



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

HUMANIDADES EN SALUD / HISTORIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**LA PEDIATRÍA EN MÉXICO: LAS TESIS DE LA ESCUELA NACIONAL
DE MEDICINA (1869-1936)**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS**

Presenta

CARLOS ROLANDO DEL CASTILLO TRONCOSO

Directora de tesis

DRA. PATRICIA ELENA ACEVES PASTRANA

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Comité tutor

DRA. MERCEDES ALANÍS RUFINO

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO

Facultad de Medicina-UNAM

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, septiembre de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
Antecedentes y planteamiento del problema	5
El universo de trabajo. Delimitación espacio-temporal.....	10
La construcción de un marco teórico: hacia una mirada multidimensional de la enfermedad y de la niñez	12
Los objetivos de esta investigación	15
Las hipótesis formuladas	16
Metodología aplicada al análisis de las fuentes	17
Confrontación y articulación con otras fuentes y elaboración de conclusiones	18
Los capítulos y su contenido temático	18
Tipos de fuentes y archivos	20
CAPÍTULO 1. LAS TESIS PROFESIONALES DE LA CARRERA DE MEDICINA (1869-1936): ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES	22
1.1 Precisiones preliminares.....	22
1.2 Las tesis recepcionales como fuentes de investigación.....	29
1.3 El contexto histórico de la atención médica y la educación superior en la medicina infantil ..	30
1.4 Las tesis de pediatría. Su catalogación y clasificación temática	34
1.4.1 Higiene infantil y salud pública	35
1.4.2 Puericultura	36
1.4.3 Metodología clínica y propedéutica médica	37
1.4.4 Mortalidad infantil.....	38
1.4.5 Crianza y nutrición infantil.....	40
1.4.6 Una mirada al arte de curar a los niños	41
1.4.7 Enfermedades sociales de la infancia	43
1.5 Los tesisistas	46
CAPÍTULO 2. LA NIÑEZ MEXICANA: CONCEPTOS, NIÑOS REALES, NIÑOS IMAGINADOS, INSTITUCIONES Y PRÁCTICAS.....	48
2.1 El concepto de niñez: una figura multidimensional.....	48
2.1.1 Concepto de infancia: el niño en el proyecto liberal	53
2.2 La higiene: una pedagogía de la salud para la construcción de una nación.....	56
2.2.1 La higiene: el arte científico de conservar la salud y la vida	60
2.2.2 Una visión médica de la higiene: sus objetivos y áreas de acción	63

2.2.3 El potencial transformador de la higiene.....	72
2.2.4 La metodología de la higiene: los “complejos explicativos” (o argumentales) y sus características; la estratificación social.....	77
2.2.5 Higiene, civilización y ley.....	79
2.2.6 Las motivaciones que guiaron a los médicos “higienistas”	81
2.2.7 Matrimonio, familia y embarazo: fundamentos y cuidados.....	83
2.2.8 El siglo XX y el nacimiento de la puericultura moderna.....	87
2.2.9 El inicio de una nueva era en la atención médica dirigida a la infancia	98
2.2.10 La puericultura prenatal y la protección social a la madre	100
2.2.11 Los foros nacionales e internacionales y su impacto	109
CAPÍTULO 3. LA CLÍNICA DE LA INFANCIA.....	122
3.1 Orígenes del arte clínico de la pediatría.....	122
3.1.1. El desarrollo de una nueva forma de concebir la enfermedad: el escenario europeo.....	122
3.1.2. La pediatría en el contexto de la especialización médica y su desarrollo histórico	128
3.2. La metodología clínica en el siglo XIX mexicano	131
3.2.1 El examen físico: un diálogo con el cuerpo humano	137
3.2.2 La transmisión y conducción del sonido: la voz interior del cuerpo humano	143
3.2.3 Auscultación “inmediata” contra auscultación “mediata”	148
3.3 La formación del médico mexicano en el campo clínico.....	151
3.3.1 Primera mitad del siglo XIX: Manuel Carpio.....	152
3.3.2 Últimas dos décadas del siglo XIX.....	154
3.3.3 La interacción del profesor con sus alumnos.....	156
3.4 Una mirada diferente en la clínica de la infancia.....	160
3.4.1 La tesis de Mariano Herrera (1881)	161
3.4.2 La interlocución médica con el cuerpo infantil: el examen físico del niño.....	168
Capítulo 4. LOS TEMAS CENTRALES DE LA PEDIATRÍA.....	179
4.1 La mortalidad Infantil, las miradas y los análisis de los médicos: los grandes factores determinantes de la salud de los niños	179
4.1.1 La población: una fuente de riqueza	183
4.1.2 La estadística de la salud en México: el estudio “moderno” de los procesos vitales	189
4.1.3 Las variaciones y las constantes.....	195
4.1.4 La mortalidad infantil en las postrimerías del porfiriato.....	201
4.1.5 El poder aniquilador de la diarrea y de la pulmonía	202

4.1.6 La mortalidad perinatal: madres, fetos y recién nacidos	205
4.1.7 Niños prematuros, débiles al nacer y la tecnología neonatal.....	208
4.1.8 La Ciudad de México y su influencia sobre la enfermedad.....	209
4.1.8.1 Clima: “el revelador de determinantes”	209
4.1.8.2 Topografía y salud	211
4.1.8.3 Hábitat, economía familiar y violencia urbana	212
4.1.9 La “triada degenerativa”: alcoholismo, prostitución y sífilis.....	215
4.1.10 La Mortalidad infantil en la etapa Revolucionaria, 1911-1921	220
4.1.11 Las propuestas para combatir y detener la alta mortalidad infantil imperante en el país.....	223
4.2 Crianza y nutrición infantil.....	229
4.2.1 El Siglo XIX: el proceso de medicalización de la crianza y la lactancia.....	234
4.2.2 Nodrizas: entre la necesidad y la norma	240
4.2.3 La alimentación y nutrición infantil vista desde la perspectiva puericultora a partir de 1920.....	242
4.3 Enfermedades: los grandes retos para la salud infantil	254
4.3.1 Una mirada médica al arte de curar a los niños.....	255
4.3.2 Sífilis congénita: visión y pensamiento médico en México (1870-1930)	270
4.3.2.1 La sífilis y su versión congénita e infantil: un gran problema de salud pública y social	277
4.3.2.2 Patogenia y vías de contagio de la enfermedad	283
4.3.2.3 Diagnóstico: cortejo de síntomas y signos; tipos de lesiones. Evolución y pronóstico.	288
4.3.2.4 El tratamiento de la sífilis congénita infantil.....	299
4.3.3 Tuberculosis: desarrollo histórico de la “capitana de la muerte”	309
4.3.3.1 la tuberculosis en México en el siglo XIX.....	316
4.3.3.2 La tuberculosis infantil: visión de los tesisistas.....	320
4.3.3.3 Osteoartritis tuberculosa en los niños mexicanos	338
4.3.4 La desnutrición de la infancia en México	344
4.3.4.1 La desnutrición y sus factores determinantes	346
4.3.4.2 Las escuelas médicas internacionales y la experiencia mexicana	354
4.3.4.3 Profilaxis de la desnutrición: la vigencia de la lactancia materna.....	360
4.3.4.4 La desnutrición en la Casa de Cuna.....	364
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	374
BIBLIO-HEMEROGRAFÍA.....	376

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y planteamiento del problema

La investigación que aquí se presenta parte fundamentalmente del modelo metodológico que representa tanto la historia del conocimiento y de las ideas como de la historia social y cultural. Está inscrita dentro del área de las humanidades en la salud y la enfermedad humana en la División de Posgrado de las Ciencias de la Salud, dentro del programa de doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se ha realizado en gran parte gracias a una beca de apoyo proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Sus protagonistas son los niños mexicanos, así como las múltiples generaciones de jóvenes médicos graduados de la Escuela Nacional de Medicina que elaboraron sus tesis de investigación universitaria entre los años 1869 y 1936 pensando en los infantes, en sus madres y en los respectivos sistemas de salud que estuvieron involucrados en su atención médica. Se trata de una mirada particular sobre el recorrido histórico llevado a cabo por la medicina infantil – pediatría– de nuestro país en la época citada. Conviene de inicio comentar brevemente algunas precisiones al respecto.

En la terminología moderna se conoce con el nombre de *pediatría* a la rama de la medicina que se ocupa del “estudio y el tratamiento de las enfermedades, los accidentes y el desarrollo los niños.”¹ A diferencia de otras especialidades médicas, la pediatría no estuvo vinculada en su origen a un órgano característico o a un grupo de aparatos o sistemas orgánicos, como podría haber sido el caso de otras especialidades como la urología, cardiología o neurología. Tampoco nació a partir de conjuntos de enfermedades agrupadas en torno a fisiopatologías determinadas como reumatología, inmunología, endocrinología, o bien afines al desarrollo de una instrumentación especial o a innovaciones tecnológicas particulares como oftalmología, otorrinolaringología, radiología o imagenología. Su origen, en cambio, estuvo íntimamente vinculado a un grupo poblacional de la especie humana: la niñez, vista en todas sus facetas (social, cultural, psicológica, educativa, anatómica, fisiológica, clínica, patológica, preventiva y terapéutica). La filiación y la raíz de la pediatría tan cercana a los niños, a la dinámica humana, al entramado de la familia y de la sociedad han dejado su marca en la

¹ *Diccionario del Español de México*, Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios, El Colegio de México, 2010, v.2, p.1252.

historiografía y han marcado enteramente la vida de los especialistas en esta rama de la medicina en todas las épocas.²

Desde el punto de vista del quehacer historiográfico y en opinión de algunos investigadores, las piedras angulares que han permitido seguir las huellas de la pediatría son la aparición de manuales y tratados especializados con calidad “universalmente reconocida”, la creación e inauguración, así como el seguimiento de hospitales y dispensarios que “han permitido la adquisición de una experiencia práctica irremplazable e invaluable”, los cambios epistemológicos y paradigmáticos relacionados con la anatomía patológica y el método clínico, además de la emergencia de nuevas tecnologías médicas y los fenómenos asociados a la urbanización y el crecimiento de las grandes ciudades. En el caso particular de la pediatría la influencia de los factores poblacionales, el “gran público” -como lo expresa George Rosen- y su íntima vinculación con un grupo humano tan vulnerable como lo ha sido la infancia, han sido hechos primordiales en su desarrollo histórico como especialidad.³

El proceso de construcción de la pediatría como especialidad médica dio inicio prácticamente desde el siglo XVIII. En el siglo de las luces apareció una nueva visión sobre la infancia. El niño adquirió una dimensión inédita e innovadora en la sociedad y en el mundo de la salud y la enfermedad, con su propio valor y espacio que trajo consigo una nueva realidad para los infantes dentro de la colectividad humana. El niño se convirtió en “el objeto preferido de la enseñanza racional” y de los cuidados higiénicos y de la salud en hogares e instituciones. No obstante, el hilo conductor y operativo todavía correspondía a la madre de familia, a la nodriza y a las mentoras y cuidadoras del niño en hogares, inclusas y casas para “expósitos”. La tarea del médico se concretaba a ser el pedagogo, difusor y promotor de las nuevas ideas. Los galenos escribían para un público más amplio, que incluía a las madres, padres y en ocasiones a los mismos niños.⁴ Esta fue una etapa, en la que la pediatría estaba inscrita dentro de la “medicina popular e higiene social.”

² Köttek, Samuel, “Quelques remarques sur les prémices de la pédiatrie au XVIIIe siècle” (“Algunas precisiones sobre las primicias de la pediatría en el siglo XVIII”) en *Histoire des Sciences Médicales*, tomo XXXI, núm. 3-4, 1997, pp. 359-367.

³ Rosen, George, *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*. (New York: Froben Press), 1944; Köttek, S., *op.cit.*, pp. 359-365, p.360; George Weisz, “The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century”, *Bulletin of History of Medicine*, V. 77, 2003, pp. 536-575.

⁴ Seidler, Eduard, “El Desarrollo de la pediatría moderna”, en Lain Entralgo P., Luis Sánchez Granjel, José María López Piñeiro, *Historia Universal de la Medicina*, T. VI, 1974, pp. 208-215. Este autor nos presenta, para el caso europeo algunos ejemplos de textos escritos por profesionales de la medicina para estos fines y dirigidos a las

Samuel Köttek –investigador de la Universidad Hebrea de Jerusalén– designa como “protopediatras” a un compacto grupo de médicos que en el siglo XVIII lucharon por influir sobre las familias, los estados nacionales y las sociedades en general en favor de los niños. Su evolución está asociada a la salvaguarda de la infancia, la higiene pública, los métodos educativos. Sus nombres proceden de diferentes países como Inglaterra, Francia, Alemania y Suiza principalmente. La lista está encabezada por Johann Peter Frank (1745-1821) considerado por muchos como el fundador de la salud pública y la medicina social, y es seguida por personajes como Charles-Augustin Vandermonde (1727-1762), Pierre-Jean- Georges Cabanis (1757-1808), William Cadogan (1711-1797), Michael Underwood (1737-1820) y Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) entre los principales.⁵

Este conjunto de predecesores de la medicina infantil tuvo bajo su responsabilidad dar los primeros pasos para lograr la individualización de la especialidad. Se inconformaron y lucharon contra la mortalidad materna e infantil, la “negligencia de nodrizas”, el “fatalismo” de padres y familias; incluso contra la falta de interés teórico y práctico de la misma profesión médica con

madres de familia. Ver para el caso de Francia, Brouzet (1754), *Essay sur l'education medicinale des enfants et sur maladies*; en Alemania, Hufeland, (1799), *Ueber die physische erziehung der kinder*; en Inglaterra, Cadogan, (1748), *Upon nursing and management oh children*.

⁵ La obra fundamental de Frank, es *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, (“Sistema de una Policía médica integral”). Se trata de un conjunto de textos que impulsan la promoción de la salud, el fomento al bienestar colectivo y denuncia las “extremosas y duras condiciones de vida” de algunos grupos humanos como los pertenecientes a las clases trabajadoras. Se trata de una extensa obra compuesta de 4 volúmenes principales (1779-1788) y otros tres complementarios (1813-1819). El primer tomo (*servandis et augendis civibus*) se refiere a la vida matrimonial, la higiene de la reproducción, embarazo y parto. En el volumen 3 publicado en 1783, trata temas básicos de la pediatría: de la nutrición, el control alimentario, la vestimenta y la vivienda. Se trata de una verdadera primicia de la higiene infantil y la futura puericultura. En el mismo tenor está el texto de Frank denominado *Tratado sobre el modo de criar sanos a los niños, fundado en los principios de la medicina y de la física, y destinado a los padres, que tanto interés deben tener en la salud de sus hijos*, trans. D. I. De O, Madrid, 1803 citado por Claudia Agostoni, “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in México City, 1890s–1920s” en *American Journal of Public Health*, January, vol.96, num.1, 2006, pp.52-61; Charles-Augustin Vandermonde, *Ensayo sobre la manera de perfeccionar a la especie humana* (París,1756); Pierre-Jean- Georges, Cabanis, *Rapports du physique et du moral de l'homme*, (“Relación de los físico y moral del hombre”); William Cadogan, *An essay upon nursing: and the management of children, from their birth to three years of age*; The tenth edition, revisado y corregido por el autor; Londres: Imprenta de Robert Horsfield, (1772); Michael Underwood, *A treatise on the diseases of children: with general directions for the management of infants from the birth*, dos volúmenes; Londres, Imprenta J. Matthews, 1789; Christoph Wilhelm Hufeland, *Manuel de medecine pratique: Legs d'une experience de 50 ans*; (“Manual de medicina práctica; legado de una experiencia de 50 años”, traducción del alemán de la 4ª edición original; Paris, *Bulletin Clinique*, (1838); Samuel Köttek, *op.cit.*, pp. 359-367; Carlos Medina de la Garza, Martina-Christine Koschwitz, “Peter Frank y la medicina social” en *Revista Medicina Universitaria*, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, 13(52) 2011, pp.163-168; Henry Sigerist, “Johann Peter Frank, un pionero de la medicina social” en *Hitos en la historia de la salud pública*, México, Siglo XXI 5ª edición, 1998,pp.66-84.

relación al área infantil; tuvieron que convencer a las madres de los niños y a todo el conjunto de la sociedad, sobre la ventaja y la necesidad que representaba una atención profesional dirigida específicamente al menor de edad. En el pensamiento y en las publicaciones de estos autores del siglo XVIII tuvieron gran peso e influencia las obras precursoras de Hermann Boerhaave (1668-1738) y Walter Harris (1647-1732) que fueron dadas a la luz en los últimos años del siglo XVII. Estos dos personajes tuvieron un gran impacto en los médicos ilustrados, enciclopedistas y en los galenos participantes en la reforma médica de finales del siglo XVIII –en el contexto de la Revolución Francesa– y en la primera mitad del siglo XIX. Como consecuencia de su trabajo se formó todo un *corpus* de saberes y prácticas que llegó –como se verá en el transcurso de nuestra investigación– a los médicos mexicanos graduados en la Escuela Nacional de Medicina, plasmando su legado a través de sus tesis universitarias.⁶

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que la pediatría fue reconocida como una especialidad médica en el orbe hasta el siglo XIX. De hecho, el término pediatría se acuñó en el transcurso de ese siglo. Las nuevas ideas médicas que surgieron a finales del siglo XVIII –llamada Reforma médica– fueron desarrolladas y consolidadas en el transcurso y la culminación de la Revolución Francesa, e hicieron posible estudiar al niño con el “método de la ciencia natural”. Fue entonces cuando hizo su aparición la mano “científica y técnica” del médico en el campo curativo.⁷ Este profesional pudo entonces relacionar el cuadro clínico de la infancia con los hallazgos anatómicos y patológicos y además, pasar de la experiencia en el niño vivo a la observación del niño muerto: buscar la clave en el órgano y su función y en la comparación de las desviaciones patológicas con la normalidad. Lo anterior, aplicado a los niños, tomaba una novedosa dimensión dinámica de acuerdo con sus diferentes edades y estados evolutivos; el cuerpo del niño se fue convirtiendo en un problema científico.⁸

⁶ Herman Boerhaave, *Tratado de las enfermedades de los niños*; comentarios del Barón de Van Sweeten, traducido al castellano por D. Félix Galisteo y Xiorro; Madrid, Imprenta de Benito Cano, 1787, Biblioteca Nicolás León Antiguo Palacio de Medicina, (BNL) [R128.7 B647] ; Walter Harris, *De Morbis Acutis Infantum* publicado en 1689, en inglés: “A treatise of the acute diseases of infants. To which are added, medical observations on several grievous diseases” traducido del latín por John Martyn, de la Universidad de Cambridge, en 1757, tuvo 18 ediciones entre otras numerosas traducciones (texto digital completo disponible en la página de la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM.).

⁷ Erwin Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, Introduction, 1967, pp. viii-xiv, y 3-28; Eduard Seidler, *op.cit.*, 1974, pp. 208-215.

⁸ Alanís, Mercedes, “Medicina científica e higiene” en *La Atención Médica Infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2016, pp.53-55. Varios autores concuerdan en que los textos más representativos de la aplicación del nuevo método anatomo-

Acerca de este proceso para el caso europeo, existen abordajes y revisiones de considerable magnitud elaborados desde los lugares de origen de las ideas y acciones descritas líneas arriba. Sin embargo, en México no existen estudios similares, desde la perspectiva de los alumnos y profesores de la Escuela Nacional de Medicina, que en sus tesis escolares y profesionales dejaron plasmados sus intereses y planteamientos. Esto nos lleva a cuestionarnos: ¿Cómo ocurrió en nuestro país este proceso de transformación del cuerpo infantil en un “problema científico”? ¿En qué momento y de qué manera fue apareciendo la mano “científica y técnica” del médico en este orden de ideas y acciones? El dar respuesta a estas preguntas y a los cuestionamientos que de ellas deriven es una parte medular del proceso de la investigación que aquí se presenta.

Otro rasgo peculiar que ha marcado el camino de la medicina infantil a través del tiempo está vinculado con el actuar del pediatra, el especialista encargado de seguir y acompañar a su objeto de estudio –el menor de edad– en el transcurrir de su vida. En su nacimiento, crecimiento y desarrollo, en la salud o en la enfermedad y aun en su muerte. El caudal de conocimientos y prácticas que acompañan el ejercicio de la pediatría, llegan a concretarse en la cotidianeidad cuando el especialista pone en juego toda una metodología para llegar a un diagnóstico y de esta manera estar en condiciones de diseñar y llevar a cabo un tratamiento médico –el acto terapéutico núcleo fundamental del arte de curar a un niño– y construye un puente vinculatorio con el pequeño paciente y sus familiares. Este momento culminante del proceso salud-enfermedad, es otro punto nodal en el desarrollo de esta investigación sobre el camino recorrido por la pediatría en nuestro país durante el periodo analizado. Cabe preguntarse ¿cuáles fueron las características fundamentales de la metodología y la propedéutica clínica aplicada por los facultativos, así como las características de la transición terapéutica en la medicina infantil mexicana de 1869 hasta 1936 y de qué manera se desarrolló este proceso en la Escuela Nacional de Medicina –en adelante ENM– de la capital, a través de sus tesis universitarias?

Otra interrogante de este proceso de investigación tiene que ver directamente con las enfermedades que caracterizaron al horizonte epidemiológico de la infancia mexicana en los

clínico y patológico en los niños son los escritos por Charles-Michel Billard (1800-1832) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et a la mamelle* (1828), Frederic Rilliet (1814-1861) y Antoine-Charles-Ernest Barthez (1811-1891) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* (1843) en París y Eduard Friedberg, *Diagnostik der kinderkrankheiten mit besonderer rücksicht duf pathologische anatomie* en Berlín; Eduard Seidler, *op.cit.*, 1974, p. 208; De Castillo, Alberto, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México, 1880-1920*, El Colegio de México-Instituto Mora, 2006, pp.59-135.

periodos históricos analizados. En cada contexto histórico y social se observan enfermedades que afectaron a numerosas poblaciones infantiles y que fueron evaluadas tanto por criterios objetivos estadísticos y numéricos como por principios económicos, políticos y sociales e incluso por impactos psicológicos que llegaron a presentar sobre el conjunto de la sociedad. Por tales razones algunas enfermedades llegan a adquirir el estatus de “enfermedades sociales”, con un gran peso específico en una colectividad humana. Por lo tanto, es nuestro interés discernir ¿Cuáles fueron las enfermedades sociales dominantes que representaron los mayores problemas de salud infantil? ¿Cuál fue su impacto en la colectividad y como fueron enfrentadas por la medicina y la sociedad organizada en diferentes momentos de la época histórica analizada?⁹

Todas estas interrogantes forman parte del entramado de esta investigación y son resueltas durante su proceso, organizadas dentro de los capítulos que se presenta más adelante. A través del análisis de diversas fuentes primarias entre las que se destacan las tesis elaboradas por alumnos y profesores de este importante centro formador de cuadros profesionales en salud.

El universo de trabajo. Delimitación espacio-temporal

El escenario donde se verifica esta propuesta académica corresponde a la capital mexicana. La investigación está insertada dentro de una temporalidad que abarca a los dos gobiernos liberales de la segunda mitad del siglo XIX, la República Restaurada (1867-1876) y el Porfiriato (1876-1911), así como la Revolución Mexicana y los primeros años posrevolucionarios (1912-1936). Se marcó como límite cronológico inicial 1869, año en que se inició el registro y el resguardo de las tesis realizadas tanto por alumnos como por profesores de la ENM. Se realizó un corte cronológico primero en 1921, por corresponder al año en que se llevó a cabo, del 2 al 8 de enero, el Primer Congreso Mexicano del Niño convocado por el periódico *El Universal*. Sus sesiones realizadas en el anfiteatro de la Escuela Nacional Preparatoria contaron con la participación de más de 60 expertos en la niñez y un total de 87 ponencias relacionadas con los temas centrales de la pediatría como puericultura, medicina y cirugía infantil, eugenesia, higiene, psicología, psiquiatría, pedagogía y legislación infantil.¹⁰ Es pertinente señalar que los contenidos y las

⁹ Barona, Josep- Lluís, *Introducción a la Medicina*, Valencia, España, Universidad de Valencia, Publicaciones, 1992, p.588.

¹⁰ *Memoria del Primer Congreso del Niño* (1921) patrocinado por “El Universal”, 394 págs. (Catalogo, HQ 769 C6, acervo histórico de la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina (en adelante ANM), y en la Biblioteca “Antonio Caso” Facultad de Derecho, UNAM).

conclusiones de este primer congreso sintetizan en gran medida el pensamiento médico y social dominante, en relación a la infancia de nuestro país en el último cuarto del siglo XIX y los albores del siglo XX.

Sin embargo, de acuerdo con los hallazgos obtenidos en nuestras fuentes, se decidió extender la investigación hasta la tercera década del siglo XX con el objetivo de dar seguimiento y consolidar el análisis de la información ofrecida por las tesis universitarias. Las ideas que surgieron y fueron vertidas en ellas durante ese periodo, resultaron fundamentales para concretar las conclusiones de nuestra investigación. Su conjunto le dio un marco teórico a otro importante foro relacionado con la salud de la infancia: el Primer Congreso Mexicano de Pediatría efectuado del 7 al 14 de septiembre de 1938. El análisis de los resultados de estos dos foros académicos y los suministrados por nuestras fuentes primarias y secundarias nos proporcionan un valioso material para entender las transformaciones y continuidades ocurridas en estos 67 años críticos y definitorios en la historia de la salud y la atención médica de los niños mexicanos.¹¹

En lo que se refiere a las tesis realizadas por los futuros profesionales de la medicina y por algunos de sus profesores, durante el periodo de estudio, están resguardadas en el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM en el Antiguo Palacio de Medicina (Biblioteca Nicolás León). Acervo que contiene, además de las tesis, un tesoro de documentos, libros y publicaciones periódicas que en su conjunto conservan el bagaje y el alma de la cultura médica y social de tiempos pasados. Las tesis referidas poseen un extraordinario valor para la investigación histórica de las ciencias de la salud, ya que contienen información sobre diversos aspectos de la atención médica y sanitaria en general y de aquella dirigida a la población infantil.

Conviene mencionar que durante la elaboración de la tesis de Maestría en Historia, presentada por el autor de estas líneas, dedicada a “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)”, se tuvo un primer acercamiento sistemático a las tesis de

¹¹ *Memoria del Primer Congreso Mexicano de Pediatría* (1938), organizado por iniciativa de la Sociedad Mexicana de Puericultura, México, Editorial Niplos, 1938, 539 pp. Las temáticas que se manejaron en este congreso giraron sobre los tópicos más relevantes que enmarcaban la agenda de prioridades del momento : el niño en el medio rural mexicano: puericultura, asistencia médica, enfermedades más frecuentes; la alimentación infantil y todos sus componentes; la desnutrición en el niño mexicano; las enteritis y su poder devastador en la infancia; las enfermedades “tropicales” (uncinaria, ascárides, *Necator* americana, tricocéfalos, pelagra) en los niños del sureste del país (específicamente en la zona fronteriza con Guatemala); el problema de las infecciones respiratorias superiores de la infancia y el sarampión en el Distrito Federal. BNL y ANM, catalogo RJ42.M48 C65 1938.

la ENM, como fuentes para la investigación histórica.¹² Gracias a ello fue posible percatarse del gran potencial que poseen como referentes de ideas, tendencias, concepciones, usos, costumbres, testimonios y cifras para la historia de la medicina infantil en nuestro país.

La construcción de un marco teórico: hacia una mirada multidimensional de la enfermedad y de la niñez

El conocido académico neoyorquino Charles Ernest Rosenberg (n. en 1936) aporta elementos de análisis de gran interés para nuestra investigación. Plantea un modelo de criterio de "encuadre" de la enfermedad, tanto individual como colectiva, en los planos intelectual, social y cultural. Este investigador visualiza la enfermedad de manera multidimensional: percibida y racionalizada, construida social e intelectualmente, legitimadora de políticas estatales, estructuradora de interacciones sociales y sancionadora de valores culturales. Así, la enfermedad es vista como fuente de normatividad y de control social, evento a la vez biológico y social, generadora de acciones en materia de salud pública y un "repertorio de prácticas y discursos".¹³

En la dimensión de la enfermedad colectiva, de la epidemia, el académico estadounidense aporta los "bloques de construcción" útiles tanto en la aprehensión de los esfuerzos de muchas generaciones, como en la comprensión de las epidemias y su "naturaleza atemorizante". Así ofrece ambos tipos de abordaje con herramientas intelectuales valiosas en la confrontación de ideas.¹⁴ Por una parte se presenta el modelo de contaminación o "contagionista" con su carácter reduccionista, monocausal y exclusivista. Y por el otro, el estilo "configuracional" holístico, interconectivo, multifactorial, del desequilibrio del sistema.

Este proceso de investigación aspira a moverse en un terreno donde lo biomédico penetre tanto la subjetividad humana como los hechos objetivos, en un diálogo entre los avatares biológicos de la enfermedad y su impacto social. Se pretende hacer el estudio de los procesos de profesionalización, medicalización y control disciplinario aunado a las dimensiones culturales,

¹² Del Castillo, C.R., *La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)*, tesis para obtener el grado de Maestro en historia, dirigida por la Dra. Patricia Aceves Pastrana, UNAM, 2013.

¹³ Rosenberg, Charles, "Framing Disease: Illness, Society, and History" en Rosenberg Ch. y Golden J. (Editores) *Framing Disease. Studies in cultural history*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1992, pp.xiii-xxv.

¹⁴ Rosenberg, Charles, "Explaining epidemics", en Charles E. Rosenberg, *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge University Press, 1992, pp.293-304.

condiciones de vida y sus efectos en la morbilidad y mortalidad; buscando la construcción de una infraestructura sanitaria, profesional y formativa.¹⁵

En lo relativo a los encuadres analíticos referentes a la infancia de la época esta investigación se inspira en las realizadas por Mercedes Alanís, Beatriz Alcubierre, Tania Carrillo King, Susana Sosenski, Alberto Del Castillo, Ana María Carrillo, Claudia Agostoni, Anne-Emanuelle Birn, Elena Jackson Albarrán, Patience A. Schell, Alexandra Stern, Luis Jasso Gutiérrez y Pierre Meirieu entre los principales. Sus aportaciones abarcan instrumentos metódicos de razonamiento y un amplio abanico de categorías sobre patrones demográficos, significados y representaciones sociales, actitudes, creencias, percepciones, expectativas, imágenes, costumbres, y etiquetas sociales, raciales, de clase y de género. Sus trabajos abordan también el mundo de las fuerzas productivas y laborales, así como el impacto de la prensa. Además, abordan un aspecto esencial para nuestro proyecto, el de la mirada clínica e institucional sobre la niñez.¹⁶

¹⁵ Armus, Diego, “Cultura, Historia y Enfermedad. A modo de introducción” en *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina*, edición de Diego Armus, Grupo Editorial Norma, 2002, pp.11-25; Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna” en *Asclepio*, Vol.LIV, núm.2, 2002, pp.41-60; Julio Frenk, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, 3ª edición, “la salud como punto de encuentro...biología y sociedad”, 2003, pp. 23-25..

¹⁶ Alanís, Mercedes, *op.cit.*, 2016, pp.33-35; Alcubierre, Beatriz y Tania Carreño King, *Los Niños Villistas. Una mirada a la historia de la infancia en México, 1900-1920*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1996, pp.11-14; pp.37-84; Del Castillo, Alberto, *op.cit.* 2006, pp. 59-135; Sosenski, Susana, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, N. 26, julio-diciembre, 2003, pp. 45-79; Agostoni, Claudia, “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras a Ciudad de México durante la década de los 1920” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm.33, enero-junio de 2007, pp. 89-120; Schell, Patience A., “Nationalizing Children Through Schools and Hygiene: Porfirian and Revolutionary México City,” *The Americas* , 60 (4), 2004, pp.559–587; Stern, Alexandra, “Madres conscientes y niños normales, la eugenesia y el nacionalismo en el México Posrevolucionario, 1920-1940” en Laura Chazaro (Ed.) *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Zamora, 2002, pp. 293-336; Carrillo, Ana María, “El inicio de la Higiene Escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, vol.66 num.2, marzo-abril, 1999, pp.71-74; Birn, Anne Emanuelle (2007) “Child health in Latin America; historiographic perspectives and challenges”, *Historia, Ciências, Saude Manguinhos*, Rio de Janeiro, jul-sept., vol.14, núm.. 3, 2007, pp. 677-708; Jasso Gutiérrez, Luís, Mariana López Ortega, “El Impacto de los Determinantes Sociales de la salud en los niños” en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 2014; 7 1 (2): 117-125; Jasso Gutiérrez, Luís, “Estrategias integrales en salud aplicadas a los niños de México. Estado del arte y perspectivas inmediatas”, en pp.133-139, capítulo 11 del texto *Estado del Arte de la Medicina 2013-2014*, Ruelas Barajas, Enrique, Alberto Lifshitz, Gerhard Heinze, México, CONACYT, Academia Nacional de Medicina, Edición de 150 aniversario, 2014; Raineri, Flavia y cols., *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años. Bases para un dialogo deliberativo*. Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, Fundación Kaleidos, Ministerio de Salud de Buenos Aires, Foro de Primera Infancia, UNICEF, 2015, pp.15-38 y Meirieu, Pierre, *Una llamada de atención a los mayores sobre los niños de hoy*, Barcelona, Ariel, 2010, pp.9-16.

Con relación a los estudios acerca de las tesis escolares y profesionales se destaca la obra de Mariana Ortiz Reynoso, *Las tesis de farmacia en el siglo XIX mexicano*, que analiza de manera sistemática noventa y seis tesis vinculadas con la farmacia, elaboradas por alumnos y profesores de la ENM. El fruto de esta investigación nos proporciona una excelente aproximación a la farmacia de la época, y pone en evidencia que el proceso formativo de las profesiones sanitarias estuvo estrechamente relacionado a la consolidación de una comunidad científica. Asimismo, señala que en el México decimonónico la investigación en el área de la farmacia buscó el aprovechamiento de los recursos naturales del país, la construcción y enriquecimiento de una farmacopea auténticamente mexicana, el desarrollo de México y el fortalecimiento de la identidad nacional.¹⁷ La obra de Ortiz Reynoso, por su cercanía con la temática de nuestra investigación es un referente obligado de consulta.

En este mismo contexto, Rodrigo Vega y Ortega, nos señala entre otros aspectos, que dentro de las motivaciones que subyacían a la presentación de una tesis avalada por la ENM estaba el participar en el proceso de legitimización de las profesiones sanitarias, en un mercado de trabajo “inundado” de curadores no académicos. Para los jóvenes graduados, el dar a conocer sus trabajos académicos a la comunidad sanitaria, incluyendo los últimos avances científicos y tecnológicos y su aplicación en el campo de la salud en México, cobraba un sentido especial. El autor señala que las tesis de instrucción superior como fuente para la historia de la ciencia son de gran relevancia, pues a través de ellas es posible adentrarse en las reflexiones que cada egresado llevó a cabo tras varios años de estudio y de su maduración paulatina como profesionista de la salud.¹⁸

Las investigaciones de Martha Eugenia Rodríguez y de otros académicos como Sara Gaspar, Carlos Medina de la Garza, Miguel Alonso y Aurora Alcón Espín también han aportado muchos elementos teóricos y metodológicos muy valiosos en los abordajes y los análisis de las

¹⁷ Ortiz Reynoso, Mariana, Patricia Aceves Pastrana (editora y coordinadora de la investigación), *Las tesis de farmacia del siglo XIX mexicano*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2002.

¹⁸ Vega y Ortega, Rodrigo A., “Algunas reflexiones profesionales expuestas en las tesis de Farmacia de la Escuela Nacional de Medicina. La década de 1890” en *Revista eä*, Vol.3, Núm.2, diciembre 2011, investigación conformante del proyecto “Naturaleza y territorio en la ciencia mexicana (1768-1914)” dirigido por la Dra. Luz Fernanda Azuela, www.ea-journal.com, pp.1-29.

tesis que se realizan en nuestra propia investigación: la descripción de las diversas características de las tesis en el área de la salud, su valor como instrumentos de investigación tanto en México como en otros países y en otros estados de la República Mexicana permiten contrastar y comparar observaciones en diferentes escenarios y tiempos.¹⁹

Los objetivos de esta investigación

El objetivo general que persigue esta investigación es explorar la literatura médica confeccionada por el estudiantado de la ENM vertida en sus tesis universitarias de graduación de la carrera de médico cirujano en las áreas de la salud y la enfermedad dedicadas a los niños mexicanos, en las generaciones que van desde 1869 hasta 1936. La finalidad de tal pesquisa es analizar los elementos que nos permitan trazar un bosquejo del camino recorrido por la medicina infantil de nuestro país a través de este periplo transgeneracional.

