación de estos fenómenos basta retomar las observaciones de Luis Carlos Neira, que en su experiencia como practicante en el hospital de virulentos Los Alisios en Bogotá, identificó las facetas de la enfermedad, a propósito de ello describe que:

Después de un periodo de incubación de ocho a doce días, como dejamos dicho, la viruela estalla bruscamente y se acusa por fiebre, escalofrío, raquialgia, cefalalgia, vómitos y un malestar general intenso. El calofrío es único, violento y prolongado como el de la neumonía; algunas veces repetido, más corto y menos intenso, como el de la pleuresía, la fiebre le precede de uno a dos días, durante los cuales el enfermo experimenta malestar, fatiga, inapetencia, sensación muy penosa de calor. Desde el primer día la fiebre alcanza a 39°.5 y 40°, por la tarde del segundo –y tercer día alcanza a 40.5 y 45°, sin que se deduzca de esto ningún pronóstico. El pulso es duro, lleno, regular; algunas veces, en los casos graves, hipotenso y dicoto; el número de las pulsaciones suben gradualmente a 100 y 120, Y en los niños hasta 60. La respiración es acelerada; sin estar de acuerdo con la temperatura, existe una verdadera disnea variólica, cuya causa no se encuentra en el pulmón. La cefalalgia puede preceder al calofrío; casi siempre aparece al mismo tiempo y persiste después de él; es frontal o generalizada, lancinante, muy violenta y por su intensidad puede recordar la cefalalgia meníngea. La raquialgia la acompaña algunas veces, pero es más frecuente; aparece con el calofrío y cesa al cabo de uno a dos días. Algunas veces aparece solamente en el momento de la erupción; es rara en la varioloide, más frecuente en la viruela discreta y más común en la viruela confluyente, más constante y más intensa. (Neira, 1912, p. 10)

Bajo esta explicación general de la enfermedad, pueden destacarse los períodos de invasión, erupción y supuración, claves en nuestro análisis, ya que son estos donde el delirio adopta su peor forma, incluso —como más tarde se verá— pueden ser signo de fatalidad en medio de la infección virulenta. Cabe decir que el delirio puede hacerse presente en todos los períodos, no obstante, las fuentes arrojan descripciones en las fases que denomino relevantes y, además, tratando de exponer lo que las fuentes otorgan, considero más pertinente mantener el análisis en el margen de estos períodos críticos de la enfermedad.

Siguiendo su análisis, Neira planteó una descripción general de su observación práctica, de ella presentó un abanico general de los delirios causados por la viruela. De este modo, bosquejó una imagen del cuadro sintomatológico. Según Neira (1912):

El delirio, más frecuente que las convulsiones, reconoce tres causas distintas, y el pronóstico varía para cada una de ellas: el delirio calmado, delirio de nerviosismo, caracterizado por un simple balbuceo, aparece por la tarde y por la noche; el delirio alcohólico que sobreviene en el período de invasión, pero sobre todo en el estado de erupción caracterizado por temblor, alucinaciones, delirio profesional; su gravedad es debida a la antigüedad de la impregnación alcohólica y a la existencia de lesiones viscerales anteriores; y por último el delirio agudo hiperpirético o tóxico, que sólo aparece en las formas graves, se traduce por una violenta agitación, excitación en la palabra y en los actos alucinaciones o ideas de suicidio; en algunos casos reviste los caracteres de la manía furiosa y se prolonga a los periodos de erupción y supuración; coincide con una temperatura elevada de pronóstico serio. (Neira, p. 12)

A modo de interlocución, resulta pertinente contrastar las descripciones precedentes de Neira con las observaciones de Amaya. Este describe, además, lo que podríamos denominar un delirio tóxico o, en sus palabras:

Violento, furioso, frenético, nombres en verdad muy adecuados. El individuo que lo sufre, presenta en efecto una excitación vivísima y el trastorno, el desorden de todas las funciones psíquicas alcanza el grado de mayor agudeza. La excitación intelectual se manifiesta por palabras incoherentes y sin sentido, por voces, cantos, gritos, palabras obscenas, etc., excitación mantenida por las alucinaciones é [sic] ilusiones terroríficas de la vista y del oído. (Amaya, 1894, p. 40)