De esta manera obtener los “bloques” que nos permitan reconstruir el surgimiento y desarrollo temprano seguido por la pediatría mexicana en su camino: la formación de un *corpus* de conocimientos y prácticas especializadas dentro de la medicina, así como las transformaciones experimentadas en el campo de la clínica-terapéutica dirigida a la población infantil, en México, durante la etapa de 1869 a 1936. Se trata de conocer el papel desempeñado por la Escuela Nacional de Medicina como formadora de los futuros especialistas en este campo, a través de sus propias fuentes documentales.

Dentro de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar en este proceso está el conocer cómo se fue construyendo y modelando el cuerpo del niño mexicano en sus dimensiones

¹⁹ Rodríguez, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, “Las tesis de medicina” pp.187-201; Misma autora, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario” en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010, vol. 48 num.4, pp.405-414, p. 411; Alonso, Miguel y Aurora Alcón Espín, “Las tesis doctorales de Farmacia defendidas en España durante el siglo XIX”, Madrid, Universidad Complutense, *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija de estudios sobre la Universidad*, vol.1,(1) 2008, pp.25-26; Medina De la Garza, Carlos E., Armando Hugo Ortiz Guerrero, “Tesis del siglo XIX. Primeros egresados de la Escuela de Medicina de Nuevo León”, *Ética, Filosofía e historia de la medicina, Medicina Universitaria*, Monterrey Nuevo León, 2008; Gaspar, Sara, *La tesis un proceso pedagógico de construcción de conocimientos y significados culturales*, tesis de doctorado en pedagogía, UNAM, México, 2001.

anatómicas, fisiológicas, clínicas, farmacológicas y sociales. Para lograr tal fin se examinará con detalle, el contenido de algunas tesis universitarias vinculadas con los temas de puericultura, metodología y propedéutica clínica, así como algunas enfermedades infantiles y su terapéutica médica.

Asimismo, es del interés de esta investigación conocer a mayor minucia los rasgos principales de las tesis elaboradas por los alumnos y profesores de la Escuela Nacional de Medicina, en su calidad de fuentes históricas documentales conservadas en el acervo histórico de la Biblioteca Nicolás León del Antiguo Palacio de Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM. La suma de todas estas variables nos puede ayudar a entender un poco más la complejidad que ha significado el acto terapéutico en la clínica infantil: escenarios, interacciones humanas –médicos, niños, familias, sociedades, instituciones– así como el proceso de construcción del tratamiento médico.

Las hipótesis formuladas

El análisis de las tesis realizadas por los alumnos y profesores de la ENM nos muestra que las labores de docencia e investigación clínica realizadas por los profesores y sus discípulos contribuyeron de manera relevante al surgimiento y desarrollo de la pediatría como especialidad en México y a la conformación de un *canon* de saberes y prácticas locales, en este campo de la medicina. La riqueza de los temas, conceptos, reflexiones y propuestas registrados en sus investigaciones impactaron en el proceso de conformación de un marco teórico-práctico de la medicina infantil mexicana; y, además son un buen instrumento para conocer y analizar los cambios ocurridos en la práctica de la terapéutica dirigida a los niños durante la época estudiada.

Así mismo, estos documentos resguardan las distintas contribuciones a la práctica terapéutica, al conocimiento de la naturaleza del cuerpo infantil y sus diferentes variables anatómicas, clínicas, fisiológicas, psicológicas y farmacológicas.

Finalmente, el estudio de las tesis estudiantiles permite establecer que la pediatría es un verdadero oficio social cuyo devenir histórico, al ser analizado, accede al conocimiento de las principales problemáticas sociales y de salud que rodearon a la niñez mexicana durante el periodo de estudio poniendo de relieve la necesidad de formar ciudadanos sanos, de conformidad con un ideal de nación.

Metodología aplicada al análisis de las fuentes

Se ha señalado el potencial que encierran las tesis escolares y universitarias en su calidad de fuentes de investigación histórica. Sin embargo, debe considerarse que —en su conjunto— muestran cierto grado de disparidad y heterogeneidad en su contenido y en la calidad de su información, por lo que se requiere de una estrategia específica y cuidadosa para su abordaje y análisis como se narra a continuación.

La primera acción dentro de la estrategia de trabajo es seleccionar cuidadosamente el material documental que se consideró para su análisis. Para concretar tal fin se hizo la revisión de los índices de los *Catálogos de tesis de medicina* del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM, cuyo número es de 1321 tesis para el siglo XIX y de 2825 para el XX.²⁰ De este universo se seleccionaron 96 tesis del periodo 1869-1936 con temáticas vinculadas con la pediatría o con problemas médico sanitarios relacionados con la infancia, que representa una muestra de 2.3%.

Una vez seleccionado el material de trabajo, el segundo paso fue organizarlo para efectuar su examen tanto individual (anatomía de cada tesis) como de conjunto (campos temáticos). El análisis de cada tesis busca poner en su justa dimensión la forma de pensar y de actuar de cada uno de los autores de estos textos. ¿Cuáles eran sus prioridades, motivaciones, visiones sociales, marcos culturales, éticos, conceptuales y clínicos con relación al mundo de la infancia? Descifrar los contenidos manifiestos y encubiertos de su discurso.

Dentro del gabinete de investigación, el análisis de cada uno de estos textos engloba el desglose de los elementos que los componen y caracterizan, utilizando tarjetas de identificación. Es pertinente señalar que cada tarjeta contiene los siguientes datos: autor, año de la tesis, título, número de páginas, objetivo de la tesis (allanar el requisito para su recepción profesional, o su participación en un concurso de oposición, la demostración de una hipótesis o una simple inquietud sobre temáticas específicas) la imprenta que editó la tesis, la síntesis del contenido temático, los métodos y técnicas de laboratorio o gabinete, empleados por el autor, los

²⁰ Castañeda de Infante, Carmen, (coordinadora), Clemencia Serrano, Edmelda Hernández, Sonia Flores, Fernando Martínez Cortés, Carlos Viesca, José Sanfilippo; *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, C.E.S.U, UNAM, 1988; Castañeda de Infante, Carmen, Ana Cecilia Rodríguez de Romo, *Catálogo de tesis de medicina del siglo XX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1999.

instrumentos o aparatos utilizados o mencionados, así como las tablas incluidas, ilustraciones, fotografías, conclusiones, bibliografía y autores consultados.²¹

Una vez cubierta esta parte de la investigación, se procedió a clasificar el material en campos temáticos. Esta agrupación de las tesis en diferentes áreas de conocimiento dejó dispuesto el material para un análisis integral de conjunto de los aspectos y cuestionamientos más visibles y relevantes del mundo infantil, dentro del pensar y actuar de los médicos de la época. Después de un detallado desglose temático del material de análisis disponible, se seleccionó la muestra ya señalada de 96 tesis universitarias de alumnos, alumnas y algunos profesores. Las características generales de cada uno de estos grupos temáticos se comentan en el capítulo 1.

Confrontación y articulación con otras fuentes y elaboración de conclusiones

Finalmente, la confrontación de las tesis por campos temáticos permite conjuntar los elementos constitutivos de una historia de la medicina infantil y de la clínica terapéutica médico-quirúrgica dirigida a los niños. De esta manera se pretende poner en relieve que la consulta de estas fuentes con una estrategia sistemática y específica aporta a la vez datos concretos y aproximados acerca del pensamiento médico dominante, permite la articulación de la información, y le da un sentido más funcional y práctico a la investigación.

Los capítulos y su contenido temático

En el capítulo 1. “Las Tesis escolares y profesionales de la carrera de medicina (1869-1936): estructura y características generales” se señalan las características generales de las tesis escolares y profesionales que son las fuentes fundamentales de esta investigación. Se analizan

²¹ Los expedientes escolares de cada uno de los alumnos están resguardados en el Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México (AHUNAM). En ellos es posible encontrar una historia académica de la vida de cada una de las personas que se encuentran detrás de cada tesis y en muchos casos hasta pequeñas semblanzas de sus vidas. Los autores eran originarios de diferentes estados de la República con sus respectivos marcos culturales y sociales. No fueron pocos los que estudiaron su carrera contando con muy escasos recursos económicos. En muchos casos la Escuela Nacional de Medicina apoyó a sus alumnos, condonándoles pagos de exámenes o imprimiendo sus tesis en los talleres de la Secretaría de Fomento o en algunas imprentas institucionales. Sus tesis eran revisadas detalladamente por el Jurado Sinodal previo al examen profesional y eran defendidas por lo general en el Salón de Actos de la ENM el primer día del examen. Al día siguiente el mismo Jurado los examinaba ante un enfermo en el anfiteatro del Hospital de San Andrés, el Hospital Morelos y a partir de 1920 en el Hospital General o el Hospital Juárez. En el transcurso de esta investigación se irán comentando los casos específicos de algunos alumnos y alumnas, autoras de tesis.

aquellas propiedades esenciales que las convierten en surtidores privilegiados de información con relación al campo de la salud y la enfermedad infantil.

La información que nos entregan está vinculada a la formación académica del estudiante de medicina en diferentes momentos de la historia de nuestro país. La exploración de su contenido nos permite descifrar algunos elementos constituyentes del *canon* de conocimientos y prácticas construidos a través de varias generaciones por los médicos mexicanos. La muestra documental es de 96 tesis universitarias seleccionadas de un universo total de 4146 (2.36%).²² El repertorio de temas escogidos está vinculado con la vida y la muerte de los niños, sus cuidados, la mirada que la medicina fue conformando de ellos; su crianza y enfermedades; visiones clínicas, terapéuticas y representaciones sociales.²³

El capítulo 2. “La niñez mexicana: conceptos, instituciones y prácticas” presenta una visión conceptual de la niñez a través del pensamiento médico vertido en las tesis universitarias. Como veían los académicos de la medicina mexicana a los niños de su país, y a partir de que elementos conformaron toda una praxis dirigida a su formación, cuidados y atención a su salud. El papel que jugaron en ello las ideas y los diagnósticos evolucionistas, la higiene y su vocación pedagógica.²⁴

El capítulo 3. “La clínica en la infancia” versa sobre la formación del médico en el área de la metodología clínica y la propedéutica médica en los años estudiados. Incluye una pequeña introducción sobre los orígenes del paradigma anatomopatológico y la clínica durante el transcurso del siglo XIX en Europa y en México. Se analizan varias tesis de diferentes años que tratan sobre diversos tópicos de la metodología y la propedéutica clínica, tanto en la medicina general como en el arte pediátrico. Se comentan varias ideas procedentes de guías, manuales y textos relacionadas con el tema, expresadas por algunos catedráticos de clínica interna y método clínico de finales del siglo XIX y de los inicios del siglo XX, como los profesores Manuel

²² De este universo total de 4146 tesis, 238 (5.7%) corresponden a temáticas vinculadas con la salud infantil. Después de un proceso detallado de selección, se decidió incluir en el análisis solamente al 40% de ellas, mas cercanas a los objetivos de la investigación.

²³ Higiene y puericultura; Metodología y propedéutica clínica, Mortalidad infantil, nutriología, enfermedades “sociales” de la niñez (tuberculosis, sífilis, desnutrición) y severos problemas de salud pública en el área de la infancia: enteritis, oftalmía purulenta, difteria, escarlatina y tiña.

²⁴ El análisis del material tesis parte de una base conceptual elaborada por varios investigadores expertos en el campo de la historia de la niñez.

Carmona y Valle, Secundino Sosa, Manuel Flores y José Terrés que impactaron en la formación de diversas generaciones de facultativos.

El capítulo 4. “Los temas centrales de la pediatría” trata sobre los tópicos fundamentales que atraparon con mayor frecuencia la atención de los médicos en su etapa formativa. El primero es la mortalidad infantil con sus grandes determinantes y su abordaje estadístico; las características del escenario físico en las cuales se presentaron; así como los cambios suscitados en el Porfiriato, la Revolución Mexicana y la etapa de reconstrucción nacional emprendida por el gobierno constitucionalista.

Otro tema capital fueron los cuidados médicos de la infancia: la crianza y la nutrición infantil, que generaron un gran número de abordajes en las tesis universitarias. Las enfermedades infantiles son también un tópico atendido y para su análisis se dividieron en dos grupos: en el primero se tratan algunos problemas de salud que tuvieron interés por su severidad, los retos a vencer y su difícil curación, que requirieron nuevas terapéuticas o representaron serios problemas de salud pública en la comunidad. Tales fueron los casos de las enteritis estacionales de la Ciudad de México, la oftalmia purulenta de los recién nacidos, la difteria; la escarlatina y la tña.

El segundo grupo trata las “enfermedades sociales” que generaron un gran interés no solo en la comunidad escolar sino en el país en general. Enfermedades que trascendieron al ámbito de la medicina convirtiéndose en prioridades nacionales: sífilis congénita-infantil, tuberculosis de la infancia, y desnutrición de la niñez. Se trata de enfermedades que moldearon y marcaron el perfil de la pediatría mexicana en ciernes.

Tipos de fuentes y archivos

Las fuentes consultadas en esta investigación fueron principalmente documentos tanto de índole física como virtual y digital. Además de las tesis escolares y profesionales ya citadas, se consultaron una amplia variedad de textos, tanto locales como procedentes de otros países. Se revisaron también diferentes publicaciones periódicas, revistas médicas y científicas, así como prensa pública y especializada; memorias de congresos médicos, diversos documentos de archivos institucionales, planes de estudio escolares, recetarios y formularios médicos, cartas y

memorandos institucionales. Los archivos y acervos consultados en esta investigación fueron básicamente los siguientes.

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina (UNAM) y el acervo de la Biblioteca Nicolás León, administrados por el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina, UNAM; ambos situados en el Antiguo Palacio de Medicina, en el Centro Histórico de la Ciudad de México y referidos durante el trascurso de la investigación con las siglas AHFM-UNAM y BNL respectivamente. Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México, administrado por el Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación de la UNAM, referido como AHUNAM y la Biblioteca Nacional de México, con su Fondo Reservado y su Hemeroteca presencial y digital. Ambos acervos situados en el Centro Cultural Universitario en Ciudad Universitaria, Ciudad de México; ésta última referida como BNM. Acervo histórico de la Academia Nacional de Medicina, referido como ANM, sito en la Unidad de Congresos del CMN Siglo XXI, del IMSS. Siendo las fuentes documentales consultadas elementos medulares en la construcción de esta investigación, se incluye en muchos casos su ficha de catálogo dentro de los archivos.

A lo largo del texto también se incluye material fotográfico de archivo e ilustraciones publicadas en algunas tesis. Detrás de cada una de las tesis estudiadas están las personas, los seres humanos que las desarrollaron, confeccionaron y defendieron en su momento en sus exámenes profesionales presentados en la ENM. En esta investigación se incluyó material fotográfico de varios de ellos procedente de sus archivos escolares. La mayoría de las imágenes seleccionadas corresponden a alumnos y alumnas muy jóvenes, en el trascurso de sus carreras o al final de ellas. En algunos casos se agregan también breves semblanzas biográficas de los autores y autoras cuando fue posible obtenerlas. Se trata de un pequeño homenaje a todos estos profesionales de la salud, la mayoría de ellos anónimos, que colaboraron a mantener la salud de muchos niños mexicanos de diversas generaciones.

CAPÍTULO 1. LAS TESIS PROFESIONALES DE LA CARRERA DE MEDICINA (1869-1936): ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

1.1 Precisiones preliminares

Las tesis universitarias o de educación superior son documentos que fueron escritos por el alumnado en su último año de la carrera de médico cirujano con el objetivo de graduarse, o bien, aquellas escritas por los profesores que deseaban obtener alguna plaza o cátedra determinada en la Escuela de Medicina, es decir tesis de concursos de oposición para optar por cátedras escolares.

Las tesis en lo general, como fuentes de información histórica permiten a un investigador sensible recuperar una buena cantidad de datos útiles para el análisis y la interpretación. Entre otros muchos elementos, permiten valorar la calidad de la enseñanza, ampliar la visión histórica de las ciencias médicas y la sociedad en diferentes épocas; visualizar tendencias culturales, así como creencias y problemáticas sociales en periodos de tiempo determinados. En estos aspectos se incluyen las ideas conceptuales de la infancia que se manejaban en el medio médico, el lugar que ocupaban los niños tanto en el mundo de la salud y la enfermedad, como en las distintas sociedades y colectivos humanos.

Detrás de la confección y realización de una tesis –además de un requisito institucional para obtener un título de grado o una plaza académica– ha estado siempre presente un proceso de investigación con diferentes metodologías, magnitudes y alcances cuya finalidad última fue, es y será transmitir, divulgar, reproducir y ampliar el universo del conocimiento en diferentes medidas. La búsqueda del conocimiento es una empresa transgeneracional y colectiva que parte de todos y va dirigida a todos.²⁵

El acervo, los cuidados, la conservación y la catalogación de las tesis escritas por los alumnos que han pasado a través de los años por la Escuela Nacional de Medicina de la Ciudad de México ²⁶ ha sido un proceso sin duda formidable que “ha permitido ubicar los esfuerzos de

²⁵ Medina De la Garza, Carlos E., Armando Hugo Ortiz Guerrero, *op.cit.*, 2008, pp.114-125; Miguel Alonso, Aurora y Alcón Espín, *op.cit.*, 2008, pp.25-26.

²⁶ Actualmente, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

una pléyade de destacados clínicos en la perspectiva mundial del desarrollo de la medicina”.²⁷ Esto es, ubicar y clasificar la obra escrita de los autores y protagonistas que han jugado un papel específico especialmente en el desarrollo de la medicina mexicana particularmente en el campo de la infancia.

Las tesis, “disertaciones” o exposiciones como complemento a un examen teórico-práctico en el proceso de la graduación de estudiantes de medicina empezaron a formar parte del examen profesional desde 1840. El tema era registrado por el alumno en el último año de su carrera. Vale la pena señalar que, a partir de 1844, la Escuela de Medicina, adquirió un carácter o sentido más científico y apegado a los procesos de investigación al incorporar elementos académicos de mucha calidad. Como ejemplo de ello tenemos la inauguración de cátedras de Química y Física médicas a cargo de los profesores Leopoldo Rio de la Loza y Ladislao de la Pascua, respectivamente.

Otro cambio notable que impactó en las características y el sentido de la tesis de educación superior en el área médica fue el triunfo de las fuerzas y la ideología liberal en 1867 en México, con su nuevo proyecto de país en el que la educación y los servicios de atención a la salud adquirieron una nueva y diferente dimensión. Como consecuencia, se reformaron planes de estudios, y nació la Escuela Nacional Preparatoria con carácter independiente. Formadora del alumnado en el pensamiento universitario y orientado a la educación superior. Los alumnos y entre ellos muchos futuros médicos, fueron desde entonces formados de acuerdo con los lineamientos de la metodología positivista, dirigidos por intelectuales de la medicina como Gabino Barreda, Porfirio Parra y Luis E. Ruiz que dejaron su impronta en el pensamiento médico y en la formación de los galenos mexicanos guiados hacia la investigación y el método científico.²⁸

²⁷ Cano Valle, Fernando, “Presentación. I. Tesis médicas mexicanas del siglo XIX” en Carmen Castañeda de Infante, (Coordinadora), *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1988, p. 5, Biblioteca Nicolás León, Antiguo Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM [BNL], Acervo Histórico, Academia Nacional de Medicina [ANM].

²⁸ El pensamiento y la formación de los profesionales de la salud mexicanos (especialmente en medicina y farmacia) guiados hacia la investigación y el método científico, alcanzaron una gran expresión en 1888, con la fundación y puesta en marcha del Instituto Médico Nacional, abriendo paso al surgimiento de los primeros investigadores profesionales en el campo de la salud y a la aplicación terapéutica de los recursos naturales de México. Véase: Sánchez Rosales, Gabino, *Historia del Instituto Médico Nacional, 1888-1915*, tesis de doctorado en historia, UNAM, 2014, p.79; Vega y Ortega, Rodrigo A., “Algunas reflexiones profesionales expuestas en las tesis de Farmacia de la Escuela Nacional de Medicina. La década de 1890” en *Revista eä*, Vol.3, Núm.2, diciembre 2011,

A partir de 1869 aparecen “nuevas tesis” que “desplegando los resultados de una investigación” deberían ser defendidas ante un jurado de sinodales, con características más apegadas a la nueva realidad que se vivía en el país. Quedó documentado en el reglamento escolar de 1870. De esta manera la publicación de tesis pasó a enriquecer la literatura médica existente en México, que de acuerdo con el testimonio del conocido historiador de la medicina Francisco de Asís Flores y Troncoso fue un proceso que durante sus fases iniciales se caracterizó en lo general como “pobre” y muy discreto.²⁹ Flores hacía la crítica de que en muchas ocasiones los textos se llevaban a cabo únicamente “para salir del paso”. Existían sin embargo “algunas buenas y aún muy buenas que honraban a sus autores y a la Facultad”. Un “pequeño contingente” en la “pobre bibliografía médica” con la que se contaba en el país. El historiador citado nos describe un cuadro muy pobre en relación con la bibliografía médica con la que se contaba. Las tesis frecuentemente eran “meras compilaciones de datos tomados de aquí y de allá” de diversos autores. Se exponían “pura y simplemente” ideas aprendidas en el curso de la carrera y con escaso valor analítico, lo cual paradójicamente a ello puede resultar un material de primer orden en el análisis textual de la actualidad en la que se escribieron.³⁰

Ciertamente no era un panorama en el que privara la originalidad. Sin embargo, se pueden conocer algunas ideas del alumnado en relación con lo aprendido a través de su carrera y obtener una buena fotografía de las características de los planes de estudio y programas de enseñanza. Flores habla de la necesidad de que los jóvenes recibieran algún estímulo que los empujara a mejorar sus trabajos. Como ocurría con los premios o “excitativas” existentes en otras latitudes académicas. Parafraseando a Flores, el contenido de las tesis debería contener bibliografías útiles y de buena calidad. Aunque los alumnos por lo general no hacían un listado

investigación conformante del proyecto “Naturaleza y territorio en la ciencia mexicana (1768-1914)” dirigido por la Dra. Luz Fernanda Azuela, www.ea-journal.com, pp.1-29, p.9.

²⁹ Castañeda de Infante, Carmen, (Coordinadora), *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1988, pp. 5-20, 1999, Biblioteca Nicolás León, Antiguo Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM [BNL], Acervo Histórico, Academia Nacional de Medicina [ANM].

³⁰ Flores y Troncoso, Francisco de Asís, *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*; tomo III, Edición facsimilar del IMSS de la primera edición (1888), 1992, pp.192-193; Véase también a Rodríguez, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, pp.187-201, p.189.

bibliográfico pormenorizado, sí señalaban a sus fuentes originales y es una labor interesante del analista de sus textos rastrearlas, ubicarlas y destacar sus aportaciones.³¹

Otros cambios importantes fueron los acontecidos en 1882 con la creación de la cátedra de histología que expandió el universo microscópico en la docencia e investigación y la de bacteriología en 1888, con sus nuevas “técnicas y estrategias en los cultivos de gérmenes, identificación y clasificación de bacterias” y su papel en las enfermedades infecciosas; conformándose así un nuevo frente de investigación teórica y de laboratorio para los alumnos.³² Como complemento a ello, en 1892 se concluyeron las obras materiales que le dieron mayor capacidad y funcionalidad a las instalaciones de la biblioteca y se contó con laboratorios de “química analítica, farmacia, historia de las drogas, terapéutica, histología, operaciones, higiene y meteorología médica, medicina legal, y bacteriología” además de mejorar las instalaciones del anfiteatro. Todas ellas condicionantes que ayudaron a ampliar la capacidad de investigar de docentes y educandos.³³

Con el correr del tiempo, especialmente ya a partir de la década de 1920, las tesis fueron mejorando su calidad, incorporando bibliografías más específicas y definidas, así como aportaciones más originales o sistematizadas. Se fueron convirtiendo en fuentes transgeneracionales para sus discípulos y algunas de ellas fueron incorporadas como capítulos de libros o como artículos en revistas como se comenta en el trascurso de nuestra investigación. El anhelo de Flores se convertía en una realidad.

Las tesis en su conjunto conforman un grupo heterogéneo de fuentes históricas para el investigador. Su mayor potencial para el estudioso estriba en que algunas de ellas conforman “investigaciones notables” y acuciosas. Todas ellas, en diferente medida, son proveedoras y aportadoras de datos diversos y útiles para el análisis. El formato seguido en el desarrollo de sus contenidos es similar y su objetivo último, siempre es el mismo: la recepción profesional del

³¹ Sin duda el autor Francisco Flores es una fuente obligada para todo aquel que emprende una investigación relacionada con la medicina mexicana decimonónica, y la nuestra no es la excepción. Flores y Troncoso, Francisco de Asís, *op.cit.*, pp.192-193.

³² La introducción de determinadas cátedras como las señaladas son un indicador de modernidad y de “nuevos aires” en la enseñanza de la medicina. Agostoni, Claudia, “Los infinitamente pequeños. Debates y conflictos en torno a la bacteriología. Ciudad de México. Siglos XIX a XX” en *De Normas y Transgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1959)* IIH/UNAM, 2005, pp.167-192; Carrillo, Ana María, “Los comienzos de la bacteriología en México” en *Elementos: Ciencia y Cultura*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, vol.8, núm.42, junio-agosto, 2001, pp.23-27.

³³ Rodríguez, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, pp.187-201.

sustentante o en el caso de los profesores demostrar su capacidad y el dominio sobre un campo específico para desempeñar una cátedra.

Nos muestran además, información acerca de los autores en el campo profesional: como prosectores en los anfiteatros de la Escuela, ayudantes o preparadores en sus laboratorios, practicantes e internos en hospitales o servicios médicos de las delegaciones de policía, alumnos y practicantes en consultorios y Centros de Higiene Infantil; así mismo sus interacciones directas con personajes diversos del ramo médico-quirúrgico, sus miradas y opiniones sobre planes de estudio, materias escolares y curriculares; además del equipamiento de los laboratorios y las instalaciones de la Escuela y sus alcances en la enseñanza.³⁴

El análisis de las tesis universitarias nos acerca a las experiencias y diversas miradas ofrecidas por los alumnos. A partir de las cuales se pueden inferir las limitaciones que presentaba la carrera de medicina en la formación de los alumnos en el área de la clínica y la terapéutica infantil; ya que muchos se asumían como especialmente vulnerables profesionalmente ante la enfermedad infantil y el reto clínico que les significaba la presencia del cuerpo de un niño. Este bajo nivel de autoestima asumido por muchos estudiantes en sus tesis es mucho más evidente en aquellos que seleccionaron temas pediátricos en sus trabajos.

Conviene mencionar que los libros de texto de la carrera de medicina durante el siglo XIX eran en su gran mayoría de autores extranjeros especialmente franceses. Desde la década de 1920, aparecieron también los alemanes y sajones para ciertas temáticas básicas de la medicina infantil, como lo era el binomio nutrición-desnutrición y algunos avances científicos sobre la fisiología infantil. En esta investigación se comentan las obras de algunos autores mexicanos en los que también se apoyaron los alumnos en la confección de temas relacionados con la clínica médica y materna infantil, como fue el caso de los profesores Miguel Francisco Jiménez, Manuel Carmona y Valle, Juan María Rodríguez, José Terrés, Secundino Sosa, Manuel Flores, Roque Macouzet, entre otros. Varios de ellos fueron ampliamente consultados por múltiples generaciones estudiantiles y están disponibles en los acervos.³⁵

³⁴ *Ibidem*, pp.187-201.

³⁵ Carmona y Valle, Manuel, *Catedras orales impartidas en el Hospital de San Andrés*, México, Imprenta de Eduardo Dublan, 1889, 80 pp.; Carmona y Valle, Manuel, *Lecciones de Clínica Médica, dadas en el Hospital de San Andrés*, por el Dr. D. Manuel Carmona y Valle, director de la Escuela Nacional de Medicina, profesor de clínica interna de 5º año. Revisadas y corregidas por el autor, recogidas y editadas por el alumno de la Escuela, Teodosio S. Pérez Peniche, 1894, 247 p.; Juan María Rodríguez, *Guía clínica del arte de los partos*, México, tercera edición, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1885; Jiménez, Miguel Francisco, *Lecciones dadas en la Escuela de Medicina*

Las tesis, especialmente en temas pediátricos, ante la falta o escasez de libros de texto mexicanos, durante muchos años, se asumieron como la principal fuente de conocimientos y prácticas a la que recurrieron sobre todo los jóvenes médicos que se graduaban de la carrera cuando deseaban conocer la experiencia mexicana en diversos temas de la atención médica de la infancia de nuestro país.³⁶

La iniciativa de vincular la investigación y la docencia en la educación superior o universitaria fue una propuesta y todo un proceso que surgió y se llevó a cabo desde principio del siglo XIX en Alemania. El papel que jugó en ello Wilhelm von Humboldt (1767-1835) fue fundamental. Este personaje pensaba que la investigación debía ser un rasgo característico y propio de una institución intelectual como lo era la universidad, –el nivel más elevado de un sistema educativo– y no sólo esto sino también su misma esencia. Los profesores universitarios deberían ser por naturaleza e intuición, investigadores y buscadores de conocimientos nuevos a partir de otros anteriores.

En 1809 Humboldt se hizo cargo de la dirección del Departamento de Cultura y Enseñanza del Estado prusiano y se dio a la tarea de hacer realidad en la práctica su modelo de universidad, fundando la Universidad de Berlín, ubicada en el antiguo palacio del príncipe Heinrich, actualmente Universidad Humboldt de Berlín.³⁷ Al vínculo entre la universidad, la

de México, México: Imprenta de M. Murguía, 1856, Jiménez, Miguel Francisco, *Sobre la identidad de las fiebres*, México, Imprenta de Andrade y Escalante, 1869,; Jiménez, Miguel Francisco, *Clínica médica: apéndice a las lecciones sobre los abscesos del hígado: tratamiento*; México: Imprenta de J. M. Andrade y F. Escalante,; Terrés, José, (1864-1924) *Guía del estudiante de clínica médica*, México : Imprenta franco-Mexicana, 1920 ; Terrés, José, *Introducción a la clínica médica*, México: Imprenta Franco Mexicana, 1918, ANM.; Terrés, José, *Manual de propedéutica médica*, México: Tipografía económica, 1914,.; Macouzet, Roque, *Arte de criar y curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, 1910; véase también un estudio sobre Miguel Francisco Jiménez: Martínez Cortés, Fernando, *El Doctor Miguel Francisco Jiménez y la clínica moderna en México*, México, D.F. : UNAM, Facultad de Medicina, 1986.

³⁶ Se conformó todo un *canon* de conocimientos y prácticas de consulta, para varias generaciones estudiantiles. Algunos ejemplos: Herrera, Mariano (1881), *Algunas consideraciones sobre pediatría*. Imprenta y Tesis Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios; Flores, Manuel (1883) *Educación del médico*; Sosa, Secundino (1888): *El Diagnóstico*; Irys Calacich, José María (1918) *Diagnóstico clínico*; Gamiz Izurieta, Carlos (1925) *Propedéutica clínica en pediatría*; Rhode, Federico (1929) *Ensayo sobre propedéutica infantil*; Berlanga Berumen, Luis (1935), *Nociones de pediatría para el ejercicio del médico general*, México, tesis inaugural, sin indicación de casa impresora. En adelante en el caso de las tesis se incluye año de publicación entre paréntesis, junto al nombre de cada tesista.

³⁷ Wilhelm [Guillermo] era el hermano mayor de Alexander von Humboldt (1769- 1859) viejo conocido y estudioso de México. Una pareja de hermanos fundamental en la intelectualidad y en la construcción del conocimiento universal. Finalmente, el mayor de ellos se introyectó al mundo interior del ser humano, mientras que el menor de ellos curiosamente abrió su pensamiento hacia la naturaleza exterior del universo humano conocido. Véase a Rebok, Sandra “La expedición americana de Alexander von Humboldt y su contribución a la ciencia del siglo XIX”, *Bulletin de l'Institut français d'études andines*; vol.32, núm. 3, 2003, pp.441-458; Rebok, Sandra, Miguel Ángel

enseñanza y la investigación se le conoce como "modelo humboldteano" el cual privilegia a la ciencia y a la investigación, y da una marcada orientación hacia la formación humanística de los sujetos. A partir de entonces la investigación adquirió relieve y fue un rasgo que distinguió a la Universidad berlinesa y posteriormente a la universidad en todo el mundo. El modelo se propagó a prácticamente a toda la educación superior europea, en distintos grados y de ahí al resto del orbe. De esta manera se consolidó el proyecto de la Universidad moderna, donde la investigación juega un papel central. La consecuencia casi natural de esto va a ser la fundación de academias de ciencias y diversos institutos de investigación, con laboratorios equipados y se acentúa la libertad de docencia e investigación, se promueven conferencias, foros de discusión crítica y abierta, así como seminarios.

Dentro de este orden de ideas y acciones, Humboldt propuso que los alumnos presentaran una tesis escrita al graduarse producto de una investigación individual. En el modelo de tesis inicial, el alumno presentaba sus hallazgos y datos en una exposición oral en la que se asignaban oponentes que buscaban fallas en la argumentación del alumno candidato a graduado. En este contexto surgió también el concepto de doctorado. Humboldt propuso que en el doctorado se otorgara el grado de ciencias, que de acuerdo con el sentido amplio que tenía en esa época este grado se le llamó oficialmente Doctorado en Filosofía. Fue hasta el siglo XX, cuando este grado académico alcanzó mayor fuerza y relevancia y otro enfoque conceptual, denominándose Doctorado en Ciencias. Por lo tanto y de acuerdo con algunos autores como Morles, el posgrado tiene su cuna en Alemania. Se centra exclusivamente en un contexto totalmente académico propio de la universidad, y se aparta del sentido honorífico que se había forjado en la universidad medieval.³⁸

Bajo el principio de la investigación de la universidad, el sistema educativo alemán llegó a ser considerado en todo el mundo como un modelo a seguir y convirtió a Alemania en el centro intelectual de los países adelantados de la época. Se da una revolución del concepto educativo y

Puig-Samper, Martín Almagro-Gorbea, "Wilhelm y Alexander Humboldt y la anticuaría hispana de la Ilustración" en *De Pompeya al Nuevo Mundo: la corona española y la arqueología del siglo XVIII*, Miguel Almagro Gorbea y Jorge Maier editores, 2012, pp. 281-295; Sorkin, David, "Wilhelm von Humboldt: the theory and practice of self-formation, 1791-1810" en *Journal of the history of ideas*, vol.44, num.1, enero-marzo, 1983, pp.55-73.

³⁸ Carmona Victoria, Verónica, *Uso de la información en el posgrado medido a través de las tesis de doctorado tesis de maestría en Bibliotecología y Estudios de la Información*, UNAM, 2007, pp.1-3.

el modelo humboldteano se adopta y extiende por Europa y otras partes del mundo.³⁹ Por su parte, en América Latina tuvo una gran influencia el modelo napoleónico francés con un carácter profesionalizante, organizado por facultades, con enfoque politécnico y centrado en la profesionalización. Con el tiempo se fueron adaptando también elementos propios del modelo humboldteano alemán, que en México tuvo una gran expresión con el surgimiento de la Universidad Nacional de México en 1910, misma que se da a la tarea de reorganizar la educación superior en nuestro país.⁴⁰

La investigación universitaria como fuente o vía del conocimiento se consolidó en México a partir de la fundación de la Universidad Nacional de México en septiembre de 1910. De esta forma es posible observar que las tesis universitarias, especialmente a partir de la década de 1920, se convirtieron en documentos cada vez más sistemáticos y apegados a la búsqueda de conocimientos originales como vía de apoyo a las formulaciones y argumentos de sus autores.

1.2 Las tesis recepcionales como fuentes de investigación

Los textos, escritos por los estudiantes de la Escuela de Medicina, son documentos que se valoran hoy en la medida en que reflejan en muchos casos diversas facetas de la formación del

³⁹ El nuevo modelo pedagógico basado en la investigación también fue ampliamente preconizado por importantes educadores de habla hispana. Un ejemplo importante lo tenemos en Francisco Giner de los Ríos (1839-1915) autor de “Las universidades de tipo germánico”, *Pedagogía Universitaria*, Barcelona, Manuales Soler (Editorial Soler), 1905. Se trata de uno de los más señalados pedagogos hispanos (y universales) del siglo XIX y principios del XX. Contemplaba a la universidad alemana de su época como la “verdaderamente educativa”, ya que prescindía de la lección magistral y eran los propios alumnos los que buscaban y elaboraban el conocimiento, (especialmente el científico). Véase: Raquel Cercós Raichs, Xavier Laudo Castillo y Conrad Vilanou Torrano, (Universidades de Barcelona y Valencia). “Francisco Giner de los Ríos y su *Manual de Pedagogía Universitaria* (1905) en el centenario de su fallecimiento (1915-2015), *Historia de la Educación*, 34, 2015, pp.375-406. Editada por la Universidad de Salamanca. (Existe una versión PDF -de acceso libre- consultable en la red digital).