Por todo esto, se dio una profundización de los signos del delirio, lo cual puede comenzar a proporcionarnos ciertos cimientos conceptuales que, según el caso, pueden flexibilizarse, es claro que las palabras y su representación pueden fluctuar, sin embargo, los signos y síntomas sirven de apoyo unificador. De este modo pueden rastrearse las bases teóricas del análisis del momento, con inclinación clara a la metodología europea, predominantemente francesa, de la teoría y la práctica médica. Asimismo, comenzó a dibujarse un cuadro del cambio intelectual sobre los métodos de trabajo psiquiátrico inclinado a una modernización científica. Sumado a ello, la implementación de la observación y teorización de los cuadros sintomatológicos permiten entrever el cambio de los tópicos explicativos de la ciencia médica en torno al delirio.

Por otro lado, Alejo Amaya comenzó a centralizar su observación haciendo énfasis en la manera en que los delirios se ponían en acción en el cerebro, ya que es en este órgano “donde debe residir la causa principal de esa turbación, y las modificaciones

orgánicas de los elementos nerviosos que entran en su contextura deben explicarnos su producción” (Amaya, 1894, p. 17). No obstante, a partir de ello también se preguntó: “¿debemos considerar el delirio como una lesión sin materia?” (Amaya, 1894, p. 18).

Se sigue de esta incógnita el papel clave del microscopio, allí comenzó el análisis de Amaya, centrándose cada vez más en una teoría del delirio según la cual este es causado por una bacteria —caso análogo es la sífilis— que, al infectar el cuerpo en gran medida desemboca en la infección del cerebro o la sangre, la cual es ocasionada “por partículas de naturaleza maligna, viruela, peste, etc.” (Amaya, 1894, p. 14), culminando con el delirio. A este fenómeno lo denomina congestión hiperemia cerebral, la anemia cerebral, el cual divide en varios cuadros patológicos como la ateromacia cerebral y las embolias cerebrales, sin olvidar, además, la serie de deducciones sobre la intoxicación sanguínea o alteración de la sangre. Todo esto está atravesado por una clara postura fisiológica con la cual enlazó el delirio como consecuencia sintomática, entrelazada con los calores de la fiebre. Bajo la óptica de Amaya (1894):

*En todas las flegmasías, como se comprende fácilmente, el delirio puede ser un síntoma más o menos frecuente, puesto que todo proceso inflamatorio puede estar acompañado de fiebre y ya hemos visto que en las fiebres el delirio es bastante común. Además, si se tiene en cuenta lo que ya hemos dicho de la excitabilidad nerviosa de ciertos individuos, no es raro en manera alguna que la más ligera de estas afecciones determine en ellos la aparición del delirio. Empero, como no siempre se trata de individuos predispuestos, es necesario saber que, por lo regular el delirio está en relación con los síntomas graves y sobre todo con el desorden considerable de los órganos. (p. 54)*

Aquí se puede apreciar la búsqueda de una explicación física del síntoma, es decir, un signo exterior al cerebro que esté directamente involucrado en el proceso de producción del delirio mediante una enfermedad, intoxicación, infección o fiebre, como es el caso.

Es probable que los autores hayan observado fenómenos patológicos enfocados en sus efectos delirantes acompañados de una serie de síntomas asociados a la viruela. En las deducciones de Alejo Amaya se encuentra una descripción de la estructura del comportamiento psíquico de un individuo, es decir, plantea cuatro tópicos del razonamiento que son: 1) sensación, 2) pensamiento, 3) sentimiento y 4) acción. Cualquiera de estos vectores puede ser afectado por una lesión o infección, además, puede que ya afectado uno de los cuatro, se disemine por los demás, el autor expresa que:

Las cuatro series de funciones que como hemos visto constituyen la unidad síquica, sensación, pensamiento, sentimiento y acción, pueden ser turbadas separadamente y dar lugar entonces, según la función afectada, á [sic] un delirio de las sensaciones ó [sic] delirio sensorial á [sic] un delirio del pensamiento ó [sic] delirio intelectual, á [sic] un delirio de los sentimientos y á [sic] un delirio de los actos ó [sic] delirio impulsivo. Se ha venido á [sic] admitir y caracterizar estas distintas formas, porque se observan algunas veces separadamente perversiones sensoriales por ejemplo, sin que ellas influyan ó [sic] ejerzan acción alguna sobre las demás funciones. . . las células nerviosas de la capa cortical del cerebro, son órganos esenciales e indispensables para la producción de todos los fenómenos de la vida síquica; por consiguiente, toda lesión anatómica ó [sic] dinámica de esas regiones dará lugar á [sic] concepciones delirantes. Esta aserción no puede dar lugar á [sic] la más ligera duda, sobre todo en lo que respecta al delirio sintomático. Es evidente y está perfectamente demostrado que, en las meningitis, las encefalitis, etc., lesiones bien marcadas se producen y el delirio en estos casos es considerado por todos como provocado por esas lesiones. (Amaya, 1894, pp. 28-29)

Según lo visto anteriormente, no queda duda de que la proposición de Amaya puede ser entendida como una reacción en cadena, como aquella a la que está a merced un cuerpo proclive al delirio en medio de la infección. Ese efecto dominó es más plausible si se logra advertir cómo la proposición del análisis se dirige hacia a la intención de observar una causa del delirio que tenga explicación médica. Puesto que uno de los paradigmas de la psiquiatría es la comprensión de la psicopatología, aquí se dibujan los atisbos de la división entre la locura que encuentra explicación en los signos de observación objetiva y otra en la que los síntomas no pueden ser explicados por una afectación física.

Finalmente, las observaciones de los autores denotaron una presencia del delirio en sus fases iniciales, en esta dirección pueden verse las congruencias entre ambos, y debido a su contemporaneidad pueden generar una coherencia intelectual importante. A esta afirmación se deben sumar los veredictos académicos de ambos, así, en primera instancia, Neira (1912) afirma que en el período de:

Erupción, de entre 1 a 4 días: el delirio tóxico del principio, cuando persiste en este período, es de un pronóstico excesivamente grave; sería fatal . . . cuando existe después del cuarto día de la erupción. El delirio alcohólico puede también prolongarse en este estado, pero es de un pronóstico menos severo. (p. 14)

Aquí puede observarse una constante al emparentar la enfermedad y el nivel de delirio que produce, esto también corresponde a convertir al delirio en un medidor de la severidad de la infección. En consonancia con lo dicho por Neira, Amaya corroboró las posibilidades del delirio al afirmar que en la viruela el:

Delirio puede aparecer en los cuatro períodos que caracterizan su evolución. En el primer periodo o periodo de invasión, el delirio puede aparecer bajo sus tres formas distintas y entrenar un pronóstico variable. Si se trata de un individuo muy nervioso, muy excitable, el delirio suave, tranquilo, nocturno solamente en muchos casos, es el resultado de la infección variolosa, y cesa de ordinario con el periodo de erupción. En estos casos el delirio benigno no tiene ninguna gravedad. Si por el contrario el delirio es violento y acompañado de una inyección viva de la cara y de las conjuntivas, de una elevación considerable de temperatura, el caso es por lo general muy grave y la muerte puede llegar al principio del segundo periodo. Este delirio violento desde el principio no tiene otro origen probable que el aumento de la temperatura 39°, 40° y más. Puede suceder también que desde los primeros días aparezca en el enfermo el delirio alcohólico, con su temblor, su carácter ruidoso, etc., cuando ordinariamente no aparece sino en el segundo periodo de la enfermedad. (Amaya, 1894, p. 45)

Aquí se hace plausible una utilización del delirio como indicador de la severidad de la infección, este caso es interesante ya que no se está examinando una explicación concreta de qué es el delirio y por qué se produce, sino que se utiliza el delirio como un signo que despliega la observación de la severidad de la viruela, se medicaliza el delirio como un factor más del cuadro, mientras que la nosología del delirio queda en otro plano.