⁴⁰ Existían las Escuelas Nacionales de Medicina, Jurisprudencia, Ingenieros, Bellas artes, y se estableció también la Escuela Nacional de Altos Estudios, que reunía las funciones de investigación en ciencias y humanidades y cuyo objetivo era formar a los alumnos dentro del ámbito de la investigación. Esa era la expresión que se consideraba la más alta de la cultura: “proporcionar a alumnos y profesores los medios para llevar a cabo metódicamente investigaciones científicas que sirvan para enriquecer los conocimientos humanos.” Hay que señalar también el gran impacto que tuvieron las ideas y los trabajos del barón de Humboldt en nuestro país sobre el conocimiento y las investigaciones emprendidas por diversos científicos y humanistas mexicanos. Carmona Victoria, Verónica, *op.cit.*, 2007, p.3; fuentes citadas por la autora y también consultadas son: Hohendorf G. “Wilhelm von Humboldt”. *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* [revista en línea]. 1993 [consultado 2006 oct 25]; 23 (3-4): [cerca de 13 p.]. Disponible en: www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/humbolds.pdf ; “Humboldt W. La situación de la universidad”. En: Bonvecchio C., selección. *El mito de la universidad*. México: UNAM, Siglo XXI; 1991, pp.75-96.; Morles V. “El grado de doctor: historia y estado actual”. En: Morles V. *Los doctores y el doctorado: historia y algunas propuestas*. Venezuela: Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada; 1996, pp.3-15.; Clark B.R., *Las universidades modernas: espacios de investigación y docencia*. México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa; 1997.

estudiante en la Escuela de Medicina, especialmente con relación a los programas de estudio que estaban vigentes. Nos permiten conocer mucho del *canon* y del “estado del arte” de los conocimientos y prácticas médicas en diferentes estadios históricos, así como las inquietudes de los propios estudiantes, con respecto a las posturas e ideas de los diferentes autores y protagonistas médicos; además de las dificultades que presentaban para el estudiante el aprendizaje de diferentes habilidades o temáticas médicas, e incluso conocer su percepción sobre la política pedagógica o planes de estudio en su propia escuela.

También a través de las tesis confeccionadas en la Escuela tenemos acceso a las fuentes de conocimiento originales del alumnado y utilizadas en los cursos, especialmente a partir de la cátedra de Enfermedades y Clínica de la Infancia iniciada en 1893, que era conducida a través de un plan de estudios sin libros de texto oficiales conocidos, pero sí señalados por los alumnos. En estos casos las tesis estudiantiles se conforman como fuentes fundamentales de este conocimiento. ¿Quiénes eran los autores que estaban en el ánimo académico, las ideas que imperaban, las inquietudes, las dudas existentes y los debates que seguían a las propuestas y a las nuevas ideas?

Esta cátedra aparece en el contexto de creación de algunas especialidades médicas en la ENM iniciada en los planes de estudio de 1888. Así comienzan las cátedras de Bacteriología, Ginecología, Enfermedades mentales, Oftalmología y Anatomía topográfica; seguidas por las cátedras de Enfermedades Infantiles en 1893 y la de Anatomía e Histología patológicas en 1894.⁴¹

1.3 El contexto histórico de la atención médica y la educación superior en la medicina infantil

Las tesis universitarias, en su calidad de fuentes históricas permiten descubrir los aspectos locales o autóctonos que caracterizaron al desarrollo del conocimiento de la medicina infantil mexicana, su difusión y aplicación en la práctica profesional, en el país.

Sus autores presentan la narrativa de cómo se presentó este proceso en México: la “impronta de origen” registrando las enfermedades propias del país y la respuesta generada en el gremio médico local ante ellas. Estos textos revelan una tradición en la atención médica dirigida

⁴¹Rodríguez, Martha Eugenia, “capítulo XIII, Especialidades médicas”; en *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1910*, edición del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, pp.203-210.

a la niñez mexicana, surgida-en el contexto de la elaboración de las tesis universitarias- cuando menos desde mediados del siglo XIX ⁴²

Para entender el carácter autóctono de la medicina infantil es necesario analizar sus relaciones con los diferentes escenarios donde se verificó. “reivindicar la influencia de los estereotipos nacionales y regionales” en diferentes espacios y temporalidades. Desde esta perspectiva las tesis universitarias se convierten en fuentes primarias de inapreciable valor.

Los tesisistas desarrollan sus temáticas, a partir del entorno social generado por el triunfo de las fuerzas liberales encabezadas por Juárez en 1867, que permitió la edificación de las primeras instituciones de atención a la salud de los niños: especialmente el Hospital de Maternidad e Infancia. En el porfiriato (1877-1911) surgieron nuevas cátedras e instituciones de salud y cuidados infantiles en la capital y en otras importantes ciudades de la República. Mas tarde, la Revolución (1910-1921) trajo consigo el agravamiento de las tasas de mortalidad, de las enfermedades locales endémicas y epidémicas, así como la parálisis económica del país.

Finalmente, la etapa de reconstrucción llevada a cabo por los regímenes posrevolucionarios, a partir de la década de los veinte, contribuyó a la revaloración y detección de importantes enfermedades transmisibles, así como a la instauración de campañas profilácticas para prevenirlas, la creación de nuevas instituciones de salud, y a la reconfiguración conceptual de la infancia.

En oposición a visiones con un carácter euro centrista, es posible demostrar la existencia en México de toda una añeja tradición local de saberes y practicas institucionales, así como de la formación de cuadros profesionales en medicina infantil. En la tabla 1 pueden identificarse tres escenarios fundamentales -con sus personajes y temporalidades correspondientes- donde se llevaron a cabo estos procesos. El primero de ellos corresponde a la institución de la Casa de Cuna con sus respectivas expresiones temporales y espaciales: 1532, Vasco de Quiroga y el Hospital de Santa Fe, “primer hospital para niños del que se tiene noticia” ; 1767, Francisco Lorenzana y Buitrón y la Casa de Cuna de San José en la calle del Carmen de la Ciudad de México; a inicios del siglo XX, entre 1913 y 1914, es levantada nuevamente la noble institución en una vieja casona construida en las caballerizas del dictador Victoriano Huerta, en el pueblo

⁴² El concepto de “impronta de origen” en las tradiciones científicas mexicanas es analizada a partir de las propuestas presentadas por Liliana Shifter y Patricia Aceves, en su investigación “Los farmacéuticos y la química en México (1903-1919): prácticas, actores y sitios” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol.51, 2016, pp.72-75.

de Tacuba; finalmente en 1932, la Casa de Cuna en Coyoacán que representa el inicio de una nueva era, con la proyección de la pediatría mexicana hacia la modernidad.⁴³

El segundo escenario lo constituyó la Escuela de Medicina que tuvo su primera expresión en el ámbito de la educación superior con el Establecimiento de Ciencias Médicas, precursor de la ENM; fue el 12 de noviembre de 1834 cuando inició la enseñanza de las enfermedades de los niños dentro de la Cátedra de Obstetricia. Posteriormente en 1893, apareció el primer curso oficial de Clínica de enfermedades infantiles que fue impartido en la ENM hasta 1916. Esta cátedra también se impartió en la Escuela Nacional de Altos Estudios de la Universidad Nacional en calidad de curso para posgraduados. En 1925, se inició en la ENM una nueva era en la enseñanza de la clínica de pediatría, en un ambiente histórico totalmente diferente al de 1893 y con otras bases ideológicas.

El tercer escenario fue integrado por los hospitales y centros de atención primaria: Hospital de Maternidad e Infancia (1867-1910) y los pabellones infantiles del Hospital General de México a partir de 1905; los Centros de Higiene Infantil (a partir de 1920) encabezados por Isidro Espinosa de los Reyes; los Dispensarios de la Beneficencia Pública concentrando una parte importante de la atención cotidiana a los infantes de la capital mexicana; finalmente, materializado por los esfuerzos de un grupo de personajes (Manuel Cárdenas de la Vega, Mario Alfonso Toroella y Federico Gómez) el Hospital Infantil de México fue inaugurado en 1943.⁴⁴

⁴³ Apareció el *Boletín Médico de la Casa de Cuna*, se remodelaron espacios con salas y cubículos para lactantes y prescolares, se impuso la visita diaria para cada enfermito, una central de enfermeras con “dominio visual”, secciones para expedientes clínicos; se equipó un laboratorio y un gabinete de rayos X, y se convirtió la Casa en un “centro de perfeccionamiento” para el entrenamiento de médicos y enfermeras en el área de enfermedades infantiles; se implementaron incluso áreas para realizar estudios necrópsicos. Véase Gómez, Federico, “La atención al niño enfermo a partir de la Independencia” en Ávila Cisneros, Ignacio, Francisco Padrón Puyoi, Silvestre Frenk, Mario Rodríguez Pinto, *Historia de la Pediatría en México*, Fondo de Cultura Económica, 1997, pp.311-332, p.314.

⁴⁴ véase: Flores y Troncoso, Francisco, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, México, Edición facsimilar del Instituto Mexicano del Seguro Social a partir de la original de 1888, tomo III, pp.679-680; Gómez, Federico, *op.cit.*, 1997, p.314; Del Castillo, C.R., *La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)* tesis de maestría en historia, UNAM, 2013, p.52, 67; Anzurez López, Beatriz, “Remembranzas del inicio de la pediatría en el Hospital General de México”, *Revista Médica del Hospital General de México*, S.S., vol.62, núm.1, ene/mar, 1999, pp.5-10; Baeza Bacab, Manuel Antonio, “Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia en la ciudad de México en el siglo XIX”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(01) 2017, pp.70-78; Prado Vértiz, Alfonso, “In memoriam Dr. Mario Alfonso Toroella”, *Gaceta Médica de México*, jun, 97(6), 1967, pp.768-771; Viesca Treviño, Carlos, “Mario Toroella, un aristócrata de la medicina”, *Gaceta Médica de México*, 134(1), 1998, pp.44-48; Viesca, Treviño, Carlos, Martha Díaz de Kuri, “Hospital Infantil de México Federico Gómez, medio siglo de historia” Ediciones del Hospital Infantil de México, Federico Gómez, varias páginas; Palacios García, Indira Dulce María, “Samuel Morales Pereira : su obra y su generación”. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2017, vol.16, núm.1, ene/mar, pp.19-29; Neri-Vela, Rolando, “Miguel Otero y Arce”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol.56, núm.5, septiembre-octubre, 2013, pp.50-53; Alanís, Mercedes, *La Atención Médica Infantil en la*

Tabla 1. Medicina infantil en México: personajes, temporalidades y escenarios

Eduardo Liceaga (1839-1920)	Hospital de Maternidad e Infancia (1877-1910)	Dirección del Departamento de niños; ampliaciones y remodelaciones; operaciones vanguardistas
Samuel Morales Pereira (n. 1848)	Hospital de la Caridad, Puebla (“Hospitalito para niños pobres”) (1877-1917)	Es ampliamente reconocido como fundador y director del hospital, así como profesor de la Escuela de Medicina del Colegio del Estado de Puebla
Miguel Otero Arce (1850-1915)	Casa de Salud para niños, Hospital Infantil de San Luis Potosí (1893)	Primera revista médica especializada en pediatría: <i>Anales del Hospital Infantil de San Luis Potosí</i> (1896-1897)
Carlos Tejeda Guzmán (m.1904)	Escuela Nacional de Medicina (1893)	Primera cátedra de Clínica de Enfermedades de la Infancia (1893-1899) Primera cátedra quirúrgica para niños (1899-1904)
Roque Macouzet (1870-1921)	Escuela Nacional de Medicina (1899)	Cátedra de Clínica de enfermedades infantiles (1899-1904) Clínica quirúrgica para niños (1905-1916) Hospital General de México
Manuel G. Izaguirre (1905-1926)	Hospital General de México	Pabellón 29 para niños
Joaquín G. Cosío (1866-1943)	Escuela Nacional de Medicina (1906)	Clínica médica de pediatría (1906-1916). A partir de 1916 imparte el Curso de posgraduados de pediatría en la Escuela Nacional de Altos Estudios de la Universidad Nacional de México
Ricardo Manuell Ortuño (1867-1949)	Escuela Nacional de Medicina (1906)	Jefatura de la Clínica médica de pediatría, Hospital General de México
Luís Troconis Alcalá (n. 1857)	Escuela Nacional de Medicina (1906)	Jefatura de la Clínica quirúrgica de pediatría, Hospital General de México
Mario Alfonso Toroella (1887-1967)	Escuela Nacional de Medicina (1925)	Inicio de una nueva era de la Cátedra de pediatría en la ENM
Antonio Gómez (1926-1934)	Hospital General de México	Pabellón 29 para niños
Isidro Espinosa de los Reyes (1887-1951)	Centros de Higiene Infantil (1920)	Hospital de Maternidad de Las Lomas (1929) actualmente Instituto Nacional de Perinatología

Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones, 1861-1943, Universidad Autónoma del Estado Hidalgo, 2016, pp.175-231; Misma autora, *El Hospital de Maternidad e Infancia, 1861-1905*, México, Instituto de Investigaciones, Dr. José María Luís Mora, 2007, páginas varias.

Salvador Alvarado (1926)	Casa de Cuna de Tacuba (1926-1930)	Vieja casona construida en las antiguas caballerizas del dictador Victoriano Huerta
Manuel Cárdenas de la Vega (1899-1934) director	Casa de Cuna de Coyoacán (1933)	Reubicada de la anterior. Convertida en un verdadero servicio de pediatría de “excepcional calidad” que sentará las bases para la futura organización del Hospital Infantil de México
Salvador Alvarado (1934)	Hospital General de México	Pabellón 29 para niños.
Federico Gómez Santos (1897-1980)	Hospital Infantil de México (1943-1963) <i>Alma mater</i> de la pediatría moderna en México Hospital de Pediatría, CMN del IMSS (1963)	Fundador y director del Hospital en sus primeros 20 años de funcionamiento. A partir de 1963 primer director del Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS

1.4 Las tesis de pediatría. Su catalogación y clasificación temática

En este apartado se presenta un esquema de sistematización y organización para visualizar de manera ordenada el universo de las tesis. Se recurrió a la elaboración de tablas temáticas para facilitar la presentación de las tesis clasificadas. Las tablas contienen los nombres de los autores, el nombre de cada tesis, el año de publicación. Para su análisis y estudio, las tesis se catalogaron en los siguientes temas fundamentales:

1. Higiene infantil y salud pública
2. Puericultura
3. Metodología clínica y propedéutica médica
4. Mortalidad Infantil
5. Crianza y nutrición infantil
6. Una mirada al arte de curar a los niños
 - a) Enteritis
 - b) Oftalmía purulenta del recién nacido
 - c) Difteria
 - d) Escarlatina
 - e) Tiña
7. Enfermedades sociales de la infancia:
 - a) Tuberculosis del niño
 - b) Sífilis congénita-infantil
 - c) Desnutrición de la niñez

1.4.1 Higiene infantil y salud pública

Los médicos mexicanos construyeron un concepto y una praxis dirigida a la niñez a través de las lecturas que realizaron del cuerpo y la mente infantil y esto lo documentaron sobre todo a través de la higiene, la puericultura, la metodología y propedéutica clínica que formaron parte del currículo formativo en la Escuela de Medicina.

El material de trabajo analizado incluye tanto al siglo XIX como al XX.

Tabla 2. Tesis de Higiene Infantil y Salud Pública

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(1) LUÍS E. RUÍZ	1878	<i>Bosquejo de un estudio de la higiene (concurso para la plaza de la cátedra de Higiene y Meteorología médica)</i> , México, Imprenta de Jean y Zapiain, calle de San José El Real, núm.22.
(2) MANUEL PÉREZ BIBBINS	1885	<i>Bosquejo de un estudio sobre la influencia del médico en la regeneración de la especie humana</i> , tesis inaugural, México, Imprenta de Berrueco Hermanos, primera calle Ancha número 12.
(3) RAMÓN ESTRADA	1888	<i>Algunas ligeras consideraciones sobre la falta de higiene infantil en México en sus relaciones con la degeneración de la raza</i> , México, tesis inaugural, Imprenta de la Escuela Correccional en el ex convento de San Pedro y San Pablo.
(4) SAMUEL MORALES PEREIRA	1888	<i>Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia y los recursos que deben oponerse para combatirlas</i> , México, tesis de concurso, fundador y director del Hospital de Niños de la Ciudad de Puebla; miembro de la Academia Nacional de Medicina de México; medalla y recompensa de la misma etc. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, Imprenta de la Secretaría de Fomento. Calle de San Andrés núm.15.
(5) MANUEL I. RODRÍGUEZ,	1898	<i>Contribución al estudio de la Higiene</i> , México, tesis inaugural, Imprenta del Gobierno en el Ex Arzobispado Av. Oriente 2, Núm.726.
(6) FEDERICO MARTÍNEZ	1899	<i>Ligeros apuntes sobre la higiene de la primera infancia</i> , México, tesis inaugural, para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta al jurado calificador el alumno de la Escuela Práctica Militar, ex practicante del Hospital de Maternidad e Infancia y del Hospital de San Hipólito, México, Tipografía, Avenida Juárez número 624.
(7) JESÚS MARÍA CAMPOS	1900	<i>Que sea la higiene, cuáles sus fundamentos y condiciones sociales de que depende</i> , México, tesis inaugural, Tipografía de Trinidad Sánchez Santos,

		Escalerillas núm. 20.
(8) EFRÉN D. MARÍN	1903	<i>Accesorias</i> , México, tesis inaugural, Tipografía “El Libro Diario”, 5 de mayo núm.19.
(9) GONZALO MENDEZ LUQUE	1903	<i>La Ciudad de México a los ojos de la higiene</i> , México, tesis inaugural, Imprenta y Litografía Miguel Yllanes Blanco, Zuleta núm.19
(10) SANTIAGO VELASCO	1909	<i>Higiene de la primera infancia</i> , México, tesis inaugural, Edición colectiva ENM.
(11) VÍCTOR DEL PINO	1911	<i>Higiene de la primera infancia</i> , México, tesis inaugural, Examen general de medicina, cirugía y obstetricia Documento mecanografiado.
(12) SAÚL SÁNCHEZ	1936	<i>La habitación tipo de las clases menesterosas</i> , tesis para examen profesional de médico cirujano, México, casa impresora no señalada.

1.4.2 Puericultura

Si la mortalidad infantil representaba las inquietudes, ideas y acciones encaminadas a lograr y velar por la supervivencia de los niños, las temáticas de la higiene y la puericultura nos remiten a las preocupaciones y las acciones tomadas para asegurar su futuro y su calidad de vida. La puericultura se constituyó como un conjunto autónomo de saberes y prácticas: un *corpus* coherente de reglas y aplicaciones que se desarrolló en México en los primeros decenios del siglo XX y se popularizó a la par de su rama médico-terapéutica, la pediatría. Se desarrolló bajo la búsqueda de una especie humana “más pura y perfeccionada” y fue entendida como los preceptos higiénicos aplicados en los niños en su crianza, en el fortalecimiento de sus cuerpos y mentes, así como en la prevención de sus enfermedades.

El material de trabajo analizado incluye el siglo XX.

Tabla 3. Tesis de Puericultura

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(13) JOSÉ F. CASTILLO VIVAS	1920	<i>Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida</i> , México, tesis inaugural, Tipografía Compañía Editora “Actualidades”, 2 ^a .de López, 26.
(14) JOSÉ E. GONZÁLEZ	1923	<i>Algunas consideraciones sobre eugenésica</i> , México, tesis inaugural, Compañía Editora Latinoamericana, Humboldt 15.
(15) ABEL DÍAZ COVARRUBIAS	1923	<i>Algunos aspectos de la puericultura</i> , México, tesis inaugural, Imprenta Franco-Mexicana, 1 ^a de Academia, núm. 10.
(16) ANA MARÍA PLAZA	1934	<i>Consideraciones sobre puericultura pre y post natal</i> ,

ARANA		México, tesis inaugural, Sin indicación de casa impresora.
(17) ABELARDO GONZÁLEZ GARZA	1934	<i>Protección social del niño</i> , tesis inaugural sin indicación de imprenta.

1.4.3 Metodología clínica y propedéutica médica

La propedéutica de la metodología clínica dentro de la formación integral de los alumnos fue un rubro al que se le dio gran importancia en la Escuela. Esto queda manifestado en un buen número de tesis sobre esta temática elaboradas por varios alumnos y profesores. El interrogatorio, la exploración física, la deducción, inducción y análisis fueron las únicas herramientas con las que contó el médico durante muchos años al efectuar el diagnóstico de sus enfermos, para inferir pronósticos, plantear y llevar a cabo tratamientos de diversas enfermedades.⁴⁵

El material de trabajo analizado incluye tanto al siglo XIX como al XX.

Tabla 4. Tesis de Metodología Clínica y Propedéutica Médica

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(18) MARIANO HERRERA	1881	<i>Algunas consideraciones sobre pediatría</i> . México, tesis inaugural, Imprenta y Tesis Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios.
(19) AGUSTÍN DE LA FUENTE	1883	<i>Auscultación en general</i> , México, tesis inaugural, Tipografías de Cayetano Berrueco y Hermanos, primera calle Ancha número 12.
(20) MANUEL FLORES	1883	<i>Educación del médico</i> tesis recepcional. (el Dr. Flores, médico, escritor, pedagogo y periodista mexicano cuya obra lo hizo merecedor de las Palmas Académicas y la Legión de Honor, concedidas por el gobierno francés.) México, Imprenta de Ignacio Escalante.
(21) JOSÉ TERRÉS	1888	<i>Programa de la cátedra de Clínica interna, tercer año</i> ; disertación para el concurso de profesor adjunto a dicha cátedra; México, Imprenta de Francisco Díaz de León; calle de Lerdo, número 3.
(22) SECUNDINO SOSA	1888	<i>El Diagnóstico</i> ; tesis para el concurso de profesor adjunto a la cátedra de clínica interna del 5º año de la Escuela Nacional de Medicina; México, Imprenta del “Círculo católico”; San Bernardo número 9.

⁴⁵ El término “propedéutica” como se entiende en esta investigación se aplica tomando en consideración la visión que se tenía de ella en la época analizada, como el camino (paso a paso) que debería seguir un médico para llegar a los fines que perseguía en el estudio de cada enfermo y lograr su curación.

(23) HORACIO SOLARES	1888	<i>Resultados de la percusión forzada y sus aplicaciones en clínica</i> , tesis inaugural, alumno practicante de los Hospitales de San Hipólito y Militar de Instrucción, y de la Inspección de Policía, México, Imprenta, Litografía y Encuadernación de Ireneo Paz, Callejón de Santa Clara núm.6
(24) CRUZ BARRERA	1894	<i>Examen clínico de los niños</i> ; tesis para examen profesional; Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos (<i>Tecpan de Santiago</i>)
(25) LEONCIO RAMÍREZ	1897	<i>Auscultación de la región precordial</i> , tesis inaugural para examen general de medicina, cirugía y obstetricia; practicante de los Hospitales de San Andrés y del Ferrocarril Mexicano y Servicios Médicos de las Comisarías; Imprenta del Gobierno en el Ex arzobispado.
(26) JESÚS FLORES TREVIÑO	1900	<i>Contribución al estudio de la frecuencia del pulso</i> ; Prueba escrita para examen general de medicina y cirugía; México, Imprenta Universal, D.C.Smith, San Juan de Letrán 4.
(27) JOSÉ MARÍA IRYS CALACICH	1918	<i>Diagnóstico clínico</i> ; tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia; sin indicación de casa impresora.
(28) CARLOS GAMIZ IZURIETA	1925	<i>Algunos datos sobre Propedéutica de la primera infancia</i> ; tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia; México, Imprenta Morelos, 6ª de San Juan de Letrán 105.
(29) FEDERICO RHODE Y HERRERA	1929	<i>Ensayo sobre propedéutica infantil</i> ; México, prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia; sin indicación de casa impresora.
(30) LUÍS BERLANGA BERUMEN	1935	<i>Nociones de pediatría para el ejercicio del médico general</i> , México, tesis inaugural, sin indicación de imprenta.

1.4.4 Mortalidad infantil

El estudio de la mortalidad infantil significa para el investigador la principal puerta de entrada al mundo de la salud y la enfermedad infantil ya que lo pone en contacto directo con la argumentación emitida por diferentes autores y agentes sociales en relación con la importancia, el interés y las expectativas puestas en la niñez por la sociedad y los profesionales sanitarios de la época, así como con los principales factores determinantes de las enfermedades y las muertes de los niños. El estudio de la mortalidad infantil como se concebía en aquellas épocas remitía o representaba a las inquietudes, ideas y acciones encaminadas a lograr y velar por la supervivencia de los niños.

El material de trabajo analizado incluye tanto al siglo XIX como al XX.

Tabla 5. Tesis de Mortalidad Infantil (*)

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(31) GUSTAVO RUÍZ SANDOVAL	1872	<i>Estadística de mortalidad y sus relaciones con la higiene y la patología de la Capital</i> ; tesis para examen general de medicina y cirugía; México, Imprenta del Gobierno en Palacio a cargo de José María Sandoval.
(32) DEMETRIO MEJÍA	1879	<i>Estadística de mortalidad en México</i> ; Memoria de Concurso (Academia Nacional de Medicina); Médico de la Facultad de México. Jefe de Clínica Interna de la Escuela de Medicina, Hospital de San Andrés; profesor de Química en el Colegio Militar; Socio titular de la Academia de Medicina de México. México, Imprenta de Ignacio Escalante, Bajos de San Agustín Bajos de San Agustín, núm.1.
(33) MANUEL DE ESSESARTE	1882	<i>Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad</i> , México, tesis inaugural, Tipografía de Berrueco Hermanos
(34) RAFAEL SOUZA GONZÁLEZ	1886	<i>Algunas consideraciones sobre estadística de enfermedades de niños</i> , Tesis inaugural presentada al Jurado calificador para el examen de medicina, cirugía y obstétrica, México, Tipografía de Berrueco Hermanos, calle de San Felipe Neri 20.
(35) AGUSTÍN QUINTANAR	1889	<i>Ensayo de Estadística de mortalidad infantil en México</i> , tesis inaugural presentada al Jurado calificador para el examen de medicina, cirugía y obstétrica por el alumno...México, Tipografía de Berrueco Hermanos, calle de San Felipe Neri 20.
(36) GONZALO MÉNDEZ LUQUE	1903	<i>La Ciudad de México a los ojos de la higiene</i> , México, tesis inaugural, Imprenta y Litografía de Miguel Yllanes Blanco.
(37) JESÚS RODRÍGUEZ TOVAR	1904	<i>Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México</i> tesis que para el Examen general de medicina, cirugía, y obstetricia presenta al jurado calificador...alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, ex practicante del Hospital General de San Andrés, ayudante de clínica del Instituto Patológico Nacional. México, Tipográfica "El Libro Diario", 4ª del 5 de mayo, núm. 19.
(38) ALEJANDRO ROMO	1918	<i>Estudio crítico de la campaña que el Consejo Superior de Salubridad hizo contra el tifo en 1915-1916</i> , tesis inaugural, documento mecanografiado.

(39) MANUEL MAZARI	1919	<i>Breve estudio sobre la última epidemia de influenza en la ciudad de México</i> , tesis inaugural (ENM), México, Imprenta Nacional
(40) ASTOLFO CANO TRUJILLO	1922	<i>La Mortalidad infantil en la Ciudad de México. Sus causas y maneras de remediarla</i> , tesis Inaugural (Documento incompleto) Compañía Editora Latino Americana, Humboldt 15

(*) La tesis de Gonzalo Méndez Luque, se identifica con los números 9 y 36 ya que se analiza en dos temáticas diferentes: Higiene y Mortalidad infantil.

1.4.5 Crianza y nutrición infantil

La crianza y la alimentación del infante pequeño eran consideradas por los profesionales de la medicina, como un elemento vital que influía de manera crítica, sobre la vida y la muerte infantil, ya que se relacionaba con frecuencia con la aparición de enfermedades diarreicas, percibidas como la causa más frecuente de muerte en los niños pequeños. Se trata de un tema central en la medicina infantil y fue ganando terreno en el transcurso del tiempo, ya que el tema fue cobrando mayor interés en la formación de los médicos y sus trabajos de investigación al respecto fueron cada vez más sistemáticos, profundos, diversificados y detallados. La nutrición de los niños y, su contraparte, la desnutrición se convirtieron en una prioridad para el Estado, el gremio médico y la medicina pediátrica mexicana, especialmente desde la década de 1920 en adelante.

El material de trabajo analizado incluye tanto al siglo XIX como al XX.

Tabla 6. Tesis de Crianza y nutrición infantil

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(41) AGUSTIN NAVARRO CARDONA	1883	<i>Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia</i> , tesis para obtener el grado profesional en Medicina y Cirugía, México, Imprenta de Epifanio D. Orozco
(42) IGNACIO FERNÁNDEZ ORTIGOZA	1884	<i>Apuntes para la alimentación de la primera edad</i> , tesis para examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
(43) DANIEL HERRERA	1889	<i>Ligero estudio sobre la alimentación de los niños</i> , tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta del Gobierno en el Ex Arzobispado, Oriente 726.
(44) GUILLERMO FERRER	1897	<i>Breves apuntes sobre higiene alimenticia en los recién nacidos</i> , tesis para examen profesional, México, F.P. Hoeck, Tip.
(45) MARIANO ZERTUCHE	1899	<i>Lactancia artificial. Estudio acompañado de los</i>

		<i>análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales. Prueba escrita que para el Examen General de Medicina, Cirugía y Obstetricia, Imprenta Universal, D.C., Smith.</i>
(46) SANTIAGO RENTÉ	1900	<i>Algunas consideraciones sobre la importancia del reconocimiento de las nodrizas.</i> tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Tipografía y litografía de Juan Flores, México.
(47) AUSTREBERTO SILVA	1906	<i>Ligeros apuntes sobre lactancia, la gota de leche,</i> tesis para examen de médico cirujano y partero, México, Tipográfica “El Lápiz del Aguila”, examen profesional, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
(48) LAURO CAMARILLO	1905	<i>Algunas consideraciones acerca de la lactancia artificial,</i> tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, A. Carranza y comp. Impresores
(49) EDUARDO FRANCO Y CORTÉS	1908	<i>Higiene infantil, consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia,</i> tesis de alumno... sin casa impresora.
(50) LEÓN ESPINOZA	1908	<i>Esterilización y conservación de la leche,</i> México, tesis recepcional, sin indicación de imprenta.
(51) FRANCISCO PAZ	1908	<i>Breve estudio de la leche desde el punto de vista de la higiene,</i> tesis recepcional, edición colectiva, sin indicación de casa impresora
(52) EMILIA MONTES DE OCA	1920	<i>La alimentación en la primera infancia,</i> tesis inaugural, México, impresora “Eureka”
(53) SALVADOR RUBIO	1929	<i>Destete,</i> tesis para examen profesional de médico cirujano, México, Industrias gráficas Excélsior,

1.4.6 Una mirada al arte de curar a los niños

A través del contenido de las tesis seleccionadas se construyen diversos escenarios que nos muestran una mirada del arte de curar algunas enfermedades que fueron significativas para el gremio médico y la sociedad en general. Entre ellas, las enteritis que padecieron los niños capitalinos más pequeños y que privó de la vida a miles de ellos durante muchos años; la oftalmia purulenta de los recién nacidos, un gran problema de salud pública en los hospitales de maternidad de la capital que requería de gran destreza en el profesional para diagnosticarla y curarla. La difteria, una grave enfermedad infantil, muy atemorizante para el médico y para muchas familias mexicanas, así como el advenimiento de nuevos recursos terapéuticos para tratarla. Finalmente, para complementar la información proporcionada por las tesis profesionales se presenta un panorama epidemiológico y terapéutico de ciertas enfermedades escolares como

eran la escarlatina y la tña en el entorno de la capital mexicana, así como algunos rasgos de la respuesta institucional de las autoridades sanitarias de ese entonces.

Tabla 7. Una mirada al arte de curar a los niños: tesis de enteritis, oftalmía purulenta y difteria.

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(54) ILDEFONSO VELASCO	1869	<i>Estudio sobre algunos purgantes indígenas</i> , tesis para el examen profesional de medicina y cirugía, México, Establecimiento tipográfico Tomás F. Neve.
(55) JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ	1873	<i>¿Es grave por sí misma la traqueotomía?</i> , tesis para el examen profesional de medicina y cirugía, México, Imprenta de Ignacio Escalante
(56) JESÚS REVUELTAS	1879	<i>Ensayo sobre la clasificación de los purgantes</i> (sin indicación de imprenta)
(57) RICARDO VERTIZ BERRUECOS	1881	<i>La oftalmía purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento</i> , tesis para concurso para la plaza de catedrático de obstetricia, México, Imprenta de Francisco Díaz de León
(58) EDUARDO RUBALCAVA	1884	<i>Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago</i> , tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Poliglota.
(59) LUIS VILCHIS	1887	<i>Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago</i> , tesis inaugural, México, Tipografía Berrueco Hermanos.
(60) JOSÉ CUEVAS	1890	<i>Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup</i> , México, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta del Gobierno en el Ex-arzobispado.
(61) FRANCISCO ROMERO GAMEZ	1896	<i>Breve estudio sobre las diarreas en los niños</i> , prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta de J. Joaquín Terrazas e Hijas.
(62) ENRIQUE GRAUE	1897	<i>Oftalmía purulenta de los recién nacidos</i> , tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipográfica y Litográfica “La Europea” de Fernando Camacho.
(63) REYNALDO NARRO	1898	<i>Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento</i> , tesis inaugural, México, Tipográfica “El libro diario”
(64) ROQUE MACOUZET	1899	<i>El lavado de estómago en los niños</i> , tesis que presenta al concurso de profesor adjunto de Clínica de Enfermedades de los niños, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, impresor y agente,
(65) NICOLÁS GUEROLA	1900	<i>Oftalmía purulenta de los recién nacidos. Bacteriología y tratamiento</i> , prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta, Litografía y Encuadernación de Ireneo Paz
(66) CRISOFORO CONTRERAS	1902	<i>Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia</i> , prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y obstetricia, México, F.

			Laso y Compañía, impresores.
(67)	RICARDO VILLAFUERTE	1902	<i>La profilaxia de la oftalmía purulenta de los recién nacidos</i> , prueba escrita para el examen general de medicina, México, Tipografía y Litografía de Miguel Ylanes Blanco.
(68)	RAMÓN GARDUÑO	1904	<i>Tratamiento de las formas clínicas de la diarrea infantil</i> , tesis inaugural para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta de A.L. Parra.
(69)	EDUARDO URIBE	1905	<i>Breves consideraciones sobre la oftalmía purulenta y su tratamiento</i> , tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta "La idea del siglo"
(70)	RICARDO VERTIZ FREYRA	1913	<i>La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil</i> , tesis inaugural, mecanografiada.
(71)	FELIPE SANTOS VALLEJO	1918	<i>Contribución al estudio de las diarreas infantiles</i> , tesis de recepción, mecanografiada.
(72)	CARLOS SÁNCHEZ MEJÍA	1926	<i>La reacción de Dick. 2270 observaciones personales en la Ciudad de México</i> , prueba escrita para examen de medicina, cirugía y obstetricia, sin indicación de imprenta, 1926.

1.4.7 Enfermedades sociales de la infancia

En todo el concierto de enfermedades y dentro del horizonte epidemiológico que caracterizaba a la infancia, hubo tres problemas de salud infantil que atraparon la atención del gremio médico en formación: la tuberculosis en la infancia, la sífilis congénita infantil, y la desnutrición de los niños. En este apartado se enlistan las tesis que se analizaron sobre estos temas. Mas adelante en el capítulo 4 se verán las razones de esta preferencia hacia ellos por parte del alumnado, así como el impacto generado por estos problemas de salud tanto en la formación del médico como en la sociedad.

El material de trabajo analizado incluye tanto al siglo XIX como al XX.