Ahora bien, al aplicar estos paralelos entre enfermedad y delirio, se unió, además, la fiebre como constante que potenció este delirio y la misma enfermedad, generando un cuadro de análisis del delirio por viruela comprendido entre 1894 y 1913. La continuidad de este estudio es correspondida por las fuentes, en esta línea se puede referenciar la observación de Amaya, que planteó la articulación de los conceptos de análisis propuestos. Así despliega la idea de que si el delirio:

Persiste durante el segundo periodo debe considerarse como de grave pronóstico y para ciertos autores es síntoma siempre mortal, cuando se sostiene aun en el cuarto día de la erupción. Sin embargo, no debe aceptarse esto de un modo absoluto, porque la causa del delirio influye indiscutiblemente sobre su gravedad; si es producido, por ejemplo, por una excitabilidad anormal del cerebro, o por la alteración que el veneno varioloso haya producido en la sangre, el síntoma revestirá entonces la forma de la manía furiosa,

y la muerte llega de ordinario a principios del tercer periodo. Pero el delirio alcohólico, según hemos dicho, aparece a menudo en este periodo, y aunque revista el carácter furioso, no por eso su pronóstico ha de ser siempre tan grave. En el periodo de supuración, el delirio, si había calmado, puede volver a aparecer y su intensidad está ligada con la intensidad de la ascensión térmica, de tal modo, que si esta es violenta, puede producir en breve tiempo desórdenes cerebrales de pronóstico siempre fatal. El delirio alcohólico alcanza por lo regular en este periodo tal violencia, que es a él a quien se atribuye de ordinario la muerte del enfermo. (Amaya, 1894, p. 46)

Se bosquejó así una postura de niveles de severidad con respecto a los niveles de delirio y su relación con la fiebre, además, se mantuvo en los márgenes de los primeros tres períodos los puntos más altos del mismo. Así las cosas, cada vez se focalizó el análisis de los delirios en enfermedades como la viruela —para este caso— de carácter infeccioso.

Basta como muestra práctica de estas proposiciones con el caso de “Joaquín Gómez, de 62 años de edad, natural de Bogotá, de profesión albañil, quien entró al hospital el 11 de octubre de 1911” (Neira, 1912, p. 23), quien, tras pasar dieciséis días en el cuidado del practicante Neira, había evolucionado normalmente en su infección virulenta. Sin embargo, para el día 27 de ese mismo mes:

Después de una noche muy agitada y de mucho malestar y cuando la fiebre de supuración se presentaba con su cortejo de cefalalgia, raquialgia, sed viva, etc., con mayor intensidad que en el periodo de invasión. Encontramos a nuestro enfermo en un estado de postración y de adinamia tales, que nos llamaron la atención. Al interrogarlo nos dimos cuenta que su estado intelectual no era el del día anterior, había delirio, pero se quejaba principalmente del dolor desesperante de los pies, los que descubrimos para examinar y descubrimos que las vesículas que había el día anterior, estaban llenas de sangre negra; en el resto del cuerpo la erupción continuaba su marcha y la supuración estaba establecida. (Neira, 1912, p. 23)

En este ejemplo se materializaron los cimientos propuestos, este paciente —quien finalmente logró su curación el 19 de noviembre de 1911— padeció de viruela, encontró un progreso de su enfermedad enmarcada en la nosología habitual, no obstante, llegado su décimo sexto día de internamiento, entre los períodos de erupción y supuración, se vio inmerso en una conjunción de signos que incluyen la fiebre y llegó al delirio que podría ser tóxico. De igual modo, el lapsus del delirio se presentó al unísono del

empeoramiento de los signos de la viruela y fiebre, lo que evidencia al delirio como un factor que marca el nivel de afección de la viruela. En otras palabras, el ejemplo articula todas las posibilidades antes descritas, impulsando aún más la posibilidad de moldear una perspectiva de análisis.