Tabla 8. Tesis de Sífilis congénita infantil

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(73) VICTOR SALLÉ	1870	<i>De la sífilis congenital y hereditaria</i> , tesis inaugural, México, Imprenta de Ignacio Cumplido
(74) FRANCISCO DE POINCY	1883	<i>Estudio práctico sobre la sífilis hereditaria y adquirida</i> tesis para examen profesional, ENM, México, Imprenta y Litografía Española.
(75) SAMUEL SALAZAR	1901	<i>Breves consideraciones sobre la sífilis hereditaria</i> ; tesis inaugural, México, Tipografía A.L. Parra, sucursales, Escalerillas 2.
(76) MANUEL MORENO	1906	<i>Breve resumen acerca de la terapéutica general de la</i>

ALDAMA		<i>sífilis</i> ; tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia; Ex practicante del Hospital General; practicante del Consultorio Central de la Beneficencia Pública; México, Imprenta Americana
(77) CARLOS RODRÍGUEZ MENDOZA	1917	<i>El neoehramisol y el novarsenobenzol Billon en el tratamiento de la sífilis</i> ; tesis que para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, presente el alumno...México, Tipografía "La Catalana"
(78) EULOGIO DE NICOLÁS,	1918	<i>Algunas consideraciones acerca de la reacción de Wasserman y sus similares</i> , tesis inaugural, sin casa impresora.
(79) RODOLFO ROBLES	1921	<i>Breves consideraciones sobre el diagnóstico de la sífilis hereditaria</i> , prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia que presenta el alumno... México, DF, Imprenta de Pedro Núñez Cabral
(80) GUILLERMO CHRISTY	1923	<i>Bismuto-terapia en la sífilis de la primera infancia</i> , tesis inaugural, sin casa impresora.
(81) ERNESTO PARADA	1927	<i>La heredosífilis y su tratamiento por los arsenicales</i> . (tesis mecanografiada)
(82) JOSÉ RODOLFO YAÑEZ	1934	<i>El hiposulfito de magnesio en la prevención y el tratamiento de algunos accidentes del neosalvarsán</i> tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, sin casa editora.
(83) MIGUEL MACEDO RIVAS	1935	<i>Tratamiento de la sífilis congénita en el lactante</i> ; tesis que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia, presenta... México, sin casa editora.
(84) RAÚL HERNÁNDEZ GARCÍA	1936	<i>Indicaciones terapéuticas y tratamiento de la sífilis congénita del recién nacido</i> , tesis para su examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, sin indicaciones de imprenta.

Tabla 9. Tesis de Tuberculosis de la niñez

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(85) RAFAEL LAVISTA	1874	<i>Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica</i> tesis presentada al jurado calificador para obtener la plaza de catedrático de patología externa, Imprenta de Ignacio Escalante, México.
(86) FRANCISCO BERNÁLDEZ	1883	<i>Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia</i> , tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta de C. Berrueco, Hermanos
(87) OCTAVIO VELASCO	1894	<i>Algunas consideraciones sobre las osteo-artritis tuberculosas</i> , tesis para el examen general de medicina,

		cirugía y obstetricia, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento
(88) FRANCISCO VALENZUELA	1895	<i>Breves consideraciones sobre la coxotuberculosis y su tratamiento</i> ; tesis para examen general, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento
(89) NICANDRO MELO	1896	<i>Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento</i> , tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta de la Librería Madrileña, México
(90) MIGUEL ROLÓN	1922	<i>La tuberculosis en la ciudad de México y su profilaxia</i> , tesis para graduación de la carrera de médico cirujano; México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación.
(91) PEDRO ARROYO	1923	<i>La tuberculosis de la infancia en México</i> , tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Escuela Tipográfica Salesiana
(92) EDUARDO DEL RASO	1930	<i>Algunas consideraciones sobre tuberculosis en la primera infancia</i> , prueba escrita que para el examen profesional de médico cirujano presente el alumno... mecanografiada.

Tabla 10. Tesis de Desnutrición de la infancia

Tesista sustentante	Año	Título y especificaciones
(93) EMILIO MEZA LLORENTE	1926	<i>Al margen de las perturbaciones nutritivas de la primera infancia</i> . Prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y partos. Sin indicación de casa impresora
(94) JESÚS GÓMEZ PAGOLA	1933	<i>Breves consideraciones sobre alimentación infantil y trastornos de la nutrición en el lactante</i> ; tesis que para el examen profesional de médico cirujano y partero presenta... sin casa editora.
(95) FRANCISCO ORTIZ NUÑEZ	1935	<i>Fisiopatología de la nutrición en la primera infancia</i> , tesis que para el examen profesional de médico cirujano presenta el alumno...sin casa editora.
(96) DOLORES IDALIA PEREGRINA	1936	<i>La desnutrición en la primera infancia. Estudio etiopatogénico, clínico y terapéutico</i> . Tesis para obtener el título de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México. Sin indicación de Casa impresora.

1.5 Los tesisistas

El principal legado de los tesisistas es la formación de un *canon* de conocimientos y prácticas transgeneracionales aplicables para formar, criar y curar a los niños mexicanos a través del tiempo y contribuir a la consolidación de la pediatría como una especialidad médica.

El alumnado en lo general constituía un mosaico multicultural de personas procedentes de diversos rincones de la República Mexicana. Muchos de ellos sortearon durante su carrera carencias económicas y materiales o diversas enfermedades que tuvieron que superar para terminar sus carreras profesionales. La ENM apoyaba a sus alumnos de diferentes maneras: condonando las cuotas, proporcionando becas o imprimiendo sus tesis en talleres oficiales como la Secretaria de Fomento, Escuelas industriales y correccionales entre otras. La mayoría de las tesis presentadas fueron defendidas por sus autores en los exámenes profesionales y casi todos ellos fueron aprobados exitosamente. Como se verá posteriormente se incluyeron tres tesis de alumnas, que enriquecieron sustancialmente el contenido de esta investigación.⁴⁶

Algunos de nuestros autores de tesis, fueron protagonistas en la construcción de la pediatría mexicana en calidad de conductores de dispensarios de beneficencia y centros de atención primaria, hospitales, asilos y casas de cuna o se sumaron a los servicios médicos de los ejércitos revolucionarios, como veremos más adelante.

Los temas y los contenidos de las tesis universitarias trabajadas por el alumnado subsanaron la falta de textos mexicanos de pediatría durante muchos años, en nuestro país especialmente en temáticas relacionadas con las enfermedades características de México cuando no se tenían otros medios de difusión para propagar las prácticas de la crianza de los niños o el tratamiento de varias enfermedades infantiles. Algunos casos puntuales al respecto son textos que abordan enfermedades como la oftalmía purulenta de los recién nacidos o las enteritis padecidas por los niños lactantes muy características de la ciudad de México de la época, entre otras. O revelar algunas enfermedades que padecieron muchos niños en periodos críticos de México, como fue el caso de la Revolución Mexicana o los momentos más álgidos del Porfiriato,

⁴⁶ Los obstáculos que ellas tuvieron que enfrentar fueron mayores que sus colegas varones. Viviendo solas, alejadas de su entorno familiar, víctimas de la presión social y aun del acoso de ciertos sectores. A pesar de ello en muchos casos contaron con el apoyo de las autoridades universitarias. Se destaca el caso del Dr. Fernando Ocaranza quien en su calidad de director de la ENM (1925-1933) apoyó incondicionalmente a muchas estudiantes. El tema es detalladamente analizado por Castañeda López, Gabriela y Ana Cecilia Rodríguez de Romo en su obra *Pioneras de la medicina en la UNAM: del Porfiriato al nuevo régimen, 1887-1936*, editado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y las Ediciones Díaz Santos. S.A., (2010).

especialmente para el caso de los habitantes más pequeños y pobres, cuando la crianza y el apoyo a las madres de familia se constituyeron como estrategias fundamentales de supervivencia. Destaca el caso de la sífilis que repuntó significativamente durante los frecuentes conflictos bélicos sucedidos en nuestro país.

En el siguiente capítulo se analizan las tesis correspondientes a las temáticas de Higiene Infantil y Puericultura, a la luz de los significados, definiciones, concepciones y representaciones sociales de la niñez en las épocas estudiadas. ¿Qué significaban los niños para el gremio médico y que planteamientos se exponían para construir una niñez más sana y con un futuro más promisorio?

CAPÍTULO 2. LA NIÑEZ MEXICANA: CONCEPTOS, NIÑOS REALES, NIÑOS IMAGINADOS, INSTITUCIONES Y PRÁCTICAS

2.1 El concepto de niñez: una figura multidimensional

Antes de iniciar el análisis de algunas ideas vertidas en las tesis, conviene comentar los significados relacionados con la infancia que se venían manejando en las épocas que abarca nuestra investigación y que son analizados por diversos autores y expertos en el tema.

La infancia es una construcción conceptual, intelectual, con un carácter simbólico, estrechamente vinculado a un contexto geográfico, social, económico o cultural y a un periodo histórico determinado y específico. Esta construcción por lo general tiene un carácter multidimensional, es decir, que su acercamiento puede hacerse desde diferentes dimensiones y espacios. Uno de ellos es a partir del mundo de la medicina: el niño enfermo, la atención materno- infantil, el cuerpo del niño visto a través del método y la propedéutica clínica.

Otras maneras de llevarlo a cabo son desde las diferentes categorías de niñez: niñez proletaria, niñez privilegiada, niñez anormal. También a partir de las instituciones de beneficencia: niño del hospicio o de las casas de corrección y tribunales para menores, así como desde la niñez trabajadora, el niño de la calle, o el niño campesino. Otras vertientes hablan del niño indígena, el niño participante en la gesta revolucionaria. Un lugar relevante ocupa la esfera de la educación y la pedagogía entre otras muchas. La visión y el acercamiento a los niños difiere notablemente según sea la época, el tipo de sociedad y la cultura de que se trate. Una construcción histórica “vinculada a una serie de significados y a una estructura social, económica, política y cultural”. Esto se explora “a través de discursos, imágenes y estrategias que los adultos han empleado para introducirse al mundo de la infancia”.

En nuestro caso, la construcción de la niñez desde la medicina es muy cercana a la de la pedagogía y la psicología. Requiere conceptualizar de acuerdo con diferentes significados sociales de niñez elaborados en cada época y lugar, con el objetivo de actuar e interactuar con los infantes. ¿Cómo cuidarlos, formarlos, tratarlos, curarlos, preservando y brindando estrategias de apoyo a su vida, dentro de un marco de respeto, sin violencia, invasión o transgresión? ¿Cómo realizar nuevas lecturas del cuerpo infantil en cada contexto social y temporal?⁴⁷

⁴⁷ Del Castillo, A., *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México (1880-1920)*; El Colegio de México y el Instituto Mora. Antecedentes, La invención de un concepto moderno de infancia, (2006),

El reconocimiento de la niñez como área específica dentro de las ciencias médicas y de la salud no ocurrió aisladamente, sino que formó parte de todo un proceso de sistematización multidisciplinaria, en el cual jugaron papeles centrales la pedagogía, la psicología – especialmente desde el campo de la investigación psicopedagógica en los primeros decenios del siglo XX– y la medicina que, junto con la antropología, le dieron a la niñez atributos y caracteres inéditos hasta esa época.

Los conceptos y representaciones en torno al cuerpo infantil construidas por la medicina pediátrica a finales el siglo XIX, desarrolladas, diversificadas y profundizadas en los primeros decenios del siglo XX proyectaron y consolidaron una “mirada clínica” y una concepción médica especializada de la infancia.⁴⁸ El interés por la infancia se vio reforzado por los diagnósticos evolucionistas en torno a la infundada “degeneración de la raza”: las distintas anomalías e irregularidades raciales que “ocurrían y se generaban” durante la infancia. Las ideas evolucionistas, tuvieron una amplia difusión en la sociedad de la época y un gran impacto sobre los conceptos, símbolos, representaciones, ideas, pensamientos, saberes, prácticas y acciones concretas relativas a la infancia.

El concepto o idea imaginada de “degeneración” sintetizaba referencias biológicas con categorías morales, virtudes y vicios, que iban del terreno individual a los sectores colectivos y nacionales. Se pensaba que la naturaleza de las “inclinaciones” infantiles, tanto positivas como negativas “eran conservadas latentemente en la mente de los pequeños” para ser expresadas con posterioridad. Existía una concepción “tripartita” en los niños que dividía sus vidas en tres áreas: la intelectual, la física y la moral. La infancia vista como un modelo o matriz que se extendía al resto de la vida de los individuos. Esta visión determinista y evolucionista de la niñez tuvo su

(pp.15-29), Los médicos (pp.59-104); Castro Hernández, Shiduet Mariana, *Construcción del Niño: una pedagogía de lo corporal*, tesis de maestría en pedagogía, UNAM, 2009, pp.52-58 y López Ramos, Sergio, *Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano (1840-1900)*, México, Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C, 2000, pp.107-158.

⁴⁸ Los discursos y saberes de la infancia se consolidaron y diversificaron especialmente entre 1880-1914 en varios campos: la medicina infantil incorporándose planes de estudio de pediatría en la carrera de medicina siendo un proceso internacional que incluyó a nuestro país, universidades europeas, norteamericanas, hispanoamericanas; la mortalidad infantil apareció por primera vez como asunto de seguridad nacional; la pedagogía incorporó la perspectiva evolucionista darwiniana en sus planteamientos. La escuela se convirtió en un laboratorio de investigación para el pedagogo como lo fueron los hospitales para el médico. Se realizaron importantes investigaciones de higiene escolar; se desarrollan los gabinetes antropométricos, así como las primeras pruebas psicométricas sobre la inteligencia (capacidad y potencialidad de aprendizaje de los niños). Estas tres áreas del conocimiento tuvieron como común denominador al cuerpo y la mente infantil. A estas áreas podría agregarse una más: la salud pública con su mirada sanitaria y profiláctica. Véase Del Castillo, A., *op.cit.*, 2006, pp. 15-29.

espacio más significativo en el México porfiriano y fue aceptada por la mayoría de los médicos decimonónicos. Sin embargo, a diferencia de mentalidades más “ortodoxas” o radicales en esta visión social, la mayoría de ellos, profesionales de la medicina, aludiendo a cuestiones de carácter social y cultural, contemplaba a la higiene y su fomento como factores de transformación y cambio de los seres humanos, especialmente en los niños.⁴⁹ Dentro de la mentalidad de la época para lograr estos objetivos, a los ojos del médico era necesario explorar más los cuerpos y las mentes de los niños. Medirlos con mayor exactitud por medio de la antropometría, dándole seguimiento a través del crecimiento y desarrollo infantiles y explorar los interiores del cuerpo de los niños buscando nuevas señales que ampliaran el horizonte diagnóstico y terapéutico de la medicina infantil.⁵⁰

En nuestro abordaje histórico de la infancia se confirma que los niños son convertidos en actores activos y protagónicos especialmente en los periodos históricos estratégicos y definitorios para una nación. En el caso de México lo fue sobre todo durante las etapas de reconstrucción nacional entre guerras posteriores a las grandes conflagraciones bélicas internas. La ausencia del niño como agente social protagonista de su propia historia y destino es un factor que incrementa la responsabilidad y los imperativos que impulsan y motivan a un historiador que investiga instituciones involucradas en la atención médico social y servicio a la niñez. Para ello es necesario conocer y transparentar todos los detalles que caracterizaron y afectaron sus vidas y el papel que jugaron los adultos involucrados en este proceso.

Son parte de los objetivos de este capítulo el rescatar a actores sociales históricamente marginados de la vida social cotidiana de la urbe capitalina: tanto al médico en muchos casos anónimo que difundió sus ideas a través de sus tesis escolares, como los niños pertenecientes a las familias populares, trabajadores callejeros, niños asilados en las instituciones de beneficencia pública, atendidos en hospitales y otros centros de salud; también es de nuestro interés el papel

⁴⁹ “En México nuestra raza no es fuerte ni mucho menos, la raza mexicana es débil por muchas circunstancias y la tarea de la educación física es tratar de que estos caracteres físicos mejoren más y más [...] suprimir los factores que sean nocivos para el desarrollo del niño [...] que se llegue a educar para que pueda competir con los individuos de otras razas [...] es factible la superación racial del mexicano modificando algunos de los caracteres físicos de la etapa infantil”, Dr. Manuel Uribe y Troncoso, director del Departamento de Higiene Escolar.

⁵⁰ Del Castillo, A., Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México (1880-1920); El Colegio de México y el Instituto Mora, 2006, “Antecedentes, La invención de un concepto moderno de infancia” (pp.15-29), “Los médicos” (pp.59-104).

Mismo autor: Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México (1876-1911) en Agostoni, Claudia y Elisa Speckman Guerra [eds], *De Normas y Trasgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)*, 2005, pp.83-107.

desempeñado en este proceso por la higiene, la eugenesia, el racismo, la prostitución y la salud pública. Desde las ciencias de la salud un elemento central en la concepción y definición de niñez y que se hizo más evidente a partir de la década de 1920, fue el imperativo de definir las fronteras entre las diferentes etapas de la infancia ya que cada una de ellas incide de manera diferente sobre la salud infantil; aquí cobra relevancia la epidemiología y el tipo de enfermedades padecidas por los niños.

Cobran una dimensión diferente el tipo de enfermedades y de factores epidemiológicos que interactúan sobre ellas en cada etapa de la infancia: recién nacidos, en los que son fundamentales los factores relacionados con el embarazo, parto y la resistencia a los primeros embates del medio ambiente que rodea a cada pequeño. Los lactantes y todos aquellos factores asociados con su amamantamiento y crianza; los párvulos y escolares con su gran exposición a las enfermedades infectocontagiosas que implica la socialización. La vida en un medio ambiente hostil y el contacto con sus pares o los púberes y adolescentes con el riesgo que involucran las enfermedades por transmisión sexual –especialmente la sífilis tratada en esta investigación– así como las conductas de riesgo asumidas de acuerdo con la óptica social de cada época. Todos los miembros de la infancia tienen determinantes sociales y biológicas específicas para cada uno, abordajes particulares y tratamientos disímiles para su resolución.

El historiador, el científico social o el analista cultural, “deben interpretar a la luz del horizonte sociocultural lo que el médico, fisiólogo, biólogo y psicólogo definen como un fenómeno natural”. En el plano histórico cultural un niño o una niña pueden ser al mismo tiempo un hijo, una hija, un padre o un criminal, o una futura madre embarazada y soltera; una “prostituta” puede ser al mismo tiempo una niña en la flor de su vida. ¿Qué es y cómo se es un niño? Una interrogante que “se mantiene en el plano de la discusión y el debate sostenido entre diferentes individuos, en diversos segmentos sociales y en múltiples escenarios”. Los conceptos de niñez, adolescencia y juventud dependen ampliamente de los ámbitos y espacios sociales donde se manejen, sus límites son flexibles y están abiertos a nuevas interpretaciones.⁵¹

El análisis, el juicio y la descripción van dirigidas desde el campo de la salud y la enfermedad, especialmente a dos estereotipos de niños: los pertenecientes a las clases

⁵¹ Estos aspectos son discutidos y comentados ampliamente por: Sosenski, Susana, “Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934, El Colegio de México, 2010, pp.15-34. p.21 y por Jordanova, Ludmila, “Children in history: concepts of nature and society”; en Scarre, Geoffrey, *Children, Parents and Politics*, New York; Cambridge Univ., Press; 1998, pp. 10-11, 3-24.

acomodadas “consumidores desde su más tierna infancia”, los “futuros líderes y gobernantes, terratenientes y próximas generaciones de empresarios y hacendados” donde la atención se centraba en su educación, su amamantamiento: la crianza y su desarrollo nutricional. En el polo opuesto están los niños de escasos recursos, pertenecientes a la clase “denostada”, sin futuro; se habla incluso de la “conducta animal” y los futuros criminales; del “grupo social que había que redimir”. Los niños que se analizan en esta investigación proceden sobre todo de las clases y las familias populares que padecieron con mucha mayor frecuencia las enfermedades que se analizan en este espacio.⁵²

Es posible detectar también a un tercer tipo de niño: el modelo ideal, “el que habitaba en el imaginario colectivo”; una concepción fraguada virtualmente y que vivía solo en el discurso: el niño fuerte, sano, perfectible por las propuestas educativas e higiénicas, activo, y constructivo para la sociedad. Las niñas son vistas como seres dúctiles, delicadas, graciosas, tenaces y resistentes, dispuestas a aprender los consejos y a ser entrenadas como futuras esposas y madres. Se constituyeron en un blanco estratégico para los esfuerzos emprendidos por los higienistas reformadores mexicanos, especialmente a través de las cátedras de higiene en las escuelas secundarias para niñas.⁵³

En el México decimonónico el niño de la calle, proletario, “de reformatorio”, “de la caridad”, de beneficencia, era un personaje muy vulnerable ante los demás y “presa de diversos estigmas de raza, origen, género, edad, diversas enfermedades; era motivo de abandono, menosprecio, desprecio. No existían programas de rehabilitación o apoyo emocional y afectivo para ellos.... los únicos mecanismos de inserción social eran la reclusión y la moralización”. La moralización ocupó un lugar de privilegio en la pedagogía de la salud y el establecimiento de patrones de conducta dirigidos a los niños. La elección de vida, de destino del niño “estaba prácticamente predeterminada desde su nacimiento, y a partir de los primeros días de su vida”.⁵⁴

⁵² Castro Hernández, Shiduet Mariana, *Construcción del Niño: una pedagogía de lo corporal*, tesis de maestría en pedagogía, UNAM, 2009, p.64.

⁵³ Citas y comentarios en López Ramos, Sergio, *Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano (1840-1900)*, México, Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C, 2000, pp.107-158 y Castro Hernández, Shiduet Mariana, *op.cit.*, pp.52-58, p.65.

⁵⁴ Eran impensables en ese entonces los mecanismos de movilidad social. Los “hijos ilegítimos” fallecidos en el embarazo productos de madres solteras, doblaban en número a los procedentes de familias integradas. De Essesarte, M., (1882), *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos muertos formado de datos recogidos en la Casa de Maternidad*, tesis inaugural, (tesis de grado, recepcional), México, Tipografía de Berrueco Hermanos, pp.7-8 ;López Ramos, Sergio, *De cómo la moral se hizo psicología en México en 1895*, México, Naucalpan, Editorial El Aduanero, 2002, 181 p p.73; “Un personaje muy vulnerale ante los demás” y “un tercer tipo de niño, el que vivía en

El cuerpo infantil era un “escaparate de expresión de la sociedad”, en contradicción, donde se podían observar las huellas o vestigios del abandono físico, emocional y social que pueden ser rescatadas documentalmente a través de las descripciones médicas en los textos correspondientes al rubro de metodología y propedéutica clínica. El cuerpo funciona como un espacio o territorio físico en el que se expresa la desigualdad social y económica, así como los intereses políticos y las emociones vividas. Estas últimas las podemos recoger también documentalmente en los textos publicados en la prensa de la época.⁵⁵

2.1.1 Concepto de infancia: el niño en el proyecto liberal

En el análisis documental que se realiza en esta investigación es importante revisar el concepto de infancia desde el punto de vista del pensamiento liberal que enmarca la gran mayoría de las ideas y las acciones descritas, detalladas y analizadas en los textos de los médicos que conforman nuestro material de trabajo. Los pensadores y líderes políticos liberales proyectaron a la infancia desde el plano institucional educativo y asistencial. A partir del triunfo liberal y la restauración de la República (1867) se trazan las primeras tentativas para fraguar un ideal de país. Es posible identificar dos etapas de mayor trascendencia en el proceso: las últimas tres décadas del Porfiriato (1880-1910) y las primeras dos décadas de la posrevolución (1920-1940).

Es sobre todo en la segunda de ellas, cuando el Estado nacional será capaz de transmitir señales y “una idea comprensiva y uniforme de infancia” caracterizada por niños idealmente escolarizados insertados en un sistema educativo moderno y eficiente. Una infancia procedente de madres sanas con embarazos alejados de noxas y complicaciones, perfectamente controlados por médicos bien formados conformadores de un sistema de salud centralizado y poderoso. Durante el Porfiriato, sobre todo en la etapa señalada, aparecen las discusiones que identifican al niño como un ciudadano activo, resultado (fin o consecuencia) de una reforma educativa (conducida principalmente por Justo Sierra). El “niño positivo-activo” en el siglo XIX liberal será el hombre-protagonista del mañana del siglo XX de acuerdo con el marco de liberalismo y democracia, surgido de las Constituciones (1857 y 1917).

el imaginario social”, en Castro Hernández, Shiduet Mariana, *Construcción del Niño: una pedagogía de lo corporal, tesis de maestría en pedagogía*, UNAM, 2009, pp.52-58, p.65.

⁵⁵ En esta investigación es muy importante destacar los distintos significados que representaba el cuerpo infantil para la sociedad y la opinión pública en general. Múltiples comentarios y referencias presentadas por Castro Hernández, Shiduet Mariana, *op.cit.*, 2009, pp.73-74.

La medicalización⁵⁶ de la infancia y la expansión de la salud pública e higiene como iniciativas teóricas y prácticas ayudan en el Porfiriato a situar a los niños como centros de interés del Estado. De acuerdo con esta ideología liberal y positiva los higienistas enfocan sus energías en dos aspectos fundamentales de la salud infantil: primera infancia que involucra crianza, alimentación infantil y control de las enfermedades transmisibles y los aspectos formativos de la niñez, en particular en normar e “higienizar” las condiciones de la escolarización y el aprendizaje de los niños en conformidad con la reforma educativa.⁵⁷

Una vía nodal para estudiar el concepto de niñez es a través del niño marginado, abandonado o expósito. Algunos investigadores consideran y nos expresan que los “actores marginales” funcionan como “reveladores de cambio de mentalidad y de contradicciones en el seno de una sociedad.” El abandono y la marginación tienen un significado en el marco de la historia de la salud y la enfermedad de pobreza y precariedad de una familia, imposibilidad para criar y cuidar a los niños y la presencia de la vulnerabilidad con todas las connotaciones culturales y sociales que conlleva esta condición para la medicina y el movimiento higienista.⁵⁸ En el otro extremo de la escala social, es decir la niñez perteneciente a las clases privilegiadas, los pequeños debían ceñir sus roles de vida acordes con su género y asociados a la “respetabilidad y su estatus de clase.” Sus familias buscaban proteger la salud de sus hijos por medio de una atención médica más actualizada acorde con sus patrones culturales y a las nuevas

⁵⁶ Se entiende a la “medicalización” como parte del proceso de secularización promovido por el Estado, desplazando a las ideas religiosas y de caridad para dar paso a las ideas científicas de la medicina y al hospital, cuya presencia fue permeando diversos aspectos de la vida entre los que se incluyeron los cuidados del embarazo y el parto; el nacimiento de los niños, su vigilancia y posteriormente su escolarización. De esta manera el ciclo biológico del embarazo, parto, puerperio y crianza-lactancia entraron a esta lógica. El contexto en el que se llevó a cabo este proceso en México fue el de las reformas liberales decimonónicas y su continuación post-revolucionaria; “el hospital pasó a ser la institución privilegiada en la que se desarrollaron los conocimientos médicos para preservar la salud de la población.” Alanís, M., *op.cit.*, 2016, pp.,52-53.

⁵⁷ Como veremos, durante el siglo XX se expandieron estos horizontes y se agregaron otros aspectos relacionados con la medicina materno-infantil en concordancia con la aparición de nuevos agentes químicos para el combate a la sífilis (el bismuto y los arsenicales) en madres y niños enfermos, así como nuevos desarrollos teóricos y terapéuticos para la desnutrición infantil. “Introduction”, “The symbolic child and real children” en Jackson Albarrán, Elena, *Seen and Heard in México. Children and Revolutionary Cultural Nationalism* (“visto y oído en México. Niñez y nacionalismo cultural revolucionario”) University of Nebraska Press/Lincoln and London, 2014.

⁵⁸ Otra forma de abandono que se hace presente en esta investigación es la falta de interés o de compromiso de un gobierno o Estado con los grupos sociales más vulnerables. La definición de “niño expósito” que nos brinda la investigadora Ann Blum nos muestra en general la imagen que tenía el Estado mexicano de la infancia proletaria y marginada: “una niñez sin niñez” referente a seres humanos que desde muy pequeños a partir de los 7 años se consideraban capaces de ganarse la vida por sí mismos, y los empleadores estaban autorizados a reclutar a los niños en fábricas y talleres artesanales. Blum, A.S., *Domestic Economies. Family, Work and Welfare in México city 1884-1943*, Introduction: Child, class and family in México city, 2009, p. XV.

ideas de salud e higiene de finales del siglo XIX y de esta forma aprovechar las ventajas que representaba en el tratamiento de las enfermedades infantiles, sobre todo las más graves y retadoras, la nueva presencia de la medicina especializada en el campo infantil en la capital mexicana.⁵⁹

El origen de clase se configuró como un elemento decisivo para considerar a los niños como sujetos de interés público. Tenemos dos vertientes en la concepción y las prácticas en relación a la infancia: la pública, colectiva, institucional, protagonizada por el Estado nacional y la sociedad en el plano gubernamental, la “policía” y la administración pública en la que los niños son atendidos, entrenados y orientados al trabajo y la de la infancia de las clases privilegiadas que entra dentro del terreno de lo privado, lo familiar, en la que los niños son formados y orientados hacia la dirección y el liderazgo futuro –político, económico, social e intelectual– del país y en la que los padres de familia recurren al profesional de la medicina de elite, el especialista buscando una atención médica de excelencia para sus hijos. También, además del plano ideal y el realista existe una tercera vía en el plano de la salud que es la medicina institucional en la que el especialista presta sus servicios en los hospitales públicos.⁶⁰

Los médicos plasmaron y manifestaron todas estas circunstancias comentadas, en sus tesis escolares y profesionales de diversas maneras. En algunas ocasiones abiertamente y en otras, a través de otras ideas. Una finalidad importante de esta investigación es detectarlas, analizarlas y comentarlas. Los profesionales de la medicina mexicanos han aportado diversos elementos teóricos y prácticos al campo conceptual, reflexivo y constructivo de la infancia de nuestro país. Una parte sustancial de esta veta del conocimiento histórico puede recogerse

⁵⁹ Algunos médicos especialistas prestigiosos atendían a sus pacientes en céntricos consultorios de la ciudad, como se puede documentar en las guías de la época como el *Directorio Ruhlant de la Ciudad de México de 1903-1904*, “Directorio General de la República Mexicana”, consultable en la red digital; véase también Blum, A.S., *Domestic Economies. Family, Work and Welfare in Mexico city 1884-1943*, “Introduction: Child, class and family in México city”, 2009, p. XV; Agostoni, C., “Popular health education and propaganda in times of peace and war in México city 1890-1920”, *American Journal of Public Health* 96, no.1, 2008: 52-62; Alcubierre, Beatriz y Tania Carreño King, *Los Niños Villistas, una mirada a la historia de la infancia, 1900-1920*, Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1996, p.60,61 37-85; Rocha, Martha Eva, *El álbum de la mujer. Antología ilustrada de las mexicanas*, vol IV, “El porfiriato y la Revolución, México”, INAH, pp.54-55; Del Castillo, A., *Conceptos, Imágenes y Representaciones de la niñez en la Ciudad de México, 1880-1920*, México, El Colegio de México/Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2006, pp.153-156.

⁶⁰ Blum, A.S., *Domestic Economies : Family, work and welfare in México city 1884-1943*, “Introduction: Child, class and family in México city” 2009, p.XV, (Economía doméstica. Familia, trabajo y bienestar en la ciudad de México 1884-1943. Introducción: niño, clase y familia en la ciudad de México; Vaughan, Mary Kay (2001), *Estado, clases sociales y educación en México*, México: Fondo de Cultura Económica, 1982.

principalmente a través de un análisis detallado de sus tesis escolares y profesionales especialmente dentro de los rubros de “higiene infantil” y “puericultura.”

En el presente capítulo se discuten varios planteamientos, conceptos, creencias, opiniones, conjeturas, juicios, prejuicios y percepciones de todos estos autores que fueron abordados desde diferentes ángulos y con diversos matices. Como veremos más adelante, si bien la mortalidad infantil representó para los médicos un área de inquietudes, ideas y propuestas encaminadas a lograr y velar por la supervivencia de los niños, las temáticas relacionadas con la higiene y la puericultura nos remiten a las preocupaciones y las acciones tomadas para asegurar un futuro más promisorio para ellos.⁶¹

Las interrogantes que se plantean en esta parte de la investigación parten del siguiente cuestionamiento: ¿cómo se conceptualizaba y se construía a la niñez desde la perspectiva del gremio médico, de cara al futuro? Se expondrán y comentarán en este espacio diversos comentarios al respecto surgidos de tesis publicadas tanto en la segunda mitad del siglo XIX, como en el siglo XX, especialmente desde la década de 1920. Véanse las tablas 2 y 3 del Capítulo 1.

2.2 La higiene: una pedagogía de la salud para la construcción de una nación

Los médicos mexicanos construyeron un concepto de niñez a través de las lecturas que realizaron del cuerpo y la mente infantil sobre todo a través de la higiene, la puericultura y la metodología y propedéutica clínica que formaron parte de su currículo formativo en la Escuela de Medicina. La difusión de la higiene y la educación para la salud se inscribieron y formaron parte de todo un proceso histórico entre cuyos principales propósitos y motivaciones subyacía “la creencia del Estado nacional y sus elites tanto intelectuales como políticas –especialmente durante el Porfiriato y los años posrevolucionarios– de que el fomento popular de la educación para la salud era el primer paso para transformar a una colectividad humana, tanto urbana como rural en un conjunto de ciudadanos civilizados, modernos y sanos.”⁶²

⁶¹ Se analiza en este capítulo un grupo de fuentes conformado por 15 tesis escolares y profesionales que se sintetizan en la tabla 1 en el capítulo 1.

⁶² Cita y comentarios: Agostoni, Claudia, “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in México City, 1890s–1920s” (Educación Popular para la salud y Propaganda en tiempos de paz y guerra en la ciudad de México en las décadas de 1890s a 1920s.) *American Journal of Public Health* · January 2006, vol.96, num.1, p.52; Para los objetivos de esta investigación, conviene establecer una definición de Estado nacional: El Estado está constituido por la porción, territorio o espacio donde se ejercita un poder; la población o seres humanos que forman

Esta fe puesta en la educación para la salud y su promoción popular fue manifestada por médicos, higienistas reformadores, profesores y profesoras de escuelas, autoridades gubernamentales en diversos escenarios: congresos, ferias internacionales y exhibiciones populares, festividades cívicas con sus desfiles callejeros y celebraciones, leyes y normas, programas escolares entre otros. No era suficiente con que hombres, mujeres y niños fueran alfabetizados, sino que la higiene pública y privada debería formar parte también de su formación social.⁶³

Los niños y las mujeres fueron los principales receptores y depositarios del mensaje y los médicos en general, ya como practicantes, docentes, alumnos, como miembros de las carteras de salud y la Academia Nacional de Medicina participaron en la confección y difusión de diversos artículos y textos sobre la temática aparecidos en libros, periódicos, revistas y en sus tesis profesionales. La estrategia pedagógica fue instrumento y símbolo de cambio y transformación social desde el triunfo de la bandera liberal (1867): hacer del pueblo de México un conjunto de hombres, mujeres y niños sanos, fuertes y trabajadores, ciudadanos responsables por medio de la educación elemental laica, gratuita, obligatoria y pública, así como de una red de atención social y médico sanitaria eficiente y suficiente.

Este proceso fue difícil y lento debido a la diversidad lingüística que caracterizaba al territorio nacional, la heterogeneidad cultural, la vastedad de zonas geográficas incomunicadas o de difícil acceso, así como la inestabilidad política y financiera, las guerras intestinas e internacionales que devastaron al país así como las múltiples epidemias y enfermedades endémicas que lo afectaron y debilitaron en buena parte del siglo XIX y de los inicios del siglo XX.⁶⁴ El Estado nacional se fue involucrando progresivamente en la responsabilidad sobre los

parte constituyente de él; el poder o facultad de un individuo o grupo (Gobierno receptor y ejecutor de la soberanía popular) para incidir o afectar el comportamiento de esta población, y la cultura democrática que entraña la incorporación de la Constitución normativa que tiene vigencia sobre los derechos fundamentales de los individuos que lo conforman. [Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM: biblio.juridicas.unam.mx]

⁶³*Ibidem*, pp.52-61; Un ejemplo de esto lo representan las celebraciones del centenario de la consumación de la independencia nacional en septiembre de 1921. Al llevarse a cabo la “semana del niño” los preceptos higiénicos serían considerados insumos necesarios para “hacer del niño el hombre del mañana” la niñez llegó a representar al futuro del país y de ahí la necesidad apremiante de cuidarla y protegerla. Alanís. M., *op.cit.*, 2016 p. 90.

⁶⁴ Schell, Patience., “Nationalizing Children Through Schools And Hygiene : Porfirian and Revolutionary México City”, en *The Americas, A quarterly review of inter-american cultural history*; vol.60, april, num.4, 2004, pp. 559-587; Agostoni, C., “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in México City,1890s–1920s” [Educación Popular para la salud y Propaganda en tiempos de paz y guerra en la ciudad de México en las décadas de 1890s a 1920s.] *American Journal of Public Health*, January 2006, vol.96, num.1, 2006, pp.52-61;

cuidados, salud, crianza y educación de los niños de México. Mientras esto sucedía los diferentes significados sobre la infancia estaban en un proceso de transformación. Nuevos discursos representaban a los niños como “recursos y tesoros ciudadanos” y no solamente como adultos pequeños. Sin embargo, el beneficio real del modelo económico porfiriano estaba limitado a las elites e iba dirigido a las minorías privilegiadas urbanas especialmente en la ciudad de México.

Lo extranjero y su cultura eran “festinados” entre la elite de México, mientras las culturas autóctonas y tradicionales eran ignoradas y aun censuradas, culpabilizadas como modelo de “degeneración de la raza” y responsables de lo desordenado o irregular. El México porfiriano era un país dividido por diversas geografías, culturas e historias locales. El remedio de la desunidad nacional estaría en incrementar la participación federal y la unidad ideológica especialmente a través de la escolarización e higienización de los niños y su educación primaria.⁶⁵ “El Estado hizo una perfecta lectura de las características maleables de la niñez e intentó controlar al mayor contingente posible de niños y familias a través de la consolidación de una relación normativa, regulatoria, educativo-sanitaria con miles de niños mexicanos”. El énfasis puesto en la escolarización de un mayor número de niños jóvenes tuvo como repercusión que la barrera o frontera de edad del mundo de la niñez se redujera. y fue un “factor que dividió a los niños de los adultos”: un elemento más para dar a la infancia un carácter específico, especial y distinto; una etapa de la vida válida, trascendente y funcional por sí misma, con sus propias reglas y modos de funcionar.

Un medio de regulación, control y normatividad del Estado en relación con el mundo de la infancia fue a través de los órganos de beneficencia: orfanatos, correccionales y asilos con la obligación y el compromiso de hospedar, asilar, educar, criar y curar a la infancia desvalida. Los médicos higienistas mexicanos pensaban que existía un alto potencial de mejorar la salud de México enseñando a sus niños hábitos buenos y “positivos”. Incluyeron la educación y la promoción de lo “limpio, sano, vigoroso y fuerte” en su lista de responsabilidades: aire, agua,

Vaughan, Mary Kay, *La política cultural en la Revolución: maestros, campesinos y escuelas en México, 1930-1940*, Fondo de Cultura Económica, México, 2001; misma autora, *Estado, clases sociales y educación en México*, México: Fondo de Cultura Económica, 1982.

⁶⁵ Schell, Patience, A., “Nationalizing Children Through Schools And Hygiene : Porfirian and Revolutionary México City”, (“Nacionalizando niños a través de las escuelas y la higiene: la Ciudad de México porfiriana y revolucionaria”) *The Americas, A quarterly review of inter-american cultural history*; vol.60, april, num.4, 2004, pp. 559-587.

drenaje enfermedades contagiosas, vivienda y manejo de desechos: “la higiene es una pedagogía en la construcción de una nación.”⁶⁶

En el ámbito de la opinión pública y social manifestada en la prensa pública, el médico era “figura de autoridad moral para hablar de la salud, las enfermedades y la muerte de los niños”. Era el portador de las críticas sobre los hábitos alimenticios y los cuestionamientos en relación con la lactancia. Los médicos eran considerados como “los guardianes de la salud”. Sin embargo, el mensaje iba dirigido casi exclusivamente al niño de las clases medias y altas. Los niños de las clases populares eran considerados la antítesis de la “buena higiene aplicada en la formación y educación de la niñez”⁶⁷ El espíritu liberal del siglo XIX quería tener niños “liberados de la educación colonial”, preparados para luchar contra los peligros para la salud e incluso para luchar y defender a su país en una potencial guerra. Niños familiarizados con la naturaleza que los rodeaba y de la cual se podrían obtener recursos para el presente y futuro cercano. Una noción más del proceso de nacionalización.⁶⁸

Una de las principales plataformas de análisis y reflexión con las que el médico contaba y recurría para lograr sus objetivos en relación con la infancia era la higiene –materia conformante del currículo formativo del médico cirujano– “el arte científico de conservar la salud y aumentar el bienestar”. Un conjunto armónico de reglas y preceptos normativos de la conducta humana para alcanzar fines determinados: la salud y bienestar. El movimiento higienista fue la respuesta del gremio médico al grave problema que representaba a las naciones la mortalidad infantil, en el mundo en general y en México en particular. Como ciencia la higiene en ese entonces estudiaba e informaba sobre los fenómenos existentes en el medio relacionados y en interacción con el organismo del hombre, modificándolo y conduciéndolo a la pérdida de la salud. Como arte se

⁶⁶ Blum, Ann Shelby, *Domestic Economies. Family, work and welfare in México city 1884-1943*, “Introduction: Child, class and family in México city”; (“Economía doméstica. Familia, trabajo y bienestar en la ciudad de México 1884-1943). Introducción: niño, clase y familia en la ciudad de México, 2009, pp. XV-XXVII, (patrones porfirianos y significado de la circulación de la niñez), pp. 3-39; Misma autora “Conspicuous Benevolence: Liberalism, Public Welfare and Private Charity in Porfirian México City, 1877-1910” en *The Americas...*, 58:4, Julio, 2001, pp 8, 13, 25-26; Vaughan, Mary Kay, *The State, Education and Social Class in México, 1880-1928* ; DeKalb ; Northern Illinois University Press, 1982, p.59 ; Alanis, M., *op.cit.*, 2016, pp.50-76.

⁶⁷López Ramos, Sergio, *Prensa, Cuerpo y Salud en el siglo XIX mexicano (1840-1900)*, México, Centro de Estudios y Atención Psicológica, AC, 2000, pp.105-158, p.115.

⁶⁸ “...si examinaran de cerca lo que sucede con los niños de la clase menesterosa por lo común abandonada y abyecta se convencerían muy de cerca de la importancia y utilidad de desarrollar a la par de las fuerzas físicas la mente y los sentidos” “Ejercicio físico de los niños” en *El Monitor Republicano*, 13 de abril de 1849: referencias, comentarios y citas por López Ramos, S., *op.cit.*, 2000, pp.105-158; p.118.

planteaba acciones a tomar para transformar patrones y estilos de vida considerados como malsanos de los individuos.⁶⁹

2.2.1 La higiene: el arte científico de conservar la salud y la vida

¿Qué era la higiene a finales del siglo XIX, como se concebía en la mente del médico mexicano; cuáles eran sus objetivos, alcances y límites en el mundo de la medicina; cómo se relacionaba con los derechos de la niñez? Para intentar contestar estas preguntas y entender un poco más el discurso de los médicos graduados con relación a esta rama de la medicina es necesario detenerse brevemente en un personaje que tuvo una gran influencia en el pensamiento y la formación de muchas generaciones de médicos mexicanos en las últimas décadas del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX: Luis E. Ruíz (1857-1914) catedrático de la materia de higiene en la ENM. Fue discípulo del profesor José Guadalupe Lobato (1829-1887) de quien recibió gran parte de su formación como médico higienista. En su tesis de concurso para obtener la cátedra de higiene en la ENM, Ruiz nos proporciona claves que nos permiten explorar su pensamiento, sus objetivos y su ideario. Sus mayores influencias teóricas en la materia las recibió de los clínicos e higienistas franceses Alexandre Lacassaigne (1843-1924) y Apollinaire Buchardat (1806-1886). De ellos aprendió los principales elementos que caracterizaron a sus ideas y que transmitió a sus numerosos estudiantes. Primero, el camino hacia la metodología de la ciencia- arte de la higiene: de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular apoyándose siempre en las “aserciones poderosas de la experiencia” es decir el método empírico.

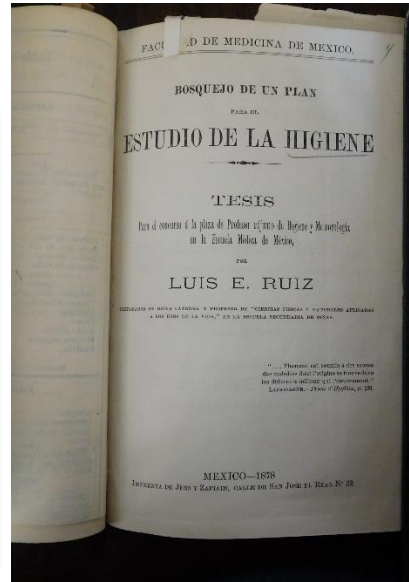
En segundo término, recibió de ellos los elementos que conformaron la esencia universalista de la higiene como un arte fuertemente anclado en los principios científicos: el estudiante que se acercaba a la cátedra de higiene impartida por Ruíz –en el último año de la carrera– debía dominar plenamente un abanico de materias básicas como la geografía, astronomía, física, química, biología, patología general y descriptiva. Todo un amplio conjunto de “preceptos y reglas basados en la ciencia con objeto de conservar la salud y aumentar el

⁶⁹ ¿Qué era la higiene? Para entender mejor la mentalidad de la época es útil revisar esta definición que era un punto de referencia básico para muchos de los profesionales de la salud mexicanos de entonces, y procede del libro del profesor Luis E. Ruíz, titular de la cátedra de Higiene y Meteorología medica en la ENM; Ruíz, L.E., *Tratado Elemental de Higiene*, México, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, callejón de Betlemitas número 8.1904, pp. 3-4. Este texto fue ampliamente utilizado como obra de consulta y de difusión tanto en el plano profesional como social. Véase también: Ruíz, Luis E., (1878) *Bosquejo de un plan para el estudio de la higiene*, tesis de concurso del autor para la cátedra de Higiene y Meteorología médica en la ENM, México, Imprenta de Jens y Zapiain en la calle de San José El Real num.22.

bienestar” y de esta manera estar en condiciones de poder “mejorar el orden de la vida individual y colectiva” La higiene en esas épocas tenía sus raíces en diversas áreas de la ciencia y su aplicación en un amplio universo social.

El tercer elemento curricular de la materia de higiene y complemento de los anteriores era la aplicación del método experimental, por lo que Ruiz dotó a su cátedra de un laboratorio bien equipado para poder demostrar experimentalmente los diferentes postulados propuestos en su materia. En el área de la alimentación infantil tenemos como testimonio los experimentos realizados por los alumnos en el análisis de la leche y su aplicación en la salud infantil. Las descripciones de los diferentes instrumentos con lo que contaba el laboratorio como “lacto densímetros” y “butirometros.” Y su aplicación en la práctica en las inspecciones realizadas por los médicos en hospitales y establos de la ciudad.⁷⁰

⁷⁰ Ruíz, Luis E., (1878) *Bosquejo de un plan para el estudio de la higiene*, tesis de concurso del autor para la cátedra de Higiene y Meteorología médica en la ENM, México, Imprenta de Jens y Zapiain en la calle de San José El Real num.22. p. 6.; Zertuche, Mariano (1899) *Lactancia artificial. Estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales*. Prueba escrita que para el Examen General de Medicina, Cirugía y Obstetricia presenta el alumno Mariano Zertuche, ayudante del Preparador de Higiene en la Escuela Nacional de Medicina. Parte de esta tesis fue incorporada por Ruiz en el capítulo correspondiente a Alimentación infantil en su libro de texto de higiene.; Buchardat y Laccasaigne destacaron los principios difundidos por los higienistas franceses basados en la normatividad, el orden, la racionalidad, el control social y otros elementos heredados por la “policía medica” francesa de finales del siglo XVIII. Lacassaigne, Alexandre, *Precis d'hygiene privee et sociale* (se cuenta en el repositorio de la Biblioteca Nicolás León con la edición de 1876, publicada en París, por G. Masson); Buchardat, Apollinaire, *Traité d'hygiene publique et privée basée sur l'etiologie*, se tiene la edición de 1881 publicada por el librero Germer Bailliere en París.



Luis E. Ruiz (1857-1914)

Originario de Alvarado, Veracruz, hizo sus primeros estudios en San Andrés Tuxtla. Ingresó a la ENM en 1872, recibéndose como médico en 1877. Su centro institucional de labores clínicas fue el Hospital Juárez del que llegó a ser director (1889). A solo un año de haberse titulado de médico, obtuvo la cátedra de Higiene y Meteorología médica (1878). Colaboró en el proyecto educativo de Justo Sierra, llegando a conducir el Departamento de Educación Primaria en 1896. Presidente de la Academia Nacional de Medicina en 1898, fue miembro fundador de la Sociedad Metodofila Gabino Barreda, profesor de Lógica en la ENP y uno de los pilares del movimiento educativo positivista durante el porfiriato.

Lázaro Pavia, *Reseña Biográfica de los doctores más notables de la República Mexicana*, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1897, pp. 165-183.

Como ejemplo de ello tenemos la tesis escrita por el alumno Mariano Zertuche (1899) referente a la lactancia materna y el seguimiento de sus reglas como recurso para evitar la gran mortalidad infantil prevaleciente a finales del siglo XIX y del gran riesgo que representaba para la vida la alimentación de los niños más pequeños con leche no humana, especialmente en el entorno de la Ciudad de México de su época. Analiza las características físicas, químicas, nutricionales y biológicas de la leche, así como su protagonismo como parte del ciclo natural y reproductivo de la vida humana. Su análisis químico y sanitario dentro del marco de la salud pública prevaleciente; expresiones y prácticas en los hospitales, asilos, expendios callejeros y en el laboratorio de prácticas en la Escuela Nacional de Medicina, así como la descripción de los instrumentos, procedimientos e interpretaciones de resultados. El tesista señalado describe los resultados de los exámenes microbiológicos de diferentes muestras en diversos rumbos de la Ciudad de México, y presenta sus propuestas para controlar la contaminación de la leche circulante en la ciudad y con ello disminuir la mortalidad de miles de niños lactantes capitalinos cada año en las epidemias estivales de diarrea acontecidas en la capital mexicana.⁷¹

2.2.2 Una visión médica de la higiene: sus objetivos y áreas de acción

En la época estudiada la higiene tenía por objeto “el estudio de los medios de los cuales disponemos para conservar la salud y evitar las enfermedades.” Sus fines eran claramente preventivos y profilácticos. De acuerdo con esta definición la higiene constituía un medio y al mismo tiempo un fin, formando parte constituyente de la puericultura, la rama de las ciencias sociales y biológicas cuya finalidad era (y sigue siendo) entender el fenómeno y el proceso de la infancia y con ello lograr exitosamente el “cultivo del niño.”⁷²

Por su parte, Víctor Del Pino (1911) nos presenta en su tesis denominada *Higiene de la primera infancia*, los factores que a su juicio explicaban la gran mortalidad infantil que

⁷¹ Zertuche, Mariano (1899) *Lactancia artificial. Estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas de establos, expendios y hospitales*; México, Imprenta Universal, D.C., Smith. Zertuche se desempeñó como ayudante del profesor del laboratorio de Higiene en la ENM. Era originario de San Buenaventura, Coahuila; hijo de D. Julio Zertuche y Dña. Josefa Barrera. Presentó su Examen General de Medicina, Cirugía y Obstetricia los días 23 y 24 de julio de 1899 en la Sala de Actos de la ENM y en el Hospital de San Andrés el 23 y 24 de julio de 1900. Entre sus Sinodales figuró el profesor José Terrés. [AHUNAM, Expedientes de Alumnos, Fondo UNAM, Expediente 11194]

⁷² ¿Para qué era la higiene?: “la redentora de la humanidad, la que le quitará en un porvenir no lejano todos sus azotes [...] (y que) requiere experiencia, talento, ciencia...” Del Pino, V., (1911) *Higiene de la primera infancia*, México, tesis inaugural, Documento mecanografiado. p.1

caracterizaba a nuestro país en los últimos años del Porfiriato y los primeros del siglo XX: la gran subestimación que se tenía y se vivía en México en relación con los cuidados del embarazo y de los niños más pequeños. Destaca en ella, un primordio de lo que pronto serían los derechos de la niñez: “los niños mueren cuando más derecho tienen a la vida” [...] se restan hijos que en el porvenir (tal vez la) colmarían de bienestar y gloria.” La gran mayoría de los niños mexicanos que fallecían, lo hacían antes de nacer. La mortalidad prenatal y perinatal era impactante y la regla en este país. Un punto estratégico era el embarazo sus cuidados y su atención.

La capacidad, destreza y habilidad diagnóstica del médico en el campo de la infancia – y en el campo de la medicina materno infantil en general– eran elementos que urgía apuntalar en nuestra Escuela de Medicina ya que muchas enfermedades infantiles no se diagnosticaban y los niños morían en gran parte por esta razón. El Dr. Del Pino concluye en su tesis universitaria que las argumentaciones profilácticas y pedagógicas emitidas desde el campo de la higiene infantil se convertían en las principales herramientas de lucha contra la mortalidad infantil especialmente porque las enfermedades diarreicas y respiratorias, junto con la sífilis, se constituían cada año como las causas más comunes de muerte infantil y en sendos casos se trataba de enfermedades perfectamente evitables. En el mismo tenor se encontraba la oftalmía purulenta de los niños recién nacidos, responsable de una gran cantidad de casos de ceguera en la Ciudad de México y que remitía a las acciones tomadas por parteras y médicos desde el momento del nacimiento de los niños.⁷³

La higiene también definía la relación del ser humano con la naturaleza que lo rodea y de la que forma parte integral: “la higiene es la ciencia que enseña las relaciones que tiene el hombre con la naturaleza y le descubre los factores que tienden a engendrar en él las enfermedades, a la vez que le enseña los medios que le permiten conservar la salud y evitar aquellas [...] la higiene es la legislación de la naturaleza”⁷⁴ Su campo de acción era considerado casi infinito. Dentro de sus funciones estaba: “todo lo que al hombre se refiere, todo lo que puede

⁷³ Víctor Del Pino era un médico originario de Rio Verde, S.L.P. Sus padres fueron D. Atanasio Del Pino y Dña. Felipa Castillo. Hizo sus estudios preparatorios y profesionales en el Instituto Científico y Literario Potosino entre 1906 y 1910. Consolidó y revalidó su formación de médico cirujano en la ENM, presentando su Examen profesional el 13 de febrero de 1911, defendiendo su tesis –que acabamos de comentar- exitosamente al día siguiente. Su título fue signado por D. Justo Sierra, Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes el 20 de febrero del mismo año; AHUNAM, Expedientes de Alumnos, Fondo UNAM, Expediente 46961.

⁷⁴ Díaz de León, Jesús, (1897) *El Libro del Hogar. Consejos a las madres mexicanas para conservar la salud de sus hijos*; Aguascalientes, Imprenta de Ricardo Rodríguez Romo, p.6. Existe una versión digital disponible en las colecciones virtuales de la UNAM.

conducir a su mejoramiento [...] a su bienestar físico y moral, de su actividad somática e intelectual.”⁷⁵

Se contemplaba a la higiene como “un poderoso escudo de protección a la infancia contra la amenaza constante a su salud.”⁷⁶ El campo de acción de la higiene iba mucho más allá de lo médico y lo biológico. Prácticamente no tenía límites y estaba estrechamente relacionado con la esfera social: allí donde la higiene y la medicina se mezclan frecuentemente con los problemas sociales más grandes.⁷⁷ La higiene y la niñez: su papel en los derechos de los niños, la higiene era vista como una rama creadora de conceptos diferentes, objetivos, áreas de acción específicas en la esfera infantil; en el campo de la niñez destacaban sus propiedades transformadoras y diferenciadoras.

Para Federico Martínez (1889) la semilla de los derechos humanos de los niños estaba ya sembrada desde el campo de la higiene infantil; todo infante por el solo hecho de ser niño debía ser protegido –lo asistía el derecho a la vida– independientemente de la clase social a la que perteneciera. “El niño cualquiera que sea la escala social a la que pertenezca tiene derecho a la vida”⁷⁸

El médico tesista autor de esta frase, Federico Martínez, se hacía eco con la demanda que posteriormente expresaría su colega Víctor Del Pino (1911) con relación a un marco de reconocimiento social a los derechos de la niñez. En su texto comenta:

La existencia de los niños fue la gran preocupación de los higienistas que procuraban de mil maneras salvarlos de las garras de la muerte [...] los pobres, esos «desheredados de la fortuna» [...] son los que pagan un tributo más fuerte a la mortalidad [...] no cuentan para salvarse más que con la protección de los gobiernos y con los sentimientos humanitarios de los higienistas [...] son ellos los que más derecho tienen al desvelo y la conmiseración del higienista.⁷⁹

Se trasluce la responsabilidad social del Estado y los profesionales de la salud ante los derechos de los niños, especialmente los más pobres. Las principales áreas de acción de los cuidados y el “cultivo” del niño, históricamente se han sintetizado en las etapas y procesos fundamentales del

⁷⁵ Del Pino, V., (1911), pp.1-2.

⁷⁶ Martínez, F., (1889) *Ligeros apuntes sobre la higiene de la primera infancia*, México, tesis inaugural, Tipografía Avenida Juárez num.624. p.7.

⁷⁷ “Sus horizontes son más vastos, sus fines más altruistas; todo lo que al hombre se refiere, todo lo que puede conducir a su mejoramiento, al aumento de su bienestar físico y moral, de su actividad somática e intelectual corresponde directamente a la higiene” Del Pino, V., (1911), p.1.

⁷⁸ Martínez, F., (1889), pp.7-8.

⁷⁹ *Ibidem*, pp.7-8.

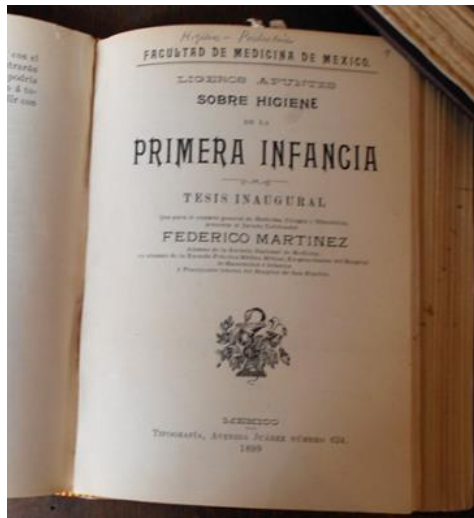
desarrollo de la infancia, en los cuales la higiene y la puericultura ejercían su función de acuerdo con los cánones de las diferentes épocas:

- 1) Embarazo y maternidad
- 2) Recién nacido: cuidados y atención en los primeros días de vida
- 3) Nutrición infantil: lactantes, párvulos, escolares y adolescentes
- 4) Los cuidados generales del niño: vestido y abrigo, ciclos (y momentos críticos) de la vida, protección al medio ambiente, (vivienda y alojamiento digno), formación física y moral
- 5) El niño en la escuela
- 6) Púber y adolescente. Enfermedades y conductas de riesgo
- 7) La prevención de la enfermedad y la vacuna

De acuerdo con su propia perspectiva partiendo del área de los cuidados del embarazo y la crianza infantil, los profesionales de la salud seguían los postulados de la higiene entrenando a las madres en la práctica de la “maternidad científica” que puede considerarse como un “viejo anhelo” del médico, teniendo sus primeros antecedentes en el Porfiriato. Se trata de la educación higiénica y la salud infantil impulsadas por el Estado y la medicina con bases científicas, dirigidas a las madres con el objetivo principal de reducir los altos índices de mortalidad o de muertes de pequeños y como meta intermedia el control de enfermedades infectocontagiosas especialmente las diarreas infantiles. Las áreas que abarcó este esfuerzo fueron los cuidados del embarazo, la atención del parto y muy relevantemente los hábitos relacionados con la alimentación infantil. Esta última estaba considerada como un asunto crítico, prioritario y estratégico en la salud infantil.⁸⁰

⁸⁰ Sánchez Ríos, F., “La Razón de ser de la puericultura” en *La Puericultura en México*, Publicaciones “Puericultura”, Av. Observatorio 74, Tacubaya, D.F, México, 1952, pp.43-44; complemento en González Tejada, Ernesto, *Puericultura*, Editorial Méndez Oteo, 1964; Vidal Solares, F., *Puericultura e higiene de la primera infancia*; Barcelona: L. Gili, 1915; Gómez, Federico, *La Salud y la Familia. Puericultura práctica*. Editorial Méndez Oteo, pp.17-19.

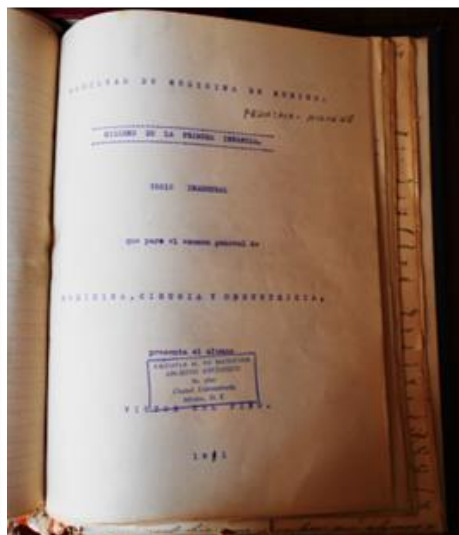
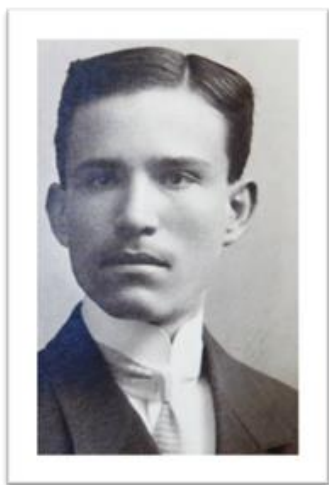
DR. FEDERICO MARTÍNEZ (1899) *Ligeros apuntes sobre la higiene de la primera infancia*, México, tesis inaugural, Tipografía Avenida Juárez num.624



Federico Martínez era oriundo de Monterrey, Nuevo León. Inició sus estudios profesionales en la Escuela de Medicina de su ciudad natal, el 29 de diciembre de 1893, culminando cinco años más tarde. Revalidó sus estudios y presentó su examen profesional en la ENM, siendo autorizado por su director, profesor Manuel Carmona y Valle los días 18 y 19 de septiembre de 1899, con desenlace exitoso. Su tesis es un verdadero exhorto por la defensa de los derechos de la niñez. Está dedicada a los profesores Alfonso Ruiz Endorzain y Manuel Gutiérrez, catedráticos de Medicina Legal y de Obstetricia en la ENM.⁸¹ [AHUNAM / IISUE, Expedientes de Alumnos, Fondo UNAM, Expediente 12 160]

⁸¹ Martha Eugenia Rodríguez, “La Escuela Nacional de Medicina en los tiempos del centenario” en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010, vol. 48 num.4, pp.405-414, p. 411.

DR. VICTOR DEL PINO (1911) *Higiene de la primera infancia*, México, tesis inaugural,
Documento mecanografiado.



“El niño muere cuando mas derecho tiene a la vida”

Víctor Del Pino fue un médico originario de Rio Verde, San Luís Potosí. Sus padres fueron D. Atanasio Del Pino y Dña. Felipa Castillo. Hizo sus estudios preparatorios y profesionales en el Instituto Científico y Literario Potosino entre 1906 y 1910. Consolidó y revalidó su formación de médico cirujano en la ENM, presentando su examen profesional el 13 de febrero de 1911, defendiendo su tesis exitosamente al día siguiente. Su título fue signado por D. Justo Sierra, Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes el 20 de febrero del mismo año; [AHUNAM / IISUE, Expedientes de Alumnos, Fondo UNAM, Expediente 46961]

Casi medio siglo después, en su texto “La Puericultura en México” (1952) el profesor Feliciano Sánchez Ríos (1905-1987) desde una perspectiva ya más moderna, apegada al régimen de seguridad social y al marco eugenético del “Código Mexicano de Protección a la Infancia” suma al derecho a la vida del niño desde su primer día de existencia, el derecho a recibir una educación integral que lo conduzca a ser el ciudadano del mañana. Se trata de todo un proceso que se inicia con la protección a la madre: el derecho de toda mujer a recibir una educación de calidad que la aleje del “peligro de la ignorancia”:

El Estado Mexicano se considera obligado a proteger a toda mujer que en su territorio esté en la posibilidad de llegar a la maternidad a fin de que esta –la mujer, e implícitamente su maternidad– sea sana y provechosa para la especie y la sociedad. [...] Todo ser engendrado en territorio de la República Mexicana o traído a él en cualquiera de las edades comprendidas entre los cero y los catorce años tiene derecho a recibir de la sociedad [...] la protección integral que necesite para alcanzar la madurez [...] dentro de las mejores condiciones físicas y mentales [...] el niño tiene derecho a que se le proteja preventivamente contra las enfermedades transmisibles en general [...] la mujer embarazada no puede dedicarse a trabajo físico alguno en las seis últimas semanas de gestación y las seis semanas que siguen al parto [...] debe ser subvencionada durante estas doce semanas mencionadas.⁸²

El autor aludido lo incluye dentro de los pronunciamientos del IX Congreso Panamericano del Niño efectuado en la ciudad de La Habana en enero de 1948. Los Derechos del Niño, Decálogo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, Código Mexicano de Protección a la Infancia, Decálogo de los Derechos del Niño, Declaración de Oportunidades para el Niño.⁸³

El mensaje letrado del médico higienista iba dirigido -de primera instancia- básicamente a las madres de las clases acomodadas privilegiadas, es decir aquellas con “recursos económicos intelectuales” suficientes para leerlos, entenderlos y ponerlos en práctica, así como contar con la posibilidad de acudir a un médico particular, “de cabecera” que las apoyara, guiara y evaluara. Muchos profesionales de la medicina pensaban que la maternidad exigía una cultura de origen científico. Sin embargo, podemos también observar y constatar en los trabajos de los estudiantes

⁸² Sánchez Ríos, F., *op.cit.*, 1952, p.614.

⁸³ Sánchez Ríos, F., *op.cit.*, 1952, pp.612-625. En 1945 se establece el IMSS en la ciudad de México, quedando a cargo del servicio de puericultura, anexo a la Maternidad número 1, el Dr. Feliciano Sánchez Ríos; también ocupó otros cargos institucionales como la jefatura de la oficina de Divulgación Higiénica de la Secretaría de Salubridad, así como presidente de la Sociedad Mexicana de Eugenesia y la Asociación Mexicana de Puericultura y Nepiología, véase Sosenski, Susana, “Producciones culturales para la infancia mexicana: los juguetes (1950-1960)”, *Relaciones*, 132, otoño 2012, p.101; pp.95-116, complemento en Barón Fernández, José, *Manual de Puericultura*, México, s.e., 1950.

graduados de la ENM que el mensaje del médico también iba dirigido a la madre proletaria perteneciente a los sectores más vulnerables de la sociedad, considerando sus indicaciones y prescripciones como “imperativas” especialmente en el área de la alimentación infantil, es decir, horarios, cantidades, calidades, temperaturas, limpieza y esterilización de biberones.

Surge aquí la pregunta ¿Cómo llegaban estos mensajes y planteamientos a las familias y mujeres de las clases populares? Por medio de otras mujeres: además del papel jugado por los centros de atención primaria establecidos desde las primeras décadas del siglo XX, ya desde el siglo anterior fue fundamental la función desempeñada por la mujer en el campo de la salud.

Damas católicas y liberales que actuaron en diversos países de Europa, Norteamérica y Latinoamérica como voluntarias y «visitadoras sociales», auxiliando a los médicos y difundiendo los preceptos científicos: en las consultas, en los dispensarios explicando a «las mujeres del pueblo» las consignas del médico [...] las visitaban en sus casas para ver si habían sido bien comprendidas y aplicadas [...] de estas actividades surgieron varios oficios femeninos: enfermeras, visitadoras sociales, asistentes sociales de fábricas ⁸⁴

Hay que agregar también la incursión de la mujer en el campo profesional de la medicina aportando a la mirada especializada y femenina en las áreas de la medicina materno-infantil, la puericultura y la pediatría, entre los que sobresalen los casos de Matilde Montoya (1887), Columba Rivera (1899), Mercedes Rugeiro (1900), Guadalupe Sánchez (1900) y los analizados en nuestra investigación: Emilia Montes de Oca (1929), Ana María Plaza Arana (1934) y Dolores Idalia Peregrina (1936). Para nuestros médicos autores de tesis como profesionales de la medicina el principal reto que enfrentaba la infancia mexicana en su salud y desarrollo era claramente la pobreza en la que se vivía en nuestra ciudad: “el pauperismo y las malas costumbres son los más grandes enemigos de la salud pública [...] esos desheredados de la fortuna que el primer grito que lanzan al venir al mundo parece ser un vaguido de dolor y de hambre...”⁸⁵

Efectivamente, la pobreza y la polarización social que caracterizaba a la población de México en la época analizada es verificada y comentada por múltiples autores. A pesar del

⁸⁴ Birn, A.E., “Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, 2007, p.677-708, julio-sept, p.683; Alanís, M., *op.cit.*, 2016, pp.50-76; Agostoni, Claudia, “Las mensajeras de la salud, enfermeras visitadoras en la Ciudad de México durante la década de los 1920”, en *Estudios de Historia Moderna y contemporánea de México*, núm.33, enero-junio de 2007, pp.89-120.

⁸⁵ “...esos hijos de padres pobres e ignorantes [...] no cuentan para salvarse más que con la protección de los gobiernos y con los sentimientos humanitarios de los higienistas”, Martínez, F., 1899, pp.7-8.

énfasis puesto en la promoción y educación de la salud, la reforma sanitaria y la higiene, el país manifestaba extremos entre la opulencia y el privilegio; con extrema pobreza y maltrato social, rayano en la esclavitud y el sometimiento. El contraste entre el modo de vida urbana, centrado en las clases altas y medias y el rural centrado en cientos de migrantes, campesinos, jornaleros y trabajadores, con predominio de enfermedades endémicas, vestimentas inadecuadas, insanas y mal construidas viviendas, desnutrición, inaccesibilidad a los servicios más elementales como acceso a agua de consumo y la eliminación de desechos, conformaban las condiciones que afrontaban los principales retos del incipiente sistema de salud en el país.

La Ciudad de México porfiriana era la urbe de los contrastes y las dicotomías: “entre el casimir y el calzón de manta, la opulencia y la miseria, lo urbano y lo rural; el burro y el carruaje, entre los «corrales de indios» y los grandes palacios”⁸⁶ se iba transformando el paisaje de la capital: los barrios de los ricos (con sus elegantes mansiones) a través de nuevos bulevares empujando a los pobres hacia la periferia urbana. Las grandes mansiones del Paseo de la Reforma coexistían con jacales construidos, anexos a las estaciones de ferrocarril y en los alrededores de la “nueva penitenciaría”. O bien los barrios con características similares ubicados en las cercanías de los nuevos hospitales, rastros y fábricas textiles. De acuerdo con diferentes fuentes entre el 30% y 50% de las viviendas registradas en el censo de 1910 entraban en la categoría de barracas o chozas. Sus habitantes vivían en condiciones de hacinamiento en cuartos de húmedas vecindades sin divisiones internas, sin agua potable, drenaje, sin piso adecuado ni ventilación, construidas con materiales inadecuados e improvisados.⁸⁷

⁸⁶ González Navarro, Moisés (1994), “La ciudad de los palacios” y “De la cima a la sima” en *Sociedad y Cultura en el Porfiriato*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp.34-38; 135-136.

⁸⁷ Las llamadas “chozas” eran viviendas que constaban de una sola pieza donde se efectuaban todas las funciones de la familia; la mayoría de ellas no tenía baño, una tercera parte de la población capitalina moraba en “cuartuchos donde había lumbre y excremento la mayor parte del día” [...] por los pisos húmedos o de madera apollada se “colaban los vapores de los caños”; el costo de las rentas impagables para muchas familias, las empujaba a vivir junto con otras familias, lo cual incrementaba el hacinamiento, la promiscuidad y la suciedad. En algunas vecindades vivían hasta 800 personas. Como se verá más adelante en la temática de tuberculosis, este padecimiento se asociaba fuertemente a las pésimas condiciones de vida en familia, hacinamiento, humedad, oscuridad, mala ventilación y la proximidad a pantanos, acequias, charcos y albañales. González Navarro, M., “Porfiriismo: vida social”, en Cosío Villegas, Daniel, *Historia Moderna de México*; Editorial Hermes, México, 1973, p.8; Herrera Ortega, Silvia, *La Eugenesia en México*, Tesis de licenciatura en historia, UNAM, 2007, p.15; Lear, John, *Workers, neighbors and citizens : the revolution in México city*, Lincoln, University of Nebraska, Press “The social geography of the porfirian capital” 2001, pp.15-48; Mismo autor, “México City: space and class in the porfirian capital, 1884-1910”, *Journal of urban history* 22 no.4: 1996, pp. 454-492; Blum, A.S., *Domestic Economies. Family, Work and Welfare in México City 1884-1943*, “Introduction: Child, class and family in México City”, 2009, p. XV; González Navarro, Moisés, *La pobreza en México*, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 1985, pp.27-31; Mismo autor, *Sociedad y Cultura en el Porfiriato*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1994, p.32, 33, 35,

Los principales factores determinantes que afectaron la salud y el desarrollo de los niños capitalinos y que terminaron configurando en gran parte el tipo de enfermedades infantiles que se padecieron en esas épocas fueron especialmente: la guerra, las migraciones, la industrialización, la “explosión” demográfica, la proletarización y muy relevantemente la distribución del espacio territorial de la urbe, las características del hábitat en el que crecían los niños, así como el tipo de viviendas y servicios urbanos con las que contaban sus familias. Todos ellos modelaron el horizonte epidemiológico que caracterizó a la Ciudad de México de esas épocas, y fueron determinantes sociales y ambientales de la salud infantil en un entorno geográfico en expansión territorial y poblamiento acelerado con sus áreas arboladas, calles pavimentadas y amplias residencias, salpicadas y rodeadas de verdaderos *ghetos* de insalubridad y miseria.⁸⁸

2.2.3 El potencial transformador de la higiene

Jean Baptiste Fonssagrives (1823-1884) fue un personaje de primer orden en la historia de las ideas y el conocimiento médico. Fue un “sistematizador del conocimiento”, particularmente en los campos de la higiene y la medicina infantil. En su obra escrita analiza “la naturaleza moldeadora, preservadora y diferencial de la higiene en el campo de la infancia” y promueve la colaboración y acción de la mujer en la difusión de los preceptos médicos de la crianza y los cuidados del niño en las clases populares. Su influencia en el pensamiento y la práctica de los médicos mexicanos fue relevante.