## Conclusión

Para concluir, es posible observar que, de acuerdo con las fuentes descritas anteriormente, a través del examen de fenómenos como el delirio causado por enfermedades de carácter infeccioso se puede generar una serie de perspectivas de análisis que exponen una serie de articulaciones de los discursos médicos. Por consiguiente, esta breve observación plantea una posición donde el delirio juega un papel de interlocución con la enfermedad, queda atrás su función como *explanandum* y llega a ser parte de una explicación para clasificar cuadros nosológicos de enfermedades como la viruela.

Asimismo, los signos delirantes observables a nivel objetivo por los sujetos de estudios —es decir, los autores de las fuentes— arrojan vectores básicos para comprender las contingencias académicas de una época específica, en cuanto a los niveles de delirio y los períodos de avance de la patología en el individuo infectado. Desde esta perspectiva, es claro que esta aproximación investigativa se enriquece de una articulación del delirio y otros factores del cuadro patológico como la fiebre, dando a estos caracteres, que actualmente podrían verse como síndromes orgánicos, un carácter histórico-intelectual para la comprensión de la brecha entre el siglo XIX y XX.

Sería viable plantear un análisis epidemiológico dentro de los hospitales y asilos de tratamiento mental, ya Goffman (2009) señaló que en estas instituciones coexisten variedad de posibilidades de expansión de infecciones por el mismo carácter de hacinamiento, lo cual abre un enfoque sobre poblaciones asilares, lo que implica rastrear fuentes cualitativas y cuantitativas, dando razón de las posibilidades epidemiológicas, el papel de la infección en las instituciones y los motivos de defunción. Todo un análisis de la enfermedad dentro de las poblaciones enajenadas y desposeídas se abre en esta perspectiva, una visión más de la enfermedad, aquella en la que los asilos funcionan como laboratorios de control social como mostró Foucault.

## Referencias

- Alejo Amaya, A. (1894). *Contribución al estudio del delirio no vesánico*. Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos.
- Barragán Murillo, E. P. (2022). Vacunación, higiene y aislamiento: Epidemia de viruela en Bogotá a finales del siglo XIX. *Revista Memoria. Archivo General de la Nación*, (22), 22-30. [https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura\\_Web/5\\_Consulte/Recursos/Revista\\_memoria/Memoria22.pdf](https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Revista_memoria/Memoria22.pdf)
- Bejarano Rodríguez, C. F. (2021). La epidemia de viruela de 1782-1783 y sus efectos sobre la mortalidad en Santafé, virreinato de Nueva Granada. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 42(166), 68-99. <https://doi.org/10.24901/rehs.v42i166.843>
- Bejarano-Rodríguez, C. F. (2023). Inoculación, políticas higienistas e intensidad de las epidemias de viruela de 1782-1783 y 1802 en Santafé, virreinato de Nueva Granada. *HiSTOReLo Revista de Historia Regional y Local*, 15(34), 128-166. <https://doi.org/10.15446/historelo.v15n34.102738>
- Colmenares, G. (1970). *La provincia de Tunja en el Nuevo Reino de Granada: ensayo de historia social (1539-1800)*. Tercer Mundo Editores.
- Díaz Martínez, D. (2011). *Locos y locura en la comunidad médica bogotana a finales del siglo XIX y principios del XX* [Tesis de pregrado, Universidad de los Andes]. Séneca Repositorio Institucional.
- Foucault, M. (2004). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Frías Núñez, M. (1992). *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen. Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX: las epidemias de viruelas*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Goffman, E. (2009). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones historiográficas nuevas tendencias. *Frenia*, 1(1), 9-36. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/17176/1/009-historia-de-la-psiquiatria-por-que-para-que.pdf>
- Neira, L. C. (1912). *Observaciones sobre la última epidemia de viruela en Bogotá 1910-1912*. Imprenta de la Cruzada.
- Silva Olarte, R. (2007). *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada: Contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de los modelos culturales*. La Carreta Editores.