129, 132, “La ciudad de los palacios”, pp.34-38; “De la cima a la sima”pp.135-136; 140, 148; Agostoni, C., *Monuments of Progress, Modernization and Public Health in México City, 1876-1910*, University of Calgary press., 2003, capítulo 3, “The expansion and diagnosis of the city” pp.45-56; Agostoni, C. “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in México City,1890s–1920s” [Educación Popular para la salud y Propaganda en tiempos de paz y guerra en la ciudad de México en las décadas de 1890s a 1920s.] *American Journal of Public Health* · January 2006, vol.96, num.1, pp.52-61.

⁸⁸ A partir de 1858 se inició un proceso de gran expansión urbana de la ciudad de México incrementando su superficie entre los años de 1858 a 1910 de 8.5 km² a 40.5 km² y de 200 000 a 471 000 habitantes en solo 52 años. Contribuyeron a la expansión urbana las obras de mejoramiento de la salud pública como el drenaje de canales, ciénagas y pantanos, lo cual favoreció el tendido de una infraestructura de vías de comunicación y tranvías. La dirección que siguió la expansión de la ciudad fue determinada especialmente por la calidad de la tierra por el mayor valor e interés que le dieron los inversionistas. Este proceso propició el surgimiento de “la otra ciudad” en zonas marginales de la urbe: barrios y colonias como Morelos, La Bolsa, “La vaquita”, Díaz de León, Valle Gómez, Guerrero; territorios donde se alojaron los trabajadores urbanos de escasos recursos cuyas viviendas compartían el espacio territorial con la Penitenciaría, el Rastro Municipal, las estaciones de trenes o con asilos como el Hospicio de Niños. Agostoni, C., *op.cit.*, 2003, pp.45-56; Agostoni, C., *Monuments of Progress; Modernization and Public Health in México City, 1876-1910*; University of Calgary Press, 2003, pp.45-46; Sosenski, Susana, “Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934, El Colegio de México, 2010; pp.1-5.

Sus obras y artículos médicos eran frecuentemente consultados y referidos por los estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina quienes comentaban sus ideas en sus tesis recepcionales con relación a la alimentación y a otros rubros de la higiene y de la medicina infantil. En la concepción de infancia, la higiene jugaba un papel vital para los niños, en lo relacionado con su supervivencia y su futuro. La higiene era considerada tan “poderosa” que podía llegar a ser un remedio para conjurar los efectos negativos de una “mala herencia” que el niño podía llevar “arrastrando” y de esta manera permitir al pequeño el acceso a una “vida larga y vigorosa”. ¿Cómo? Recurriendo a las potencialidades “maravillosas” que se contenían en la misma fisiología de los niños: “un niño es un ser que se forma” es decir un ser que se encuentra en un proceso de construcción y perfeccionamiento, aprovechando las capacidades regenerativas, dúctiles y moldeables de la infancia. Como blanda cera, susceptible de todas las formas y dócil a todas direcciones. De acuerdo con estos razonamientos también resultaba claro que los niños y los adultos no enfermaban de la misma manera ya que seguían una “ruta fisiopatológica” diferente o con distintas modalidades o matices. Los niños resultaban más vulnerables tanto a la probabilidad de enfermar como a la gravedad de la enfermedad. Los profesionales de la medicina estaban conscientes de que los menores de edad requerían de mayor solicitud y cuidados por parte de los facultativos, lo cual se incrementaba aún más mientras más pequeño era el infante. La prueba que se tenía y se exhibía era la gran mortalidad infantil imperante. Fonssagrives acuñó una frase que resultó emblemática para la mayoría de nuestros jóvenes médicos tesistas:

El niño es entre sus manos la materia de lo posible; es el trozo de mármol de la fábula, de donde saldrá una estatua viviente de bellas formas, de proporciones armoniosas en la cual será agenciado para el vigor y la longevidad, o bien una obra deforme, raquítica, sin belleza, sin duración.⁸⁹

⁸⁹ Estrada, R., (1888) *Algunas ligeras consideraciones sobre la falta de higiene infantil en México en sus relaciones con la degeneración de la raza*, tesis inaugural, México, Imprenta de la Escuela Correccional, 1888, p.12; Fonssagrives, J.B., *Lecons d'hygiene infantile*, París, 1882, p.2, ampliamente analizado, citado y comentado por Alanís, Mercedes, *op.cit.*, 2016, p.54; Fonssagrives fue un autor multicitado y consultado por la mayoría de los autores de tesis en los temas relacionados con la infancia. Se trató de un médico perteneciente a la Armada Francesa y a la Universidad de Montpellier. Entre su numerosa producción literaria destacan las obras dirigidas a la crianza y los cuidados prodigados a los niños. Además del título señalado es también relevante *Le rôle des mères dans les maladies des enfants ou ce qu'elles doivent savoir pour seconder le medecin*, París, Hachette, Victor Masson, 1868. (Papel de las madres en las enfermedades de los niños, o lo que deben saber para asistir al médico) en la que incluye la primera cartilla elaborada con observaciones sistemáticas de las madres sobre la salud de sus hijos. En su pensamiento puericultor tiene influencia de Florence Nightingale. Véase Rollet, Catherine, “History of health notebook in France: “A stake for mothers, doctors and state”, *Dynamis. Acta Hisp.Med.Sci. Hist. Illus.*2003, núm.23, pp. 143-166, véase e Alanis, M., *op.cit.*, 2016, p.52.

Esta concepción de la niñez desde el punto de vista de las ciencias de la salud era formulada de esta manera a través del higienista francés citado por un médico mexicano. Las potencialidades del niño dentro del proceso de desarrollo de la humanidad son captadas por personajes sensibles como el autor citado con influencias ilustradas procedentes del siglo de las luces y con impacto directo en los profesionales de la salud mexicanos.

Dentro de esta línea de pensamiento, el médico Ramón Estrada (1888) contemplaba la higiene como un proceso modelador: la construcción del cuerpo y de la mente del niño, del ser humano, futuro ciudadano útil y aportador a la sociedad. Insertado, a su vez, en otro gran proceso: la construcción o edificación de México como nación. La higiene, vista como un proceso con una naturaleza histórica, reflejada en el desarrollo secular de las naciones, en cada una de sus fases sucesivas, en el “progreso de los pueblos”, “el paso de la barbarie a la civilización”.⁹⁰ La naturaleza “restauradora” y profiláctica de la higiene se ajusta bien a las bases del pensamiento médico del tesista: “...la práctica de una ciencia, la más benéfica quizá de todas, y en cuyas manos está reparar los males pasados, corregir los presentes y evitar los venideros.”⁹¹

El tesista aludido analiza en su texto cada una de las etapas de la historia patria de nuestro país, el papel desempeñado por las acciones y omisiones en materia de higiene infantil, señalando a Netzahualcóyotl como “el primer higienista de México” por su “talento y sabias leyes”. De acuerdo con “modificadores sociológicos” nuestro autor divide la nueva era del México independiente en dos periodos: 1821 a 1857, año que señala el inicio de la “etapa constitucional” con las Leyes de Reforma incorporadas, que marcan el destino de México: “sin duda alguna los pasos más gigantescos de nuestro ser social que no obstante estos avances, dista mucho aun del lugar que le corresponde.” Esta frase refleja un sentimiento de insatisfacción en el

⁹⁰ El concepto de “secularización” el “paso de la barbarie a la civilización” lo define muy bien el sociólogo italiano Gino Germani como “un fenómeno propio de las sociedades industriales relacionado directamente con el proceso de institucionalización (valores, conocimientos, ordenanzas) y especialización. Se opone al conocimiento tradicional que carece de una metodología científica” de acuerdo con la Dra. Ivonne Meza Huacuja quien lo cita y comenta en su tesis *La edad difícil. Los adolescentes modernos en la Ciudad de México (1876-1934)*, El Colegio de México, Introducción, pp.i-xvi, 2015. La cita referida de Germani: *Sociología de la modernización. Estados teóricos, metodológicos y aplicados a América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 1969.

⁹¹ Estrada, R., (1888), p.13; pp.32-33. El Dr. Ramón Estrada era originario de Guanajuato, Guanajuato, realizando sus estudios elementales y la preparatoria en el Colegio Civil de dicha ciudad. Logrando sobreponerse a un fuerte ataque de tifo en 1884, logró terminar felizmente su carrera, presentando su examen profesional los días 16 y 17 de agosto de 1888 en el salón de actos de la ENM y en la sala de operaciones del Hospital de San Andrés de la Ciudad de México, siendo sus sinodales los profesores Nicolás San Juan, Demetrio Mejía, Luis E. Ruiz y Ramón Macías. Expediente 11380, AHUNAM/IISUE, Fondo UNAM, Alumnos.

profesional de la medicina y al mismo tiempo deja ver su clara formación dentro del pensamiento republicano y liberal.

Una propiedad del movimiento “higienizador” que también adquiere relevancia en esta investigación es el apuntalamiento del carácter diferencial del niño, la edad infantil, con respecto a la edad adulta. La higiene proporciona las bases que le dan a la infancia su naturaleza única y diferente, demandante de un tratamiento y un abordaje especial, diverso al del mundo de los adultos: sus propias reglas, requerimientos, demandas y exigencias, así como un trato peculiar y privativo. La higiene aplicada a la infancia marcaba distancia con el adulto y le daba al niño su impronta, un cariz propio, distinto, una aproximación singular con su propia dimensión.

En este contexto los objetivos centrales de la teoría y la praxis de la higiene en el campo de la infancia serán contrarrestar los efectos deletéreos de una “mala herencia”, sumar esfuerzos para incrementar las probabilidades de la supervivencia infantil –especialmente en los primeros años de la vida, o en las primeras etapas de la existencia de los niños– disminuyendo de esta manera las altas tasas de mortalidad características de los primeros dos años de vida, ayudar a superar exitosamente los momentos críticos del desarrollo infantil, sobre todo la etapa neonatal, lactancia, incluyendo la dentición y el destete. Sortear los peligros propios de la desnutrición; y más adelante apoyar a la niñez en el proceso de la escolarización y a enfrentar los riesgos que implicaba en esas épocas la pubertad y la adolescencia: las conductas de riesgo que conducen a las enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo y criminalidad. En síntesis, darles a los niños la esperanza de acceder a un futuro más prometedor y seguro. “El niño no es un diminutivo del adulto, un *homúnculo* (sino que) es un tipo fisiológico bien caracterizado, el cual tiene por distintivo el crecimiento que no existe en el adulto y al cual le falta la función de la generación”⁹² El médico Rafael Souza González (1886) coincidía con su condiscípulo Estrada (1888) en la necesidad de estudiar y abordar al niño desde esta perspectiva, no solo para poder estar en condiciones de saber las causas de sus enfermedades sino también para poder brindarle la atención y los cuidados específicos que exigía.

En México una de las principales prioridades del Estado nacional en el proceso de construcción de la patria especialmente desde la óptica del proyecto liberal iniciado por Benito Juárez en 1867, al que por cierto se le dio continuidad con diferentes ritmos e intensidades en los

⁹² Estrada, R., (1888) p.37; Sousa González, R., (1886) *Algunas consideraciones sobre estadística de enfermedades de niños*, México. Tipografía de Berrueco Hermanos, calle de San Felipe Neri 20, p.28.

siguientes regímenes políticos, fue la atención a la mujer y a sus hijos con el claro objetivo de lograr nuevas generaciones de madres, niños y ciudadanos saludables, prolíficos y productivos. A través de la labor realizada en hospitales, asilos, hospicios, escuelas, centros de atención primaria y dispensarios de beneficencia pública fue consolidándose paulatinamente el control médico, el llamado proceso de medicalización, en el área de la atención materno-infantil a la salud. Los profesionales de la medicina en conjunto con la sociedad en general a través de diversos foros médicos y escenarios sociales participaron en la construcción de un modelo ideal de infancia que apuntaba a la formación de niños sanos, vigorosos, fuertes, listos no solo para sobrevivir, sino llegar a etapas productivas y reproductivas de la vida alejados de estigmas relacionados con lo “anormal” y “degenerado”.

El determinismo biológico, la antropometría y la eugenesia serán una triada referencial que acompañará y definirá a la niñez por varias décadas en su camino lo mismo que en la detección de noxas, como la sífilis y el alcoholismo parental. Desde esta óptica, para la medicina los niños serán considerados sujetos maleables y regenerables.⁹³ En la segunda mitad del siglo XIX, nuestros médicos tesistas señalaban y reconocían que el país estaba en un proceso de construcción. Se requería de nuevas instituciones y de profesionales e individuos inéditos, modernos, preparados para afrontar los nuevos y gigantescos retos que acechaban a su flamante nación y esto alcanzaría un mayor peso y grandes dimensiones, sobre todo después del movimiento armado de 1910-1920 y sus consecuencias.

El nuevo ciudadano debería ser escolarizado, trabajador, “ahorrativo”, “económico” saludable y con buena capacidad de consumo. De acuerdo con las miradas y las expectativas sociales de la época los miembros de las clases medias y altas son orientados a convertirse en los futuros profesionales y líderes de la sociedad. Los sectores populares encauzados al trabajo manual. Serán “los obreros del mañana” que necesitará el país. En esta óptica cada niño deberá ser el futuro mexicano que el país necesita ubicado desde su “trinchera de clase”.

El proyecto pedagógico del Estado mexicano posrevolucionario pronto enmarcó las “virtudes” necesarias que deberían poseer las siguientes generaciones: disciplina, salud física y

⁹³ Alanís, Mercedes., *op.cit.*, 2016, pp.41-130; de la misma autora “Más que curar prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932” en *Historia, ciencia, saude, manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.22, num.2, abril-junio, 2015, pp.391-409.; Del Castillo, A., Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México (1876-1911) en Agostoni, Claudia y Elisa Speckman Guerra [eds], *De Normas y Traspasiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)*, UNAM, IIH, 2005, pp.83-107.

espiritual, vigor, amor al trabajo, productividad, adhesión a la familia y sus valores. Las futuras mujeres y hombres se formaban desde pequeños. Un nuevo modelo de ser humano precisaba de un nuevo prototipo de niño.⁹⁴

2.2.4 La metodología de la higiene: los “complejos explicativos” (o argumentales) y sus características; la estratificación social

¿Cómo se conformaba el discurso utilizado por el gremio médico para promover y aplicar el arte ciencia de la higiene? Uno de los “componentes explicativos” más ubicables en el razonamiento utilizado por los médicos higienistas autores de diversas obras afines y de nuestras tesis es la miseria tanto física como moral de los seres humanos. Penuria, infortunio, depauperización de los individuos incluso antes de verificarse su nacimiento. Condición endeble, malsana, enfermiza. Laberinto con muy escasas posibilidades de salida que incide negativamente en hábitos, estilos, modos, formas y géneros de vida: alimentación, vestido, vivienda y cuidados de los niños. La crítica, condena, y denuncia dan el sello que se viste de diferentes ropajes: ilegitimidad, sífilis, tuberculosis, alcoholismo; la “cuarteta degenerativa” de sujetos y familias.⁹⁵

La estratificación es contraseña y marca para abordar, analizar y pronosticar a la sociedad. Los “gremios sociales” y su jerarquización están perfectamente identificados y diferenciados: “clase proletaria, media y acomodada”. Por cada hijo de un matrimonio “acomodado” morirán dos de familias proletarias y hasta cuatro hijos “naturales” de madres

⁹⁴Existen tanto analogías como diferencias en los modelos de niños porfirianos y revolucionarios. Se desarrollan nuevas visiones sobre la disciplina, el vigor, la adhesión a los ideales familiares y morales, el apego al trabajo y a la escuela. El derecho a la educación y a la salud, el niño como agente social deberán incorporarse como una novedad importante del Estado mexicano y de la nueva Constitución del país: la niñez como vanguardia revolucionaria sería el modelo de seres humanos que requiere la nueva nación; un modelo a seguir por todos los demás conformantes de la nación, Schell, Patience, A., “Nationalizing Children Through Schools And Hygiene: Porfirian and Revolutionary México City” (“Nacionalizando niños a través de las escuelas y la higiene: la Ciudad de México porfiriana y revolucionaria”) *The Americas, A quarterly review of inter-american cultural history*; vol.60, abril 2004, num.4, pp. 559-587; Sosenski, Susana, Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México 1920-1934, El Colegio de México, tesis de doctorado en 2008; Knight, Alan, “Popular culture and Revolutionary State in México” *Hispanic American Historical Review*; 74:3; 1994, pp. 393-444, referido por Susana Sosenski y retomado en los análisis de esta investigación.

⁹⁵ El término de “complejos explicativos” nos refiere a las figuras verbales utilizadas por los médicos de la época y está tomado de la expresión utilizada por Esteban Rodríguez Ocaña en “Una medicina para la infancia” en Historia de la infancia en la España contemporánea 1834-1936, dirigida por José María Borrás Llop, Ministerio del Trabajo y asuntos sociales, Fundación Germán Sánchez, 1996, pp.149-169, para describir las formas verbales utilizadas por los médicos para explicar las funciones y aplicaciones concretas de la higiene.

solteras.⁹⁶ La clase acomodada capitalina de nada carecía. “En ella, se había derramado Dios a manos llenas.” Ciertamente era corto el número de niños que pertenecían a este grupo social. Cuando llegaban a tener “malas constituciones” y eran enfermizos, alto era el costo que pagaba la familia para “proporcionar a su hijo una vida artificial”⁹⁷ “Mimados de la suerte [...] rodeados desde la cuna de todo género de comodidades [...] de padres más o menos ilustrados [...] su medio ambiente favorable para un buen desarrollo y una buena salud, y con más elementos de lucha contra la falta de higiene”⁹⁸

Sin embargo, en materia de salud, el éxito no siempre acompañaba a la posición social privilegiada.

En materia de higiene comete mil y mil infracciones derivadas de esa misma comodidad, de esa brillantez de posición social [...] en sus habitaciones el aire es generalmente impuro, deletéreo, no por miasmas infectos que anuncian la corrupción y el desaseo [...] [Sino porque] sus palacios permanecen eternamente cerrados y allí el aire esta sustituido por los diversos preciosos aromas.⁹⁹

La clase media mexicana, la clase social “ilustrada” a la que pertenecía con probabilidad una buena proporción de los profesionales de la salud no era tan escasa en población como podría pensarse y sus cifras de mortalidad eran relativamente bajas. “Esta clase es numerosa y no obstante la mortalidad es corta relativamente.” “Por sus propios méritos han escalado un puesto superior [...] son los que conocen las obligaciones que tienen para con sus descendientes y cumplen a satisfacción con sus deberes.” “Que sea como la clase media que actualmente lucha y sufre, pero que es la única que tiene el mérito de constituir la nacionalidad mexicana.”¹⁰⁰ Los

⁹⁶ Estrada, R., (1888)pp.34-35; Morales Pereira, S., (1888) *Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia y los recursos que deben oponerse para combatirlas*, México, tesis de concurso, Imprenta de la Secretaría de Fomento.p.15; Cohen, Aarón., “Mortalidad de la infancia” en *Historia de la infancia en la España contemporánea 1834-1936*, dirigida por José María Borrás Llop, Ministerio del Trabajo y asuntos sociales, Fundación Germán Sánchez, 1996, pp.109-143.

⁹⁷ En esas épocas los recursos—en muchas ocasiones— que deberían invertir las familias pudientes para mantener a sus hijos sanos eran elevados sobre todo en los casos de enfermedades graves como la tuberculosis; Morales Pereira S., (1888), p.17.

⁹⁸ Martínez, F., (1899), p.7.

⁹⁹ La disparidad entre el palacio y el jacal, entre el pulque y el *cognac* francés; contraste social entre los más ricos y los más pobres que conformaban el enorme contingente de población proletaria que caracterizaba al México de las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX era gigantesco como se puede constatar en obras de expertos en el tema como Moisés González Navarro en sus clásicos *El Porfiriato. La vida social*, Hermes (1957); *La Pobreza en México*, (1985) Centro de Estudios Históricos del Colegio de México y *Sociedad y Cultura en el Porfiriato* [1994] Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

¹⁰⁰ Morales Pereira, S., (1888), p.17; Rodríguez Tovar, J., (1904) *Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México*, 32p., Inaugural, p.20; p.31.

“proletarios” conformaban la clase más numerosa y pobre de la sociedad. Sus niños (al lado de los pertenecientes a las etnias indígenas) eran los más expuestos y vulnerables a toda clase enfermedades; los más alejados de los beneficios de la higiene.

En ella todo es perfectamente incompleto: educación, moral, costumbres, aseo, habitación, alimentos [...]viven hacinados en un cuarto seis, ocho hasta diez [...] el cuarto: generalmente inmundo [...] desde la silla hasta el último trapo es intocable [...] paredes, techos, pisos, a veces ni se adivina de que son estos objetos que hasta la forma pierden [...] barnizados de microbios y miasmas de todo género [...] viven en comunidad [...] los perros, la gallina y el gato son habitantes ordinarios [...] no pocas veces se encuentran allí el cerdo, el pato, el guajolote [...] el piojo y la chinche abundando prodigiosamente ¹⁰¹

Expresiones que van del racismo a la compasión, de la objetividad al sentimentalismo, de la insensibilidad a la efusión:

Desheredados de la fortuna [...] su primer grito al venir al mundo: un vaguido de dolor y de hambre [...] sus padres: pobres e ignorantes [...] pagan el tributo más fuerte a la mortalidad [...] solo cuentan con: la protección de los gobiernos y los sentimientos humanitarios de los higienistas [...] son los que más derechos tienen al desvelo y a la consideración del higienista.¹⁰²

2.2.5 Higiene, civilización y ley

La higiene era vista por la mayor parte de los autores que se están analizando en este capítulo como todo un proceso de metamorfosis en el cual un referente básico que se consideraba fundamental era la ley, “un instrumento civilizador esencial” ¹⁰³ La higiene representaba un arma civilizatoria, un paso necesario hacia la modernidad y la “ilustración de un pueblo”, o si se prefiere, para otros analistas de la realidad social representaba también un medio de control social por parte de un grupo dominante.¹⁰⁴

¹⁰¹ Morales Pereira, S., (1888), p.18.

¹⁰² Martínez, F., (1889) pp.7-8.

¹⁰³ Las leyes son “termómetros de la civilización y las costumbres de los pueblos [...] indican los grados, que al calor de la libertad han ido marcando el progreso social y la moral, y con ellos la higiene”. Varios de los bandos, ordenanzas, disposiciones y reglamentos emitidos en esa época, tenían que ver con medidas higiénicas. Estrada, Ramón, (1888), pp.32-33.

¹⁰⁴ “Recuerden las sociedades: si quieren ser felices, si quieren ser dichosos no olviden que en la paz está la ilustración [...] y la base de ésta consiste en no desatender los consejos que la higiene recomienda para la mayor seguridad de la vida de los niños, tranquilidad del hogar doméstico y prosperidad de las naciones”, Morales Pereira, Samuel (1888), p.34.

DR. SAUL SÁNCHEZ (1933) *La habitación tipo de las clases menesterosas*, tesis profesional de médico-cirujano, pp.22-23; 32

“Entre el 30 y el 50% de las viviendas en México se registraban como chozas”



Familia otomí afuera de su vivienda. Lerma (década de 1930)
Reparto de agua por tandeo, colonia Morelos, (década de 1930)



Foto. Núm. 7.—Col. Morelos, México, D. F.

Según algunos investigadores, los médicos e higienistas de la segunda mitad del siglo XIX, pertenecían a las elites sociales y “estaban imbuidos del ideal del cambio propio de su condición” Para otros, partían de una visión sustentada en un “vocabulario y categorías propias de un nacionalismo burgués”. A pesar de ello, un hecho fundamental es que sus planteamientos “higienizadores” y educativos tenían como objetivo final combatir la gran mortalidad infantil y disminuir la incidencia de enfermedades infantiles, que mermaban seriamente a la niñez capitalina, un compromiso asumido por la comunidad estudiantil y profesional de la ENM, como se formula y forma parte de los planteamientos de esta investigación.¹⁰⁵ ¿Se lograron estos objetivos?; ¿hasta dónde se concretaron estas inquietudes y propuestas de cambio? ¿Por qué la importancia y el interés que para el Estado y diversos médicos tuvo el resguardar la salud de las mujeres y los niños capitalinos durante las décadas de 1870-1930?

2.2.6 Las motivaciones que guiaron a los médicos “higienistas”

En lo correspondiente a la segunda mitad del siglo XIX las posturas de los autores de las tesis en su conjunto, sus apuestas, posiciones, principios, ideales y valores morales resultarían en gran parte ilusorias e inviables para la realidad que se vivía. No existía en ese momento histórico un contexto político, económico, cultural y social que las hiciera alcanzables y practicables para la mayoría de los mexicanos. A pesar de ello conformaron la base ideológica y el legado fundamental para las futuras generaciones que las retomarán y las harán practicables en otras circunstancias y en una nueva realidad de país, especialmente en el proyecto de reconstrucción nacional iniciado a partir de la década de 1920 del siglo XX. En un plano general y *grosso modo* la motivación de estos médicos se apoyaba en un marco filantrópico, patriótico, nacionalista y moral. Después de realizar una lectura más detallada sobre este tema, se considera importante establecer las siguientes hipótesis.

a) Las preocupaciones relacionadas con la baja densidad demográfica y la alta mortalidad infantil aunadas a la alta migración hacia la Ciudad de México que se dio en el último decenio del siglo XIX y al iniciar el siglo XX con el consecuente aumento desbalanceado e inequitativo de la población; la ausencia de una infraestructura (y una política) urbana propicia para recibirla y distribuirla. La consecuencia de esto: un incremento desmedido al ya de por sí alto índice de

¹⁰⁵ Román Villar, Martha, Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México 1876-1930, tesis de maestría en historia, 2010, p.5; Cohen, A., *op.cit.*, 1996, pp.109-143.

enfermedades diarreicas, respiratorias y digestivas infantiles, el empobrecimiento y caída de la calidad de vida de los sectores populares de la urbe que se dio sobre todo en las postrimerías del porfiriato; todo ello impidió que las medidas tomadas por el estado y el accionar de los médicos fueran exitosas.

b) Los médicos e higienistas porfirianos pertenecieron indudablemente a los grupos más privilegiados de la sociedad. Por esta razón, “imbuidos del ideal de cambio propio de su condición de elite” emitieron planteamientos cuyo objetivo era higienizar y educar a la población. Es decir, la conciencia o conformación de clase de los médicos pertenecientes a la “burguesía nacionalista” de las clases medias urbanas, que compartían algunos planteamientos de la alta burguesía y las elites gubernamentales. Se trató de una visión “desde arriba”, es decir “del que cuenta no solo con recursos, sino que conoce y maneja una información más objetiva.”

c) El afán civilizatorio de los médicos como parte conformante de los sectores ilustrados de una sociedad.

d) El impacto causado por la Revolución Mexicana, no solo en la alta mortalidad sino en sus consecuencias sociales: incremento de la delincuencia, la prostitución, las epidemias padecidas, la parálisis de la actividad industrial, comercial y actividades sociales en la ciudad; las enormes carencias, la hambruna y desabasto vividos, el arrasamiento de pueblos y haciendas, la misma crueldad vivida en los acontecimientos, la aglomeración y sufrimientos padecidos por los habitantes en hospitales, centros de atención médica y abastecimiento de alimentos; todo ello creó una mayor conciencia en muchos médicos e impulsó aún más estas tendencias intelectuales, profesionales y éticas propias de su formación.

e) La formación positivista, biologicista, naturalista y normativa del médico en la Escuela de Medicina, lo conduce a tomar posiciones progresistas, constructivistas, ordenadoras, restauradoras y moralistas.

Por otra parte, el conjunto de postulados de la higiene era más teórico que práctico. No se aplicaron en el siglo XIX, y menos aún durante el embate revolucionario, ya que no había las condiciones políticas, culturales, económicas y materiales para lograrlo y porque requería, como quedó demostrado a partir de la década de 1920 en los años posrevolucionarios, de un esfuerzo nacional, llevado a cabo en toda la geografía territorial; que tuviera características interactivas, es decir que la población participara y colaborara directamente en el proceso y que las diferentes dependencias estatales actuaran en forma coordinada y sinérgica.

Debería ser también un proceso, una causa, con una naturaleza de tipo multidisciplinaria e inter-disciplinaria: con el concurso de varios y diversos sectores y agentes sociales tanto privados como públicos y políticos, I.E: Asociación Nacional Protectora de la Infancia, Departamento de Salubridad Pública y de Beneficencia (Secretaría de Salubridad), Educación Pública, Consejo Superior de Salubridad, principalmente. Fue así como se desarrollaron las primeras políticas públicas en favor de madres e hijos, y se crearon las primeras instituciones médicas y asistenciales específicas para la niñez y la atención materno infantil.¹⁰⁶

2.2.7 Matrimonio, familia y embarazo: fundamentos y cuidados

El matrimonio es concebido como la célula fundamental de la sociedad y un recurso “protector de la especie.” En contraposición la ilegitimidad y el celibato eran vistos como “los grandes riesgos” de la vida comunitaria.

El matrimonio institución divina para la reproducción de la especie, definido y reglamentado por las sociedades e indispensable para la vida y la moral sociales; aunque nos son conocidas las condiciones que deben residir en él para una buena higiene; el abandono es tal que se hace preciso enumerarlas para que se vea que es este un motivo para que la prole esté expuesta a una vida efímera...¹⁰⁷

La “ilegitimidad”, otro de los temas preferidos de los médicos tesistas, entra dentro de esta misma tonalidad en la que se mezcla la lógica moral o “moralina” con una situación real de salud pública: “... la ilegitimidad es un mal físico tanto como un mal moral [...] Las estadísticas han demostrado que los países cuya mayoría de habitantes aptos para el matrimonio comprendidos los dos sexos son casados tienen menos nacimientos ilegítimos.” El matrimonio y la familia eran el tipo de relaciones sociales percibidas como las más cercanas a la salud individual y colectiva, y el celibato considerado como riesgoso para la sociedad y el individuo, “ya que se vive menos, se cometen más crímenes, se enajena y se suicida en mayor número, se corrompen las costumbres y se favorece la propagación de enfermedades como la sífilis, venéreas contagiosas”

¹⁰⁶ Alanís, Mercedes. “Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.391-409.; Misma autora, “Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario”, *Cucuilco*, num.63, mayo-agosto, 2015, pp.9-28.

¹⁰⁷ Morales Pereira, S., (1888) p.10.; Gómez, Federico, *La Salud y la Familia. Puericultura práctica*, Méndez Oteo, Editor, 1974, pp.17-19.

y además porque “toda la carga forzosa de muchos niños” afectados era absorbida por toda la sociedad.¹⁰⁸

La “ilegitimidad” era considerada también como una situación de riesgo, ya que se traducían en una mayor cantidad de abortos y una mayor mortalidad en los recién nacidos; también en “malas herencias”, mala alimentación, “actitudes frecuentemente viciosas”, “privación de la influencia correctiva de la familia, de una buena educación y de un apoyo bastante útil de fuerzas intelectuales y morales”¹⁰⁹ La “excesiva fecundidad de las mujeres y la incontinencia de los hombres”; los varones, que no llegaban al matrimonio “con el loable fin de formar una familia sino para dar rienda suelta a sus vicios”¹¹⁰

La “ilegitimidad” también era considerada como otro factor importante en las variaciones de la mortalidad. Y se mencionan ejemplos: Francia, de cada 455 defunciones en niños menores de un año, 268 niños fallecidos eran “ilegítimos” [58.9%]; Italia: de 450 fallecidos de la misma edad, 260 ilegítimos [57.7%]. En esta época de la vida las probabilidades de morir eran muy grandes más aún incluso que en el grupo de edad entre 80 y 90 años.¹¹¹ La consanguinidad en las relaciones maritales, como riesgo, era un tema sumamente debatido. Algunos autores como Motard descartaban que la prole pudiera degenerar o “pervertirse” en estos casos. Sin embargo, el médico Samuel Morales Pereira, quien era un gran experto en la medicina infantil, director y fundador del Hospital Infantil de la Caridad en Puebla, en esa época, estaba resueltamente en contra de esta postura.

Quién no ha visto uno, muchísimos niños atribulados por enfermedades: mal constituidos, deformes, imbéciles, idiotas, sordomudos, tartamudos, escrofulosos [...] Nosotros que nos dedicamos hace doce años preferentemente al estudio de sus diversas

¹⁰⁸ Estrada, R., (1888), pp.45-46.

¹⁰⁹ *Ibidem*, pp.46-47.

¹¹⁰ Rodríguez Tovar, J., (1905) pp.17-18. Se trata de la primera tesis que se refiere a las determinantes específicas de distintas enfermedades infantiles que ameritaban el internamiento de los niños afectados y es uno de los primeros estudios epidemiológicos de enfermedades infantiles a nivel intrahospitalario. Entre la información ofrecida destaca en su narrativa los casos graves de niños hospitalizados por tuberculosis entre los años 1900 y 1903 (entre 241 a 504 casos) y el “porcentaje avasallador” de pequeños afectados de sífilis tratados en nosocomios, todos ellos menores de un año. También enfatiza los cientos de casos de parasitosis intestinales, de niños procedentes de los alrededores de la capital, donde se tenía que “echar mano” de pozos superficiales excavados por las familias, sin ningún tipo de control sanitario, ante la necesidad apremiante del líquido vital. Jesús Rodríguez Tovar (1905), perteneció a la generación del cambio de siglo que estudió la carrera entre 1895 y 1902. Defendió su tesis y presentó su examen profesional el 13 de septiembre de 1905, recibiendo su título el día 20 de ese mes, signado por Justo Sierra, titular de la cartera de Instrucción Pública. Sus sinodales fueron los médicos Nicolás Ramírez de Arellano, José María Bandera, José Ramos y Alfonso Ruiz Endorzain. Expediente 46438, Fondo UNAM, Expedientes de alumnos, AHUNAM/IISUE.

¹¹¹ Del Pino, V., (1911), pp.2-3.

enfermedades y que buscamos a todo trance los antecedentes de familia para combatir las causas| de dichas enfermedades somos testigos de las desgracias que apuntamos” [...] son mal prelude para la existencia de la prole las uniones consanguíneas.¹¹²

Nuestro autor Samuel Morales, defiende su postura apoyándose en su propia experiencia con cincuenta y dos niños, producto de catorce uniones consanguíneas, de los cuales fallecieron diez y nueve, presentando sordomudez cuatro de ellos, espina bífida en un caso, otro más “sin la mano derecha”, un caso sin fémur izquierdo, tres con hidrocefalia, y algunos más con retraso en su desarrollo y con un “notorio temperamento linfático.”¹¹³

Desde el siglo XIX el embarazo ya era considerado como el más relevante y frágil proceso de la existencia humana. La época más importante y delicada en la vida de la mujer. Se trataba de un escaparate más donde podían advertirse los nefastos efectos de la pobreza, ignorancia, desatención y abandono; y para el médico era también el momento propicio para que los patrones caracterológicos y conductuales afloraran en las futuras madres: “abnegación sin límites y un amor por sus hijos que toca lo sublime.” Modas, prejuicios, ocios y complejos acompañaban la preñez de ciertas mujeres pertenecientes a sectores sociales privilegiados

¹¹² Morales Pereira, S., (1888), p.12.

¹¹³ *Ibidem*, pp. 12-13. La tesis y la obra de Morales Pereira: el periódico capitalino *Monitor Republicano* del día 18 de octubre de 1888 publicó algunos comentarios sobre el “opúsculo” escrito por el Dr. Samuel Morales Pereira denominado “Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia y recursos que deben oponerse para combatir las”. Se refiere a la tesis resguardada en el acervo histórico de la Escuela Nacional de Medicina sobre la temática de higiene y mortalidad infantil, incluida en esta investigación. En ella el autor comenta las pésimas condiciones de las viviendas, “las casas de vecindad” en las que vivían y crecían una gran cantidad de niños urbanos, uno de los factores que más contribuían a diezmar a la niñez, su mala distribución, el “suelo fangoso y corrompido” sobre la que solían construirse. El texto original con el título señalado fue publicado en 1888 en la Ciudad de México, por la Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento del Gobierno de México, y cuenta con 67 páginas; tiene además una Cartilla (p.49) con preguntas y respuestas sobre los problemas de higiene infantil y las causas de mortalidad infantil más comunes y como prevenirlas. La figura del profesor Morales Pereira es ampliamente reconocida en Puebla como fundador y conductor (1877-1917) del Hospital de Caridad (“Hospitalito para niños pobres”) y como profesor de la Escuela de Medicina del Colegio del Estado de Puebla. El Dr. Morales Pereira era originario de Jalapa, Veracruz donde nació el año de 1848. Estudió medicina en la ENM recibiendo en 1874. Además de la obra señalada, escribió junto con el profesor Secundino Sosa (analizado en la sección de Metodología clínica y Propedéutica médica en esta investigación) el libro *Puebla, su higiene y sus enfermedades*, México, Secretaria de Fomento, (1888), 89p.; Cuenta además con los textos “La congestión cerebral de los niños curada exclusivamente por las corrientes eléctricas inducidas” (1892) y “El arsénico como profiláctico del tifo” (1889) dentro de las obras clasificadas en el *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX* así como “Cual es el mejor tratamiento de las heridas articulares complicadas” (1874) muy probablemente su tesis recepcional; Palacios García, Indira Dulce María, “Samuel Morales Pereira: su obra y su generación” en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, (2017) 2ª época, volumen 16, número 1, enero-marzo, 2017 de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, pp.19- 29.

afectando el destino de sus futuros hijos: “dedicadas a meditaciones o lecturas de novelas, poesías [...] veladas, bailes, paseos, en carruaje o a caballo, abusos de mesa etc.”¹¹⁴

Las señoras que viven en nuestras capitales explotan apretando el *corset* hasta el último momento en que pueden aparecer más o menos correctas en su talle [...] aunque para lograrlo sacrifiquen los primeros meses de su preñez [...] aquellos en los que se desarrollan los segmentos superior y medio de la matriz [...] cuando más necesaria es la libertad del vientre [...] ¡si supieran las señoras a cuanto están expuestas por esto [...] a cuantos peligros se aventuran con todo y el hijo de sus entrañas!¹¹⁵

La mujer proletaria: una vida entre la indiferencia y la penalidad: “siguen entregadas a sus penosas tareas; moliendo, lavando, alzando objetos pesados etc. Para proveer sus necesidades [...] consultan a las comadres y parteras quienes después de mil prácticas y consejos empíricos [...] bebidas, oraciones, vendajes y aun conjuros [...] suelen ministrarles el zihuatlpatl, ruda y aun el cuernecillo de centeno.”¹¹⁶

La clase media: entre carencias, ilusiones y lucha por la existencia: “...la clase mártir de la sociedad porque tratando de alejarse de sus límites con la ínfima y de franquear los de la elevada, se crea exigencias que no puede satisfacer y privaciones que la hacen sufrir; tiene sin embargo las ventajas de una vida más tranquila y ordenada y menos fatigosa y miserable.

No es raro ver a las madres aumentar sus trabajos en costura ya a mano, ya con máquinas de pedal y menguar el presupuesto de cocina para hacerle una hermosa canastilla al futuro hijo, y comprarse un traje, perfumes y cosméticos, un polizón, un corsé u otros adminículos para cuando termine el puerperio [...] sigue abusando del acto matrimonial con gran detrimento propio y de su engendro.¹¹⁷

¿A que conducía todo esto? A “enfriamientos, traumatismos, agotamiento nervioso, cansancio muscular, privación del sueño [...] perturbación de un órgano que está verificando un trabajo en el que están concentrados los esfuerzos todos del organismo [...] requiere quietud, toda la tranquilidad posible [...] afortunadamente la dieta nupcial está casi en la conciencia de todos en circunstancias determinadas”¹¹⁸ Las enfermedades del embarazo eran el resultado de las malas prácticas y condiciones higiénicas, las pasiones, preocupaciones durante la preñez; traían muy a menudo como consecuencia la muerte del producto de la concepción, su asfixia al nacer,

¹¹⁴ Estrada, R., (1888), p.34.

¹¹⁵ Morales Pereira, S., (1888), pp.22-23.

¹¹⁶ Estrada, R., (1888), p.35.

¹¹⁷ *Ibidem*, p.35.

¹¹⁸ Morales Pereira, S., (1888), p.24.

“atelectasia” o colapso pulmonar, “cefalohematoma”, enfermedades del ombligo, tétanos en el recién nacido, “melena”, “icteria”, la oftalmia purulenta y muchos desordenes y “monstruosidades” más.

Toda una suerte de costumbres, estilos de vida, aspiraciones e ilusiones, creencias, expectativas, accidentes, emociones y pasiones.

Toda esa serie de preocupaciones, ideas estúpidas [...] aquello de componer el vientre, apretar la cadera, despegar al niño [...] especulaciones que deberían de castigarse severamente [...] que eviten todo movimiento inusitado, brusco, brincos, saltos, juegos, impresiones bruscas de temperatura, riñas, cargar objetos pesados [...] la constricción del *corset* comprimiendo los órganos contenidos en la cavidad del vientre muy especialmente durante la preñez [...] los tacones altos que si en todo tiempo pugnan con la buena higiene [...] pueden causar inflamaciones de la matriz [...] y trastornos de la más alta jerarquía durante la preñez [...] las aproximaciones sexuales deben proscribirse durante la marcha del embarazo como contrarias a la moral y como perjudiciales para el buen desenlace.¹¹⁹

Y prácticas “sensuales”: “su abuso durante la preñez y antes de ella tienen notoria influencia sobre el producto” [...] las excitaciones de un aparato que está llenando la noble función de la formación de un ser”¹²⁰ La aplicación de los principios de la higiene a los cuidados, la prevención de las enfermedades y al cultivo de la niñez abrirá el camino al dominio de la puericultura especialmente en México a partir del siglo XX.

2.2.8 El siglo XX y el nacimiento de la puericultura moderna

En este contexto y aplicando todas estas ideas y conceptos surgió la puericultura moderna en la Europa de finales del siglo XIX y principios del XX. Se constituyó como un conjunto autónomo de saberes y prácticas: un *corpus* coherente de reglas y aplicaciones que se desarrolló y popularizó juntamente con su área médico-terapéutica, la pediatría. Tocó a Adolphe Pinard (1844-1934) médico obstetra y pediatra francés darle una mayor relevancia y desarrollo sobre todo a partir de 1913, con la fundación de la Sociedad Francesa de Eugenesia.¹²¹

¹¹⁹ *Ibidem*, p.41.

¹²⁰ *Ibidem*, p.26, pp. 41- 42.

¹²¹ Pinard fue el autor de *La Puericulture du premier age: nourriture, vêtement, hygiene*, París, Librairie de Armand Colin, 1904 [La puericultura de la primera edad: nutrición, vestimenta e higiene] fue traducida al castellano por el pediatra mexicano Rafael Carrillo: “La Puericultura por el Dr. Pinard” traducido y anotado por Rafael Carrillo, Tipografía Económica, 1906. En este sentido otro autor muy interesante es Francisco Vidal Solares quien fungía como director del Hospital de Niños de Barcelona. Aparece su texto por vez primera en 1908 con el nombre de Consejos prácticos sobre puericultura e higiene de la infancia llegando a su décima edición en 1915 ya con el

Este médico francés fue el autor de *La Puericulture du premier age: nourriture, vêtement, hygiene*, París, Libraire de Armand Colin, en 1904, en español *La puericultura de la primera edad: nutrición, vestimenta e higiene*. Su obra tuvo fuerte impacto sobre los tesisistas mexicanos que trataron temas relacionados sobre el campo de la puericultura. Se destaca especialmente la traducción de la obra del autor francés llevada a cabo por un pediatra mexicano.

Rafael Carrillo (1870-1941) tradujo la obra original de Pinard, al castellano. Se trata de un libro en pequeño formato dirigido a un público de lectores infantiles, específicamente niñas entre 10 y 14 años y es producto de la labor del autor galo como conferencista en la parisina “Escuela Primaria para niñas del Boulevard Péreire” en temas relacionados con la crianza y los “principios de la conservación de los niños durante su crecimiento y formación en las mejores condiciones posibles”. Su objetivo claramente consistía en informar a las niñas púberes y adolescentes, futuras madres de familia, sobre esta materia. El libro cuenta con múltiples comentarios del médico mexicano a pie de página, relacionados con las costumbres de nuestro país. Carrillo vierte en ellos sus propias ideas. La obra contiene 60 ilustraciones y dibujos sobre los cuidados de los niños (baño, vestimentas, cunas, etcétera), con la finalidad didáctica de facilitar la comprensión del público al que va dirigido.¹²²

Pinard fue discípulo de Stephanie Tarnier (1828-1897) y de Pierre Budin (1846-1907) considerados como los fundadores de la medicina perinatal francesa y de quienes aprendió el arte de conservar y ayudar a sobrevivir a los niños. El primero de ellos dirigió durante muchos años la sala de partos de la Maternidad parisiense siendo el segundo de ellos su continuador.¹²³ Con

nombre de Puericultura e higiene de la primera infancia. Está escrito en base a la tradición española partiendo de las condiciones reales de vida imperantes en ese país, con sorprendentes elementos análogos a los mexicanos en muchas maneras y más apegado al temperamento de lector latino.

¹²² Rafael Carrillo nació en la Ciudad de México el 8 de octubre de 1870. Se graduó como médico en 1895 en la ENM. Se le considera como uno de los principales precursores de la pediatría mexicana. Laboró como médico en la Casa de Cuna durante varios años llegando a ser su director. Fue jefe del servicio de Higiene Escolar, director de la Beneficencia Pública, del Hospital General (1918-1920), y profesor de pediatría en la ENM. Se distinguió entre sus colegas por “su honradez profesional, su gran calidad humana y sus dones filantrópicas.” Falleció el 22 de agosto de 1941. *Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México*, 6ª edición, 1995, tomo I, p.625; *Gaceta Médica de México*, tomo LXXI, núm.5, 31 de octubre de 1941, pp.650-651; Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, G. Castañeda López, R. Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, México, UNAM/Plaza y Valdés, 2008, pp.116-117; Carrillo, R., “La Puericultura por el Dr. Pinard” traducido y anotado por Rafael Carrillo, Tipografía Económica, 1906; Del Castillo, C.R., *op,cit*, 2013, p.89.

¹²³ Tarnier diseñó y construyó el primer modelo de incubadora conocido, con el cual logró una sobrevida hasta del 62% en niños menores de 2000 gramos de peso (incubadora Lüer); véase a P.M. Dunn, “Stephanie Tarnier (1828-1897) “The architect of perinatology in France”, *Archives of Disease in Childhood and fetal, neonatal*, 2002;86:137-139; Baker, Jeffrey P., “The incubator controversy; pediatricians and the origins of premature infant technology in the United States, 1890-1910”, en *Pediatrics*, vol.87, núm.5, mayo de 1991, p.654-655; también mismo autor en

relación a las bases fundantes de la puericultura el pensamiento de Pinard estaba imbuido de la influencia del inglés Francis Galton (1822-1911) a quien muchos consideran el creador de la eugenesia. El inglés definía a ésta última como “el estudio de las causas (o fenómenos) que pueden ser sometidas al control social [...] susceptibles de mejorar o debilitar las cualidades de la raza y de las futuras generaciones.” Pinard incorporaba a ello el siguiente enunciado: “la ciencia que tiene por objeto estudiar y hacer conocer las condiciones más favorables para la reproducción”. De esta manera nacían los principios de la puericultura aplicada a la medicina, tal como la conocemos en sus inicios.¹²⁴

Este autor francés promovió la práctica sistemática de los cuidados prenatales y la medicina perinatal. Implementó maniobras de exploración clínica y de intervención obstétrica novedosas, así como aditamentos auxiliares para cuidar mejor la vida de los futuros niños como el estetoscopio que lleva su nombre y también aportó nuevas miradas médicas y sociales sobre la atención dirigida a los niños y sus madres.¹²⁵ La puericultura nació en el viejo continente en un ambiente de renovación de la medicina europea bajo la búsqueda de una especie humana “más pura y perfeccionada” y fue entendida como los preceptos higiénicos aplicados en los niños en su crianza.

Su contexto fundamental parte de las ideas propias de la eugenesia, el evolucionismo y de las consecuencias y el ambiente generado por la Primera Guerra Mundial: una conflagración de enormes consecuencias en vidas humanas, en deterioro de la calidad de vida de miles de personas, deterioro de la economía, el hambre y la gran mortalidad infantil vivida y sufrida. En

“The incubator and medical discovery of the premature infant. Historical perspective” en *Journal of Perinatology*, 2000, 5:321-328.

¹²⁴ La obra fundamental de Galton es *Hereditary Genius, an inquiry into his Laws and Consequences*, [Genio hereditario y cuestionamientos respecto de sus leyes y consecuencias], y fue publicada por primera vez en Londres en 1869. La segunda edición en la misma ciudad salió bajo el sello de Mac Millan en 1892. Este personaje recibió a su vez fuertes influencias de dos autores: Adolphe Quetelet (1796-1874) considerado fundador de la Estadística moderna, con su *Theory of Probabilities as Applied to the Moral and Political Sciences* [Teoría de las probabilidades aplicadas a las ciencias morales y sociales] publicada en Londres en su versión inglesa por Layton en 1849 y el segundo personaje fundamental es Charles Darwin (1809-1882) con su primera edición del *Origen de las Especies*, [publicado originalmente como *On Origin of Species by Means of Natural Selection or The Preservation of Favoured Races in the Stuggle for Life* [Origen de las especies por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la vida] editado en Londres por John Murray en 1859.

¹²⁵ Arcos Reyes, Jorge A., *Eugenesia, Racismo y Política a principios del siglo XX*, tesis de licenciatura en historia, UANM, 2011.

México se sufrieron las consecuencias análogas de la Revolución y del deterioro de vida que significó para muchos el porfiriato.¹²⁶

Desde finales del siglo XIX la puericultura, ya se había constituido “como un saber autónomo, organizado en torno a «algunos principios fundamentales» formando un cuerpo coherente de conocimientos teóricos y reglas prácticas.” Una característica fundamental del pensamiento puericultor que no se debe perder de vista es la regulación de la vida de los sujetos “hasta en sus aspectos más íntimos” y con especial dedicación a los sectores populares. Como se puede observar el control social es un aspecto recurrente de la historia.¹²⁷

Escenarios fundamentales en el surgimiento de la puericultura moderna fueron los hospitales europeos, especialmente franceses y alemanes, en los cuales “se sentaron las bases científicas de la puericultura y el avance científico de la pediatría al profundizar en las causas de las enfermedades infantiles”. Gracias a los descubrimientos generados en las investigaciones sobre las enfermedades y la fisiología infantil, se pudieron descubrir las claves de su prevención y las áreas en las que había que intervenir. El trabajo conjunto de la pediatría y la puericultura ligaría la parte médica y científica con la orientación social.

Su creciente aceptación y desarrollo en los círculos médicos condujo a la construcción de una especialidad médica que se tradujo en la creación de programas de entrenamiento nacionales y la formación de un nuevo grupo de especialistas: los pediatras profesionales “que plasmaron las nociones de su ejercicio médico en diferentes foros: asociaciones nacionales pediátricas, congresos, y revistas nacionales de pediatría”.¹²⁸ Las prácticas de índole o de corte eugenésico no eran nuevas en territorio mexicano.

¹²⁶ Un fundamento central en la conformación de la puericultura lo constituyó la crianza y sus tres connotaciones modernas y esenciales: primero en relación con la atención y los cuidados del niño; segundo a la alimentación que recibe el crío, especialmente relacionada con la madre (leche materna) y el tercero es el aspecto educativo, formativo sobre todo de parte de sus padres, tutores o progenitores. Diccionario del Español de México, V.1, p.535; Centro de Estudios Lingüísticos del El Colegio de México.

¹²⁷ Donzelot, J., *La Policía de las Familias*, Valencia, Pre-Textos, 1998; original francés de 1977, Les Editions de Minuit; p.10; Boltanski, Luc, *Puericultura y moral de clase*, Editorial Laia, Barcelona, 1974, p.7; del cap.1 “una misión civilizadora” pp.38-53; Stern, Alexandra Minna, “Madres conscientes y niños normales: La Eugenesia y el nacionalismo en el México Posrevolucionario, 1920-1940” en *Medicina, Ciencia y Sociedad en México, siglo XIX*; Laura Chazaró (ed), El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002, pp.293-338.

¹²⁸ Birn, Anne-Emanuelle, “Child health in Latin American: Historiographic perspectives and challenges” en *Historia, Ciencias, Saude-Manginhos*, v.14, núm.13, July-Sept, 2007, pp.677-708; p.688; Alanis, M., *op.cit.*, 2016, pp.55-58.

Encontramos ya un primordio en la obra del médico tesista Ramón Estrada (1888) quien nos da cuenta del marco legal prehispánico y las costumbres de los antiguos mexicanos que contemplaban penas “contra la ilegitimidad y el abandono” o las penas contra “la prostitución, el adulterio y la prodigalidad garantizando a los niños de la miseria fisiológica y civil, herencias precisas de los vicios” así como el combate a la “herencia de las diátesis debidas a la consanguinidad de los padres.”¹²⁹

O bien el caso del “briago que atenta contra sí, contra su familia, contra la sociedad, contra la patria y la humanidad entera [...] y engendra el mayor número de histéricos, idiotas y epilépticos”. La tesis universitaria de Ramón Estrada ha merecido comentarios de varios autores. Su texto es señalado como un “verdadero precursor de la eugenesia en México” ya que vincula claramente las costumbres higiénicas de la población, los estilos de vida, los factores biológicos y sociales con las altas tasas de mortalidad y la “degeneración de la raza”; la higiene y la calidad de vida de la población.¹³⁰

Muchos de los médicos de nuestro país que formaban parte de un pequeño, pero influyente grupo de mexicanos, creyeron verdaderamente que este tipo de ideas podrían ser aplicadas con la finalidad de evitar, prevenir o resolver grandes problemas nacionales como el alcoholismo, prostitución, criminalidad, sífilis, tuberculosis, enfermedades mentales, que formaron parte de las prioridades de la Sociedad Eugénica Mexicana (1931-1968).¹³¹ Se destaca la participación de varios miembros del profesorado de la ENM como Fernando Ocaranza, José Terrés, Alfonso Pruneda, Rafael Carrillo entre otros, en la labor pedagógica y promocional de la higiene y la educación sexual desde distintas agrupaciones profesionales y foros como la

¹²⁹ Estrada, R., (1888) *Algunas ligeras consideraciones sobre la falta de higiene infantil en México, en sus relaciones con la degeneración de la raza*; México, Imprenta de la Escuela Correccional, pp.19-20; 35 años después José Eduardo González, (1923) en su tesis, *Algunas consideraciones sobre eugenética*, tesis para examen general de médico cirujano y partero, México, Compañía Editora Latinoamericana, Humboldt 15, hace algunos comentarios analogos al tema, p.13.

¹³⁰ “Puede considerarse el primer trabajo cuyo objetivo está vinculado estrechamente con la puericultura, la eugenesia y la higiene...”, Herrera Ortega, Silvia, *La Eugenesia en México. Antecedentes y primera década de trabajo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia*; tesis universitaria, licenciatura en historia, de la UNAM, 2007, pp.39-40.

¹³¹ Desde la mirada médica se trató ante todo de un marco teórico y práctico al que se recurrió con el objetivo de resolver múltiples, graves y apremiantes problemas de salud especialmente en una coyuntura crítica de nuestra historia. Herrera Ortega, Silvia, *op. cit.*, 2007, pp.38-69; La Sociedad Eugénica Mexicana se creó en el año de 1931 con 130 miembros entre científicos y médicos, muchos de ellos próximos a las elites gobernantes. Suarez y López Guazo, Lara *op.cit.*, 1999, p.59; véase también Stern, Alexandra Minna, *op.cit.*, 2002, pp.293-338.

Sociedad Mexicana de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas y la Asociación Cristiana de Jóvenes y más tarde en la Sociedad Mexicana de Eugenesia.

La meta era despertar una nueva conciencia social, “fomentando la adopción de nuevos hábitos y practicas higiénicas” entre la población, con especial dedicación a la clase obrera y a la base social trabajadora del país para de esta manera “mejorar la descendencia” de la población. Dar a conocer los peligros de las “heredosífilis”, promover los beneficios de la “vivienda higiénica” para contrarrestar la amenaza de la tuberculosis y “declarar la guerra al alcoholismo social” y a otras toxicomanías, se convirtieron en los objetivos fundamentales.¹³²

La eugenesia en nuestro país se basaba en las características estructurales y dinámicas de la población mexicana tanto indígena como mestiza, a diferencia de otros países con su propio camino histórico y dinamismo cultural, tal como sucedía en otros entornos europeos y latinoamericanos en los cuales los factores migratorios y políticos jugaron un papel determinante. En nuestro país el debate sobre la falta de integración de las etnias indígenas en la vida nacional de acuerdo con la hegemonía ideológica dominante, la situación sanitaria prevaleciente en el país, la gran pobreza reinante, la urgencia de resolver las graves y trascendentes enfermedades que agobiaban a la nación, acorde con la idea de la degeneración, serían todos ellos elementos claves que moldearon las características del movimiento eugenésico en México. Un evento muy trascendente que impulsó la eugenesia, las tesis hereditarias y la orientación de la reproducción con fines de mejoramiento y perfeccionamiento racial fue el Primer Congreso Mexicano del Niño llevado a cabo a inicios de 1921.¹³³

¹³² Se destacan los trabajos de varios médicos que publicaron obra relacionada con temáticas eugenésicas como Gregorio Mendizábal y su artículo “Algunas consideraciones acerca de la profilaxis de la tuberculosis” en la *Gaceta Médica de México* de 1910, t.5, p.343, Aristeo Calderón con su “Alcoholismo social” y Eduardo Lavalle Carbajal con su libro *Tabaco, Tabaquismo, Tabacomanía* de 1907, o el de Joaquín G. Cosío, “La herencia de las enfermedades familiares” publicado también en la *Gaceta Médica de México* de 1910, t.5, p.42., y desde luego Carrillo, Rafael (1931-1932) “La población mexicana y la Eugenesia”, *Revista Mexicana de Puericultura*, pp.783-802; diversos comentarios por Herrera Ortega, S.(2007), *op.cit.*, 2007, p.42; Véase también: Menéndez Di Pardo, Nadia Vera “El heredo-alcoholismo y la teoría de la degeneración” en el artículo “Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad (1870-1910), *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, número 71, enero-abril, 2018, pp.85-109, pág. 92.

¹³³ El tema ha sido analizado por varios investigadores y es abordado con distintas aristas en diversas secciones de este trabajo. Aquí se destaca la ponencia presentada por el médico Antonio F. Alonso, denominada *La herencia eugénica y el futuro de México* -que de alguna manera sintetiza los elementos conformadores de la eugenesia- y la cual se refería a la “continuidad del plasma germinativo a través de las generaciones” (Weismann), “las modificaciones de los seres por sus adaptaciones al medio” (Lamarck) “complementada por los trascendentales estudios acerca de la selección natural y la supervivencia de los más aptos” (Darwin); “El estudio de la herencia fue orientado en una nueva vía...el mejoramiento de la especie humana...” González, José Eduardo (1923) *Algunas consideraciones sobre eugenetica*, tesis para examen general de médico cirujano y partero, México, Compañía

Una gran cruzada por el reconocimiento del niño y la salud infantil se hizo presente en el México posrevolucionario especialmente a partir de la década de 1920. Con diferentes expresiones como el “mes patrio” de septiembre de 1921 y la Primer Semana Nacional del niño. A través de gráficos, carteles, cuadros, tablas y posters se enfatizó el papel que jugaba en la salud infantil la educación moral; expresiones populares: desfiles, carros descubiertos con alegorías de la niñez saludable en importantes avenidas de la Ciudad de México. Festivales de higiene en las escuelas, se escenificaron juegos ingeniosos como “el hada de la salud” que enseñaba los principios de salud pública a los niños en edad escolar.

Diversas demostraciones y manifestaciones en escuelas, hogares, y factorías aprovechando la prensa, conferencias, radio y la cinematografía. Destaca el lanzamiento de un pequeño y sencillo periódico de propaganda *El Mensajero de la Salud*, que “a través de historias cortas, poemas y recetas aconsejaba a las poblaciones urbanas y rurales de cómo conservar la salud” Representaba una síntesis de la ideología y los objetivos del Estado.¹³⁴ Con relación a este esfuerzo el historiador inglés Alan Knight, estudioso de los aspectos socioculturales de la Revolución mexicana, proporciona algunas claves de la motivación que se tuvo -de acuerdo con su óptica- en ese momento histórico de México: apunta que los gobiernos revolucionarios “buscaron moldear las mentes para crear ciudadanos, nacionalizar y racionalizar a diversas personas rebeldes y recalcitrantes al inculcar nociones de ciudadanía, sobriedad, higiene y trabajo duro.”¹³⁵

Un aspecto interesante es que los niños pertenecientes a las esferas indígenas, proletarias y rurales “recibieron por primera vez un reconocimiento como niños”, así como miembros

Editora, Latinoamericana, Humboldt 15, nos ofrece en su tesis su punto de vista y analiza con detalle el tema, pp.14-19, p.18; En relación al movimiento eugenésico en diferentes entornos nacionales puede verse: Armus, Diego, “Eugenesia en Buenos Aires: discursos, práctica, historiografía; Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, suol, dez, 2016, pp.149-169; Álvarez Peláez, Raquel “Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936)”, *Quipu*, vol.2, núm.1, ene-abr, 1985, pp.95-122; Herrera Ortega, S., *op.cit.*, 2007, pp.47-48; Suarez y López Guaso L.L., *Determinismo Biológico: La Eugenesia en México*, tesis de doctorado UNAM, 2000, p.111, pp.116-117; Stepan, N.L., *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca New York, 1991, p.130; Misma autora, “Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial”, *Quipu*, vol.s, núm.3, sep-dic, 1985, pp.351-384; Arcos Reyes, Jorge A., *Eugenesia, Racismo y Política a principios del siglo XX*, tesis de licenciatura en historia, UNAM, 2011.

¹³⁴ Agostoni, C., “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in México City, 1890s–1920s” [Educación Popular para la salud y Propaganda en tiempos de paz y guerra en la ciudad de México en las décadas de 1890s a 1920s.] *American Journal of Public Health*, January 2006, vol.96, num.1, pp.52-61.

¹³⁵ Knight, Alan, “Popular Culture and the Revolutionary State in México, 1910–1940”, *Hispanic American Historical Review* 74 (3) 1994, pp. 394–395 y del mismo autor: *La Revolución Mexicana: Del Porfiriato al nuevo régimen constitucional*, capítulo IX “La Revolución en el poder. El problema del orden, Economía y Sociedad, Trabajo” México, FCE, 2010.

activos y conformantes de la nación. Se expandió también hacia ellos la acción del Estado y de la sociedad. Se informa de nuevas expresiones culturales incluyentes de la categoría y concepción de niñez, así como de formas creativas de aprendizaje visualmente atractivos, impactantes, dinámicas, interactivas desarrollando la imaginación y el universo infantil, como en ninguna época hasta ese momento.¹³⁶

La imagen de “lo indio” o “lo indígena” desde finales del siglo XIX representaba dos dimensiones aparentemente encontradas: por un lado “lo extraño y distante”; la herencia colonial. Por el otro la raíz, la autenticidad o lo “específico” de México como nación. Los regímenes posrevolucionarios reconocieron en diferente medida a los grupos indígenas como miembros del “pueblo mexicano” e intentaron su incorporación al proyecto de nación. Se debatió con intensidad este tema enfrentándose dos visiones extremas: la occidentalización absoluta del indio y en el otro polo la “indianización” de nuestra cultura. A la mitad de esta polémica estaba la necesidad de incorporar, recuperar, reconocer, revalorar, reinterpretar la presencia y las diversas contribuciones de los grupos indígenas del país: sus costumbres, lenguajes, vestimentas, gastronomía, arte, y hasta su belleza natural, como ocurrió en el concurso convocado por el periódico *El Universal* el año de 1921 y ganado por una bella joven adolescente de solo 16 años oriunda de Huachinango Puebla, la señorita María Bibiana Uribe.¹³⁷

Los niños que les tocó vivir estas nuevas oportunidades lo hicieron participando dentro de una diversidad de aristas y diferentes categorías: raza, género, clase, origen, gremios, escolarización, trascendiendo límites y fronteras geográficas. Se trató en realidad de un fenómeno internacional en la que varios países entre los que estaba México actuaron juntos en diferentes escenarios: cultura, intereses sociales, comerciales, sanitarios y de salud pública; incluso en las áreas bélica y estratégica.¹³⁸

¹³⁶Jackson Albarrán, Elena, *Seen and Heard in México. Children and Revolutionary Cultural Nationalism* [“Visto y oído en México. Niñez y nacionalismo cultural revolucionario”, University of Nebraska Press/Lincoln and London, 2014.]

¹³⁷ Pérez Montfort, Ricardo, *Estampas de nacionalismo popular mexicano: Diez ensayos sobre cultura popular y nacionalismo*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, (CIESAS), 2003, pp.146-190; Albarrán Samaniego, Arturo “1921, el año de la India Bonita. La apertura del discurso indigenista en *El Universal*” revista en línea *ArteLogie*, publicado el 7 de septiembre de 2018 y consultado el 1 de enero 2019; ie [En línea], 12 | 2018, Publicado el 07 septiembre 2018, consultado el 19 abril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/artelogie/2729>; Moreno Juarez, Sergio, “Presencia, participación y representación femenina en los dos Centenarios de la Independencia nacional, (1910 y 1921)” *Signos Históricos*, núm.27, enero-junio, 2012 , pp.24-62.

¹³⁸Jackson Albarrán, Elena, *op.cit.*, 2014.

En nuestro país los jóvenes médicos graduados seguían puntualmente esta corriente de pensamiento en sus tesis recepcionales. Sus comentarios eran vertidos en un contexto permeado de las consecuencias sociales de la Revolución Mexicana y en el plano internacional de la Primera Guerra Mundial. Por lo general concordaban con este tipo de ideas: las facultades del hombre eran adquiridas por herencia y sería posible “mediante uniones bien seleccionadas y durante varias generaciones sucesivas crear razas de hombres perfectamente dotados”. Desde esta óptica los seres humanos tendían a repetirse en sus descendientes y a “transmitir sus caracteres” y no se refería exclusivamente a los caracteres físicos o somáticos sino también a “las manifestaciones más elevadas de la vida”: es decir a los fenómenos psíquicos y “morales.”

Las enfermedades “constitucionales” y algunos tóxicos como alcohol, tabaco, drogas heroicas, eran vistos como “profundos modificadores” siendo capaces de ser transmitidas a la descendencia formando verdaderas “familias patológicas” portadoras de diversas “taras”. Se trataba de un asunto progresivo y transgeneracional. Los “nuevos seres” eternizaban y multiplicaban los defectos de sus progenitores y de esta manera se iban constituyendo “legiones de degenerados” arrastrando a “una vida miserable, inútil y nociva para la sociedad”: el camino fisiopatológico de la “degeneración de la raza”.¹³⁹

A este tipo de circunstancia se atribuía en nuestro país, la existencia de tantos “niños débiles y enfermizos” afectados por “herencias morbosas” adquiridas de sus padres: tuberculosis y sífilis principalmente o bien la presencia de “tantos ciegos debido a la infección gonocócica.”¹⁴⁰ La tesis elaborada por Abel Díaz Covarrubias (1923) en el contexto de esta gran crisis social nos ofrece un panorama testimonial de las condiciones de salud tan deplorables que presentaban un gran número de niños y familias mexicanas especialmente durante las etapas más críticas del movimiento armado de 1910-1921. En la Ciudad de México durante el año de 1919

¹³⁹Díaz Covarrubias, Abel (1923), desarrolla ampliamente esta temática en su texto *Algunos aspectos de la puericultura*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Franco-Mexicana, 1923, p.13. Aunque este tipo de ideas formaron parte de la teoría y práctica de la puericultura de principios del siglo XX, ya hemos aprendido bastante (o debíamos haberlo hecho) de las catastróficas consecuencias que tuvieron en la humanidad al ser aplicadas masivamente en algunas sociedades de distintas épocas especialmente por regímenes políticos fascistas o despóticos. También explican en gran parte la naturaleza de la percepción que se tenía sobre las llamadas enfermedades constitucionales y diátesis en los niños tan comunes en esas épocas.

¹⁴⁰ Castillo Vivas, José F.,(1920) *Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipográfica Compañía Editora “Actualidades” S.A, 2ª de López 26, 1920, p.15; el autor se refiere a la ceguera causada por la oftalmia purulenta de los recién nacidos, grave enfermedad causada por el gonococo, descubierto por Albert L. Neisser en 1879, gran problema de salud en el México de las primeras décadas del siglo XX.

habían muerto 5375 niños menores de 14 años, de los cuales 3550, 66% eran menores de un año. De este grupo fallecieron 1788, 50.3% de complicaciones debidas a infecciones intestinales. Uno de cada dos niños capitalinos había fallecido de diarrea, lo que nos traduce la existencia de una gran contaminación con aguas negras en las calles y hogares de la capital, con una ausencia casi total del agua potable, predominando el desabasto de comestibles, así como la falta de enseres e insumos de primera necesidad; una pésima alimentación de los más pequeños, la preeminencia de una gran desnutrición y pobreza en muchas familias capitalinas.¹⁴¹



DR. ABEL DÍAZ COVARRUBIAS (1923), *Algunos aspectos de la puericultura*, tesis para examen general de medicina, México, Imprenta Franco-Mexicana, p.46

“Desde finales del siglo XIX la puericultura ya se había constituido como un conjunto de saberes y prácticas autónomas”

¹⁴¹ Díaz Covarrubias, Abel (1923), *Algunos aspectos de la puericultura*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Franco-Mexicana, p.48.

Por su parte, en este inquietante panorama el médico tesista José Castillo Vivas (1920) estaba convencido de que los profesionales de la medicina por lo menos podrían paliar esta caótica situación ejerciendo una influencia benéfica sobre las madres de familia instruyéndolas con la finalidad de limitar o evitar errores en las prácticas nutricionales, contribuyendo a disminuir el número de tantas muertes infantiles, potencialmente evitables, a consecuencia de estas graves enfermedades. No solo eso: la acción del médico en la esfera de la crianza de los niños representaba un asunto trascendental –sobre todo en los entornos de crisis sociales– una “verdadera labor patriótica por el mejoramiento nacional.” En los momentos más aciagos e inciertos en la vida de una nación nuestro tesista nos descubre como la crianza infantil se convertía en el seguro de vida de la colectividad.¹⁴²

A través de la tesis de José Castillo Vivas (1920) podemos confirmar que la influencia de Pinard se sentía fuertemente en el ambiente médico mexicano. De acuerdo con el tesista la definición y concepción de puericultura de este autor francés iba mucho más allá de ser “la ciencia que se ocupa de la crianza de los niños” (tal como la enunciaba inicialmente Deleard) ya que además se agregaba: “el estudio de las causas relativas a la conservación y la mejoría de la especie humana.”¹⁴³ De acuerdo con este tipo de visión el momento en que se llevaba a cabo la fecundación adquiriría una gran relevancia. Debería llevarse a cabo en épocas sanas de la vida de los individuos procreadores, lejos de “periodos decadentes física y moralmente”.¹⁴⁴

En los Centros de Higiene Infantil, dentro del programa de control prenatal se buscaba prevenir no solamente las enfermedades contagiosas, sino “los accidentes eclámpticos” es decir la “toxemia gravídica del embarazo”, otro gran tema que apareció dentro de las prioridades institucionales a partir de 1920. Las pacientes empezaron a ser sometidas al monitoreo de

¹⁴² El ideario médico de esa época pugnaba por una política natalista en su lucha contra la mortalidad infantil: “La muerte de los pueblos se prepara en la cuna de los niños”. Castillo Vivas, José F.,(1920) *Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipográfica Compañía Editora “Actualidades” S.A, p.9

¹⁴³Deleard, D., *Guide Pratique de Puériculture a l'usage des Docteurs en Médecine et des Sages Femmes*, París, Felix Alcan, Éditeur, 1910; estas ideas son analizadas y comentadas por el profesor Federico Gómez en su texto *La Salud y la Familia: puericultura práctica*, Méndez Oteo, 1974, 193p. y también por los siguientes autores: Saavedra, Alfredo, “La puericultura en México”, *Revista Medicina Mexicana*, 1968, 15p. ; Demelin, L.A., *Manuel du puéricultur*, 1921, 384p. ; Vidal solares, F., *Puericultura e higiene de la primera infancia*, 1915, 200p.; Castillo Vivas, José (1920), *Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida*, Prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipografía Compañía Editora “Actualidades” S.A.,p.13.

¹⁴⁴ Castillo Vivas, J., (1920) *op.cit.*, p. 13.

laboratorio a partir de su séptimo mes de gestación, con determinaciones de albumina urinaria y a la toma seriada de la tensión arterial en los Centros institucionales.

2.2.9 El inicio de una nueva era en la atención médica dirigida a la infancia

El “sueño dorado” de los médicos decimonónicos mexicanos relacionado con la resolución de los grandes problemas de salud de la niñez se empezó a materializar con acciones concretas a partir de la década de 1920: abatir la alta mortalidad infantil imperante hasta entonces y comenzar a construir una niñez más sana y con un futuro más prometedor. Como se señala en otra sección de este trabajo, a partir de 1921 se inició un descenso progresivo, por primera vez en la historia de nuestro país, con diferentes ritmos de descenso en la curva de mortalidad infantil hasta llegar a las cifras contemporáneas de aproximadamente 13 fallecimientos por cada 1000 nacimientos vivos.

El nuevo gobierno carrancista, triunfador del movimiento revolucionario en su fase armada se encontró con un panorama devastador en la situación de la salud pública del país. La mortalidad infantil, el abandono y la orfandad en los niños se habían incrementado muy sensiblemente. El hambre, la enorme carestía, las epidemias y la ausencia de servicios de atención médica abonaban a la gran insalubridad imperante, tanto en la ciudad Capital como en el resto del país.¹⁴⁵

El diagnóstico de salud, los debates constitucionales y las acciones emprendidas por José María Rodríguez, primer titular carrancista del Departamento de Salud Pública en el país fueron secundadas en lo general por los sucesivos regímenes políticos posrevolucionarios poniendo énfasis en los siguientes puntos que fueron agregándose en los regímenes subsiguientes y que resultaron claves para el éxito en la resolución de la enorme mortalidad que caracterizaba al país.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Tanto los ideales imaginados como las acciones tomadas se pueden sintetizar con una sola frase: “lo que empezó como una cuestión de higiene posibilitó el surgimiento de la puericultura y la pediatría como ramos de la medicina dedicados a la infancia”, frase original y comentarios de Alanís, Mercedes, *op.cit.*, , 1916, p.42; Sosenski, Susana y Mariana Osorio Gumá, “Memorias de infancia: la Revolución Mexicana y los niños, a través de dos autobiografías” en Susana Sosenski y Elena Jackson Albarrán, *Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina. Entre prácticas y representaciones*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp.153-175.

¹⁴⁶ El gobierno carrancista creó siete Secretarías de Estado y cinco Departamentos Generales, entre los que se encontraba el Departamento de Salubridad Pública a cargo del médico militar y hombre de confianza del ejecutivo, el Dr. José María Rodríguez, quien como diputado constituyente y funcionario público cabildeó y llevó a cabo las primeras acciones en pro de la medicina materno-infantil en la nueva era posrevolucionaria. En este orden de ideas y acciones fue relevante un discurso pronunciado por Aquilino Villanueva titular de del Departamento de Salubridad

- a) Penetración nacional: una enorme cruzada o campaña que abarcara todos los rincones del país.
- b) Focalización en el binomio madre hijo.
- c) Proyecto de largo plazo y aliento, transgeneracional.
- d) Proyecto multi institucional e inter institucional.
- e) Proyecto prioritario: de su éxito dependería ni más ni menos que el futuro del país.
- f) Colaboración de la población: proyecto activo interactivo.

Por un lado, estaba el discurso y el proyecto emanados desde la óptica oficialista y gubernamental y por otro, ¿qué pensaban al respecto los médicos “de a pie” especialmente nuestros tesistas de la ENM? Este género de ideas, propuestas y acciones son comentadas en diferentes tonos en los textos de las tesis analizadas. Existen concordancias con el discurso oficial que parten de una misma formación profesional y gremial pero también hay algunas divergencias y particularidades de pensamiento que parten de diferentes experiencias de trabajo de los tesistas en escenarios de trabajo diversos, puntos de vista disimiles o complementarios y distintas experiencias de vida.¹⁴⁷

La respuesta institucional de los gobiernos posrevolucionarios a la grave problemática de la salud materno-infantil fue todo un proceso que se inició en 1920 con la creación de los Centros de Higiene Infantil (en adelante CHI), continuó con la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y su Hospital de Maternidad en 1929 y se consolidó en 1943 con la puesta en marcha del Hospital Infantil de México.

La fundación de los CHI respondió a los diagnósticos y acciones mencionadas en líneas anteriores, pero también en forma relevante a las sugerencias e inquietudes expresadas en diferentes foros entre los que se destaca en esta investigación al Primer Congreso Mexicano del Niño llevado a cabo a finales de 1920 y principios de 1921. Especialmente la ponencia

Pública en 1929 en el que pone el acento en las características que debería tener la campaña en favor de la infancia, para ser exitosa. Citado y comentado por Mercedes Alanís, *op.cit* p.78-79. Las instituciones que actuaron en favor de la infancia serían además del Departamento de Salubridad, el de Beneficencia pública y la Secretaría de Educación Pública.

¹⁴⁷ Se destacaría aquí el caso del médico Aquilino Villanueva titular de Salubridad, especialista y profesor de Urología en el Hospital General y el del Dr. Ignacio Chávez, quien fue director de la ENM y llevó a cabo los estudios preparatorios a la campaña de protección a la infancia encomendados por Villanueva. Ambos eran catedráticos y bien conocidos por la población estudiantil de la ENM quien recibió de ellos una parte importante de su formación profesional. Chávez era amigo y colega de Villanueva, y de su encomienda se materializó la creación del Servicio de Higiene Infantil a cargo de Isidro Espinosa de Los Reyes, Manuel Cárdenas de la Vega y Mario Toroella, así como la propuesta de incorporación al plan de estudios en la ENM de la puericultura natal. Véase a Viesca Treviño, Carlos, “La Gota de Leche: de la mirada médica a la atención materno-social en el México Postrevolucionario” en *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, Claudia Agostoni, coordinadora, Universidad Nacional Autónoma de México-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp.195-217.

presentada por el profesor Isidro Espinosa de Los Reyes, “Apuntes sobre puericultura intrauterina” en la que propone la creación de clínicas de pre y post natalidad con el propósito de proteger tanto al niño como a la futura madre en su estado gestante y mejorar los escenarios médicos en el nacimiento de los niños: que el binomio madre hijo llegara al periodo expulsivo del parto en las mejores condiciones de salud posibles y de esta manera mejorar sustancialmente el pronóstico tanto de los niños como de sus madres y colocar al binomio en un escenario ideal para una duradera y saludable lactancia.

Espinosa de los Reyes fue encomendado a dirigir la primera clínica en 1922, el Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” en pleno centro de la Ciudad de México. Para finales de la década ya funcionaban 10 centros de atención en diferentes zonas de la urbe, básicamente en áreas poblacionales de alta densidad demográfica, proletarias y de escasos recursos donde vivían madres obreras y trabajadoras pertenecientes a las familias más pobres.¹⁴⁸

En 1929 con un sistema de salud materno infantil en expansión, fue creada la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y con ella se añadió al sistema un Hospital Materno Infantil para la atención de las embarazadas atendidas en el mismo. Todos estos desarrollos y escenarios son comentados en diversos grados y con diferentes ángulos por los médicos tesistas, quienes añaden numerosas, novedosas u originales descripciones y comentarios que enriquecen el conocimiento sobre el tema.

2.2.10 La puericultura prenatal y la protección social a la madre

En la conclusión del movimiento de lucha revolucionaria las condiciones sanitarias y sociales que se vivían en la Ciudad de México eran muy graves, especialmente en los barrios populares y proletarios. La mortalidad infantil presumiblemente se había recrudecido, dejaron de funcionar los servicios de salud, escaseaban los alimentos, suspensión del aprovisionamiento de agua de consumo en la urbe dada la actividad bélica, el choque entre facciones y la presencia de importantes epidemias como el tifo de 1915, la influenza “española” de 1918, y las epidemias

¹⁴⁸ El radio de acción de las clínicas materno-infantiles eran colonias de alta densidad poblacional con predominio de madres trabajadoras como Peralvillo, Penitenciaría, Guerrero, Vallejo y la Doctores. Recibieron los nombres de médicos que se consideró fueron significativos o simbólicos para la medicina materno-infantil, como “Eduardo Liceaga”, “Manuel Domínguez”, “Juan Duque Estrada”, “Juan María Rodríguez” y “Manuel Gutiérrez” entre otros.

estacionales de diarrea infantil mataban cada verano entre 3000 y 3500 lactantes menores de un año.¹⁴⁹

A falta de estadísticas confiables, los testimonios de médicos que trabajaron directamente en las comisarías de policía, el año de 1919 adquirieron un valor especial. El joven médico graduado de la ENM, José Castillo Vivas (1920) tuvo la oportunidad de interactuar con población civil enferma entre las que se encontraban muchos niños y madres de familia. Pudo conocer de primera mano inquietudes y necesidades que le fueron formuladas y le permitieron tener una conciencia más objetiva de la dimensión que tenía la crianza de los niños en la vida cotidiana y en la salud de las familias y ciudadanos. Especialmente en momentos de una gran crisis social, como la que se vivía en el México de esa época surgía en el gremio médico la necesidad de plantear problemas y generar propuestas a la sociedad para resolver la grave situación sanitaria que afectaba a la infancia capitalina.

La sífilis infantil o heredo-lúes como también se le conocía, constituyó un tema prioritario en las campañas y acciones dirigidas a la población materno-infantil ya que se le asignaba una gran importancia como grave problema de salud en nuestro país y una connotación ideológica muy particular para los médicos de esa época. Como se señaló anteriormente, de acuerdo con diversos datos manejados por los facultativos, contribuía a un alto porcentaje de nacimientos prematuros, a un enorme número de abortos y participaba con “un gran contingente a la mortalidad infantil, niños débiles y faltos de desarrollo”.¹⁵⁰

En la sección correspondiente al análisis de las enfermedades, en el cuarto capítulo de esta investigación se comenta la información sobre este padecimiento aportada en varias tesis escritas sobre el tema que nos brindan un panorama detallado sobre el estado del arte en relación al conocimiento médico de esta enfermedad, las características de su control institucional durante las primeras décadas del siglo XX, el grado de avance en la fisiopatología así como información detallada sobre la terapéutica empleada tanto en las embarazadas enfermas como en los niños.¹⁵¹

¹⁴⁹ Viesca Treviño, Carlos, “Las Enfermedades del hambre, México 1915, Simposio México en 1915. Epidemias, hambre y asistencia médica”, *Gaceta Médica de México*, 2016; págs. 259-263; 152-252.

¹⁵⁰ La sífilis representaba para el médico un grave problema social generado sobre todo por el gran movimiento de tropas en la ciudad, entre 1913 con la “Decena Trágica”, el asesinato de Madero y la lucha de facciones revolucionarias en 1915. Entre las principales víctimas de la “prostitución” generada estaban muchas niñas y adolescentes de acuerdo con los médicos autores de tesis.

¹⁵¹ Una razón del gran simbolismo que representó la sífilis para el gremio médico radicaba en los desarrollos farmacológicos para su curación, sobre todo la introducción novedosa de la arsfenamina y los arsenobenzoles, “la bala mágica” en la terapéutica en los primeros decenios del siglo XX. El medicamento fue utilizado a nivel

Para el médico puericultor, el embarazo –el macro y microambiente en los que se gestaban los niños– adquirió a partir de la década de 1920 un significado fundamental en la medicina de nuestro país. A partir de entonces se gestó el marco institucional que le dio sustento y protección sistemática. Se buscaba ante todo que el proceso de la gestación se llevara a cabo sin mayores dificultades, dentro de los parámetros más saludables y ventajosos posibles y llegara a su término en el mejor escenario posible. Se pugnó porque toda embarazada tuviera control médico sistemático y periódico con la idea de que llegara al parto con las más bajas probabilidades de presentar complicaciones. Que su parto fuera atendido en un hospital o al menos que recibiera el auxilio de una partera bien entrenada en el ambiente hogareño.¹⁵²

En los Centros de Higiene Infantil (CHI), dentro del programa de control prenatal se buscaba prevenir no solamente las enfermedades contagiosas, sino “los accidentes eclámpticos”. La llamada “toxemia gravídica del embarazo”, fue un tema que apareció dentro de las prioridades institucionales ya a partir de la década de 1920. Las pacientes empezaron a ser sometidas al monitoreo de laboratorio a partir de su séptimo mes de gestación, con determinaciones de albumina urinaria y a la toma seriada de la tensión arterial en los Centros institucionales. Por estas razones los Centros de atención materno infantil estaban provistos de laboratorios con personal entrenado para efectuar los exámenes y con equipo clínico para la detección sistemática de la hipertensión arterial y albuminuria.¹⁵³

En los CHI fueron puestos en práctica los principios eugenésicos enfatizando la salud prenatal, entrenamiento de madres en los cuidados infantiles y monitorizando a la población

institucional en México en madres y niños enfermos, y Paul Ehrlich su descubridor fue galardonado con el Premio Nobel (1906).

¹⁵² Castillo Vivas, José (1920), *Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida*, Prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipografía Compañía Editora “Actualidades” S.A., “Eugenesia, embarazo, sífilis congénita”, pp.14-19 “crianza y lactancia materna”, pp. 28-39, “alimentación infantil” pp.39-52.

¹⁵³ Los cuidados de las pacientes se caracterizaban por ser muy rigurosos. Dentro de los problemas de salud atendidos y que podía convertirse en una complicación destacaba ya para esa época la llamada “auto-intoxicación gravídica” del embarazo, caracterizada por un incremento de la tensión arterial apareciendo edemas de diversos grados en las extremidades y un exceso de albumina en la orina. En los casos más severos las pacientes convulsionaban y morían muchos niños. Las “toxinas” producidas durante el embarazo solían prevenirse en los Centros de atención verificando sistemáticamente la presión arterial en las pacientes. La fuente de las toxinas, -se pensaba- procedían del trabajo muscular y de su absorción intestinal, procedentes de determinados alimentos (muy condimentados) y asociados a trastornos digestivos sobre todo con la sobreproducción de sustancias proteicas. Se recomendaba a las futuras madres el reposo relativo, ejercicio al aire libre, evitar la constipación intestinal, a base de un régimen vegetariano, fruta y alimentos con residuo, laxantes ligeros a base de aceite de oliva, tintura de “cascara sagrada”, reducción de sustancias proteicas y evitar condimentos. Véase a Plaza Arana, Ana María, (1934) *Consideraciones sobre puericultura pre y post natal*, México, tesis inaugural, Sin indicación de imprenta.p.17.

infantil capitalina. Monitorizar, seguimiento de la salud infantil en los niños atendidos: esta práctica pone en relevancia el dinamismo temporal y espacial del cuerpo infantil, la detección de enfermedades y noxas, factores nocivos, obstáculos de la salud y el adecuado desarrollo psicomotriz infantil del conjunto de niños atendidos.

El tema de la vulnerabilidad también pasó a formar parte de las prioridades del médico. Identificar y detectar a la población más frágil y expuesta a complicaciones, embarazos problemáticos, productos pequeños o de bajo peso. Se ponía el énfasis en las madres proletarias, trabajadoras, obreras, costureras o domésticas. Ya no se trataba únicamente de que los niños no murieran durante el embarazo, sino que aun los más pequeños y débiles sobrevivieran en las mejores condiciones posibles y aspiraran a tener un desarrollo normal.

El tema de la vulnerabilidad, así como la detección y atención de los grupos sociales más vulnerables a las enfermedades –especialmente en el área de transmisión por vía sexual– fue adquiriendo una creciente prioridad en los estudios en salud pública especialmente a partir de las últimas décadas del siglo XX con la aparición de nuevos y gigantescos retos como la emergente infección por VIH así como la creciente violencia generada hacia la mujer y a los grupos humanos migrantes a través del mundo.¹⁵⁴

El antiguo tema del carácter y el temperamento de la mujer durante el embarazo y sus consecuencias sobre el producto de la concepción pasaban por un tamiz diferente a partir de la década de 1920. Las preocupaciones del médico estaban ya no tanto en la “excitabilidad y la influencia negativa de las impresiones” de la vida cotidiana sino en modificar las “influencias físicas y morales desfavorables” promoviendo en sus pacientes el desarrollo de un carácter firme y “deseable” socialmente. Tenían que ver con la inserción exitosa de la mujer, y finalmente también de sus hijos, como agentes y protagonistas sociales.

Estaba también sobre la mesa de discusión el tema primordial de la protección a la madre trabajadora. En Francia se expide la Ley de Strauss (17 de junio de 1919) sobre el descanso obligatorio para la mujer obrera embarazada al final de la preñez y en las semanas posteriores al parto, disfrutando de su salario íntegro. En México surge el tema aun antes que en Francia en el

¹⁵⁴ Véase a : Delor, François, Michel Hubert, “Revisiting the concept of vulnerability”, en *Social Science & Medicine (Soc Sci Med)*: 50 (2000), pp. 1557-1570; Agost Felip, M.R., “Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud” en *Revista Cubana de Salud Pública*, (2012) 38(1) pp.126-140.

texto original de la Constitución Política de 1917. El Artículo 123, Título VI “Del Trabajo y Previsión Social.”

Las mujeres durante los tres meses anteriores al parto no desempeñaran trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable. En el mes siguiente al parto disfrutarán forzosamente de descanso debiendo percibir su salario íntegro [...] en el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para amamantar a sus hijos.¹⁵⁵

Desde la perspectiva del tiempo presente podría parecernos insuficiente y tibio lo que se declara en este enunciado, pero para su tiempo se trató de un logro significativo. La ley orgánica que reglamentaba este artículo no había sido aún expedida al momento de la escritura de esta tesis aludida. Se vivían en el país momentos coyunturales y significativos en el que la participación y la presión ejercida por el gremio médico era indispensable para lograr materializar y aterrizar en la realidad las propuestas y las acciones promovidas para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población especialmente sus madres y niños. No bastaba con la expedición de artículos y leyes, sino que había que luchar para que se concretaran y se hicieran realidad en los hogares de los mexicanos.

En los textos de los graduados de la Escuela de Medicina encontramos múltiples elementos de apoyo sobre la importancia del embarazo como una etapa crítica del ciclo de la vida humana. Se reflexiona sobre la importancia de los cuidados de la gestación sobre todo en la generación de niños sanos, “perfectamente dotados” con los principios necesarios no solo para sobrevivir sino también para aspirar a un futuro promisorio y duradero: llegar a etapas reproductivas y productivas de la vida. En este sentido se ponía énfasis en la formación del médico para conocer y reconocer perfectamente las “noxas” o factores nocivos que se oponían a un buen desarrollo y a la salud de la futura madre.¹⁵⁶

Se consideraba que las condiciones somáticas y psíquicas de las madres durante la gestación tenían una gran influencia sobre su futuro hijo. Esta aseveración en México era

¹⁵⁵ Castillo Vivas, José F., (1920) *Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipográfica Compañía Editora “Actualidades” S.A, 2ª de López 26, 1920, p.18.

¹⁵⁶ Los factores nocivos en los que estaba puesta toda la atención del médico podían ser biológicos como el caso de la sífilis durante la gestación y la blenorragia, con la consecutiva oftalmia purulenta de los recién nacidos, en el periodo expulsivo; otras enfermedades consideradas “feticidas” en esa época como el paludismo, tifoidea, viruela y la gripa; factores químicos: drogas heroicas como la heroína, morfina y otros opiáceos; éter, marihuana, alcohol y tabaco y los factores emocionales y el estado de ánimo se consideraban importantes en la gestación de niños más vigorosos.

significativa, “por el gran número de degenerados, especialmente mentales, que resultaban engendrados durante las calamidades públicas” En referencia específica a los acontecimientos sociales y movimientos de masas acaecidos en el país en los últimos años. Dentro de esta “legión de degenerados” estarían los criminales, pequeños delincuentes y trabajadoras sexuales, muchas de ellas niñas de 12, 10 y aún de menores edades. Esto “podía comprobarse en los establecimientos correccionales” especialmente en el contexto urbano de la ciudad de México.

157

El objetivo fundamental de la vocación pedagógica de la puericultura eran las madres: “su preparación teórica y práctica para ejercer la profilaxis en la patología infantil”. La preparación de las futuras madres comenzaba desde la escuela para niñas en la que deberían contemplarse cursos teóricos y prácticos dirigidos a la preparación para una puericultura elemental.¹⁵⁸ La ausencia de normatividad específica y de mecanismos de protección social a la mujer embarazada, así como las condiciones de vida en las que desempeñaban muchas mujeres, eran situaciones que favorecían que el aborto y el parto prematuro fueran eventos extraordinariamente frecuentes. Dentro de las enfermedades abortivas, la sífilis tenía un papel destacadísimo, ya que se le asignaba como causa de abortos hasta en el 86% de los casos de acuerdo con cifras del Registro Civil de 1916-1922. La violencia en los hogares, los accidentes y excesos de trabajo en la mujer eran eventos cotidianos.

Era una época en la que todavía no existía una cultura de atención a la salud como la conocemos actualmente, un gran sector de la población se guiaba por costumbres familiares y tradiciones añejas enfrentando sus problemas de salud auxiliados por personal de su confianza frecuentemente alejado de la academia y de la medicina oficial. Atenderse el parto en un hospital estaba lejos de las prioridades y posibilidades de muchas madres. Los profesionales de la

¹⁵⁷ Díaz Covarrubias, Abel (1923), pp.13-16.

¹⁵⁸ Un caso interesante que ejemplifica este asunto es el del médico Antonio Velasco, autor de la obra *Medicina doméstica o tratado elemental y práctico de curar*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1886, perteneciente a una familia de médicos y naturalistas (Ildefonso y José María Velasco eran sus hermanos). Se desempeñó como profesor de economía doméstica en la Escuela Nacional Secundaria para Niñas donde preparaba a las chicas adolescentes en relación con las artes que debían dominar en sus “futuras responsabilidades como madres o amas de casa, funciones que de ellas serían esperadas”. También en su libro Velasco enfatiza que los médicos de nuestro país eran “inspirados por nuestras sin iguales mujeres mexicanas, excelentes observadoras y tiernísimas madres de familia”. [Catalogo R616.024, VEL.m., Biblioteca Nacional de México]; Véase Hersch Martínez, Paul, “Tres textos de medicina doméstica en México” en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2004, pp.11-18, p.15.

medicina consideraban el parto como un verdadero trance que requería la presencia del experto en muchos casos, sobre todo en los complicados. Sin embargo, aun con la presencia de un profesional en los escenarios institucionales el número de las muertes de los niños eran elevadas. Díaz Covarrubias nos informa que la mitad de ellos morían asfixiados al nacer por diversas causas. Los partos laboriosos eran debidos a “presentaciones anómalas” como los “partos agripinos” o pélvicos en los que fallecían cerca del 30% de los niños.¹⁵⁹

Se estimaba que cerca del 45% de las muertes infantiles perinatales eran debidas a sífilis y otro 14% fallecía por prematuridad. Sin embargo, solamente un 5% de partos atendidos en instancias oficiales eran laboriosos y se reflejaban solamente en el 1.4% de las muertes perinatales, por lo que se puede inferir que éstos eran atendidos con una buena dosis de habilidad y pericia por parte de los recursos humanos, parteras, médicos y enfermeras.

El médico graduado en la ENM, Abel Díaz Covarrubias (1923) laboró cotidianamente en el primer Centro de Higiene Infantil, “Eduardo Liceaga” y nos describe algunas facetas de su experiencia que nos pone en contacto con los principales problemas de salud, como eran éstos apreciados y enfrentados por los profesionales y los resultados obtenidos. El primer plano, como ya se mencionó era ocupado por la sífilis, la llamada “heredosífilis” con gran presencia en el Centro de atención materno infantil. Refiere el autor que “si se eliminara este 45% de muertos por sífilis, la Ciudad de México ganaría 1000 niños por año” Los esfuerzos iban encaminados a tratar la enfermedad en la madre, durante el embarazo, con la finalidad de que su hijo naciera sin estigmas de sífilis o limitar éstos lo más posible. El diagnóstico de esta enfermedad en un recién nacido en muchas ocasiones no era tan fácil de llevar a cabo para muchos médicos, dado el “polimorfismo” de la enfermedad, la vaguedad de varios síntomas, la confusión en algunos cuadros; los “chancros” como se conocía a las lesiones iniciales en los órganos genitales no eran fáciles de descubrir, debido al carácter genital y oculto del padecimiento y a su naturaleza cultural, el clínico debía “desplegar gran sagacidad en su identificación” ser prudente, juicioso y cauteloso en las preguntas. Actuar con ética.¹⁶⁰

¹⁵⁹ “Parto agripino” era un término utilizado sobretodo en el siglo XIX para referirse a los partos pélvicos o “de pies” y constituye una referencia anecdótica con relación a Agripina la madre de Nerón quien supuestamente nació en un parto pélvico, Del Castillo, C.R., *op.cit*, 2013, p.77.

¹⁶⁰ Esta temática se analiza a mayor detalle, y se abunda más en una sección del capítulo 4 de esta investigación, Díaz Covarrubias, Abel (1923), p.41.

Para entonces ya se realizaban pruebas de laboratorio como la llamada “reacción de Wassermann”. Los resultados negativos en mujeres manifiestamente enfermas eran hasta de 50% y los resultados positivos en mujeres sanas llegaban a ser del 80%. Por esa razón los médicos confiaban más en sus capacidades clínicas y observacionales, y las decisiones terapéuticas requerían de mucho criterio y prudencia, ya que el tratamiento en boga en esos momentos eran los derivados arsenicales, que, aunque se consideraban eficaces el médico estaba consciente de la agresividad de sus efectos secundarios.¹⁶¹

El médico sabía que si su paciente adquiría sífilis en fechas cercanas al momento en que se llevaba a cabo la fecundación, las posibilidades de un aborto o un parto prematuro eran mucho más altas. En cambio, si el padecimiento era adquirido antes de embarazarse solía ser más estable y con mayores probabilidades de que el niño naciera sin estigmas. Díaz Covarrubias nos describe hasta 100 estigmas descubiertos en los niños atendidos lo cual representa una amplia gama de hallazgos clínicos polimorfos. Se trata de diversas lesiones: dérmicas, óseas, craneales, hemáticas y hematológicas, nutricionales, respiratorias, nasales, oculares, dentarias, auditivas, faciales, neurológicas, ganglionares, venosas, gastrointestinales. Díaz describe la inspección general del niño con sífilis, que podía dar una importante información al médico observador y experimentado, como era el caso del “grito” característico que emitían muchos niños recién nacidos con la enfermedad, considerado valioso como dato diagnóstico por algunos clínicos como era el caso del profesor Santiago Ramírez.¹⁶²

Un aspecto interesante descrito por este autor se refiere a las campañas llevadas a cabo contra la enfermedad en esa época. Especialmente la dirigida a los adolescentes. La información sobre la enfermedad y sus riesgos a juicio del médico debería llegar a todo niño que llegaba a la edad de la irrupción de “los nuevos deseos que se manifiestan en esa época de la vida”. Las estrategias iban desde “la castidad que debe inculcarse a todos los niños” hasta los preservativos en uso en esa época: “la unción en el pene antes del coito con glicerolado de almidón” con efecto protector sobre las escoriaciones y “opuesto a los productos infectantes” o bien la popular “pomada de Metchnikoff” con acciones similares. Un rubro casi obligado en este tipo de

¹⁶¹ Un documento interesante que nos ofrece un panorama de las complicaciones observadas durante la aplicación de “la bala mágica” (sulfarsenol o Salvarsan) es la tesis de José Rodolfo Yañez (1934) “El hiposulfito de magnesio en la prevención y el tratamiento de algunos accidentes del neo-salvarsan”.

¹⁶² En la sección correspondiente a la Sífilis en el capítulo 4 se complementa ampliamente el tema. Díaz Covarrubias, A., (1923), p.47.

temáticas lo constituía para el médico, la prostitución y todo su cortejo de prejuicios, razonamientos moralistas y la tonalidad misógina con la que es frecuentemente tratado el tema. Díaz Covarrubias (1923) sin embargo ponía el dedo en la llaga: los únicos medios realmente efectivos para controlar el problema sanitario que significaba la sífilis eran la educación, higiene sexual y la protección a la mujer desamparada.¹⁶³

Otro de los grandes temas de la época lo constituye el consumo de bebidas alcohólicas, que visto a través del tamiz del pensamiento puericultor destacaba por su “nefasto efecto sobre la descendencia humana” y por estar asociado a otras toxicomanías que ya empezaban a ser también relevantes en la época como la adicción a la marihuana, opio, y otras drogas “heroicas”. Ricardo Pérez Montfort nos informa en una de sus investigaciones que en el siglo XIX para la mayor parte de la población de nuestro país la palabra “droga” no tenía connotaciones tan negativas como en la actualidad y casi era de uso equivalente a los términos “medicamento” o “remedio”, pero con el tiempo fue transformándose hacia el “lado oscuro” de las representaciones sociales.

Los derivados del opio, “adormidera”, beleño, belladona, cocaína, láudano, morfina y marihuana circulaban casi sin restricciones en las boticas y farmacias de la Ciudad de México y algunas sustancias alcaloides procedentes de las drogas mexicanas indígenas, como la “boconina”, -la llamada “morfina mexicana” por Fernando Altamirano- fueron estudiados dentro de un marco institucional y legal por los investigadores del Instituto Médico Nacional a finales del siglo XIX por sus potenciales usos en la terapéutica de nuestro país. Sin embargo, fue a partir de los años 1920-1923 cuando se iniciaron medidas de control social más sistemáticas por parte del gobierno, aunadas a toda esta cruzada puericultora.¹⁶⁴

La profilaxis del alcoholismo era igualmente un tema que empezaba desde la infancia por tratarse de “una época excelente para crear conciencia” mostrando los “efectos desastrosos” de esta toxicomanía por medio de pláticas, proyecciones de películas, folletos, aprovechando las escuelas especialmente en las festividades, con la presencia de padres, maestros y niños. Un remedio importante para solucionar el problema del etilismo era pugnar porque “la clase

¹⁶³ Díaz Covarrubias, A., (1923) p.69

¹⁶⁴ Pérez Monfort, Ricardo, “Fragmentos de historia de las drogas en México, 1870-1920” en *Hábitos, normas y escándalo; prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío*, Ricardo Pérez Monfort, Alberto del Castillo, Pablo Picato, 1997, p.150; *Datos para la Materia Medica Mexicana*. Instituto Médico Nacional. Primera parte, 1894, volumen 1. Catalogo G 615.32 INS.d. (Biblioteca Nacional de México). Relación de los medicamentos estudiados por los investigadores mexicanos en el Instituto e incluidos en el primer volumen de los *Datos*.

trabajadora tuviera acceso a mejores viviendas, más amplias, luminosas y construidas con habitaciones higiénicas a precios razonables”¹⁶⁵

Con relación a las diferentes etapas evolutivas del crecimiento y desarrollo infantil, Díaz Covarrubias (1923) consideraba a los dos primeros años de la vida como los más vulnerables de la existencia, cuando el médico puericultor debería estar más atento e intervenir ya que

Sin su ayuda inteligente [el niño] sucumbiría a las múltiples causas destructoras que lo rodean”. De esta manera el autor justificaba la existencia de una especialidad en el campo de la medicina que se encargara exclusivamente de los niños. Un profesional que conociera y reconociera a profundidad y en cada una de las etapas evolutivas de los infantes los factores nocivos que interactuaban con el organismo infantil, así como sus alcances, su grado, sus remedios y profilaxis.¹⁶⁶

2.2.11 Los foros nacionales e internacionales y su impacto

Una temática muy relevante es la de los Congresos celebrados en la década de 1920 y el impacto que tuvieron en las políticas y desarrollos institucionales en nuestro país y en otros escenarios internacionales con relación a la medicina materno-infantil. La preocupación internacional por la “degeneración de la raza” en el mundo, motivó a la realización de reuniones internacionales de personalidades y especialistas en estos temas relacionados con la eugenesia. Estos Congresos de protección de madres y niños, se reunieron en Amberes y Lieja y de ellos se derivaron algunas iniciativas. Entre las temáticas más importantes estaban la higiene de la infancia y la puericultura, así como la “regeneración de la raza”. Las acciones concretas y las propuestas que derivaron de este tipo de reuniones fueron aplicadas en varios países y se resumen en los siguientes puntos.

- a) Formación proactiva de las futuras madres.
- b) Fomento y protección de la lactancia materna.
- c) Multiplicación de consultorios para niños de pecho.
- d) Alimentación artificial solo en casos específicos.

Estos principios se derivaron en la creación de Centros de puericultura en todas las regiones posibles del mundo cuyos objetivos concretos se sintetizaron en los siguientes cuatro puntos.

- 1.- Favorecer el proceso normal del embarazo.
- 2.- Atención a niños de la primera edad.

¹⁶⁵ Díaz Covarrubias, A., (1923), vivienda digna para la clase trabajadora: pp.69-70

¹⁶⁶ *Ibidem*, pp.24-25.

- 3.- Acción social para remediar la pobreza social y económica de las familias proletarias.
- 4.- Protección a la mujer y al niño ante la ley.

El Primer Congreso Mexicano del Niño celebrado en 1921, como ya se comentó, fue un evento muy trascendente que sintetizó y condensó las experiencias porfirianas con las nuevas ideas revolucionarias con relación al universo conceptual de la infancia, y enfiló a la niñez del país hacia una nueva era. Se atendieron diversos problemas de la niñez mexicana desde el punto de vista eugénico, higiénico, legislativo y pedagógico. La concurrencia plural de este foro: periodistas, ingenieros, educadores, trabajadores de la salud, así como diversas personalidades y profesionales de diferentes ramas, interesados en la protección y la mejoría de la vida de los niños, aportó nuevas vetas y enriqueció con otras miradas el universo conceptual de la infancia mexicana.

El mensaje iba dirigido ya no a públicos selectos sino a una sociedad abierta. Se reforzó la idea de que la educación del niño no era un tema independiente de la salud. Sus resoluciones crearon esquemas y proyectos de trabajo concretos de acción –especialmente en las áreas educativas y sanitarias– a los que se les dio seguimiento, así como a nuevas plataformas legislativas y normativas. Se representó a la niñez como “espejo de la nación” y ejemplo a seguir.¹⁶⁷

Se pugnó por la puericultura prenatal y la institucionalización de la atención materno infantil en nuestro país. La presentación del profesor Isidro Espinosa de los Reyes fue memorable en más de un sentido, sobre todo en nuestro caso para algunos tesisistas que trataron el tema. En su ponencia “Apuntes sobre puericultura intrauterina” Espinosa de los Reyes definió a la puericultura secundando los conceptos de Pinard: “la ciencia que tiene por fin la investigación y el estudio de las causas relativas a la conservación y el mejoramiento de la especie humana.” Habla de la “aterradora cifra que diezma la población infantil” siendo la mayoría de sus causas potencialmente curables “o cuando menos atenuantes.”

¹⁶⁷ Schell, Patience, A., “Nationalizing Children Through Schools And Hygiene : Porfirian and Revolutionary México City”, en *The Americas, A quarterly review of inter-american cultural history*; vol.60, abril 2004, num.4, pp. 559-587.[“Nacionalizando niños a través de las escuelas y la higiene: la Ciudad de México porfiriana y revolucionaria”];Del Castillo, A., *op.cit.*, “Antecedentes, La invención de un concepto moderno de infancia”, (pp.15-29), y “Los médicos”, 2006, (pp.59-104).] Sosenski, Susana, *Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934*, El Colegio de México, 2010; (tesis de doctorado en 2008). pp.1-5. Véase Sheinkman, Ludmila, “Comentario bibliográfico”, *Rey desnudo, Revista de libros*, año 2, núm.3, primavera, 2013, pp.65-72; Alanís, M., *op.cit.*, 2016, “Los foros mexicanos 1920-1923”, pp. 87-102.

Trata extensamente el tema del alcoholismo crónico y sus efectos sobre la descendencia, así como la “funesta influencia” del alcohol sobre la mujer embarazada o la adolescente púber y el efecto nocivo del tabaco en la mujer. Toca el tema de la protección de las madres trabajadoras en las fábricas sobre todo contra el plomo y el ácido carbónico. Habló también sobre el consumo y de lo que considera abuso de drogas para calmar el dolor: el caso de la morfina y sus derivados en esa época eran la “toconalgina, pantopón y el sedol”. Expone ante la concurrencia el problema de la “heredo-lúes” con sus 50% de abortos, 38 de muertes al nacer; comenta los medios y recursos disponibles tan reducidos en el México de esa época para resolver el problema. Un objetivo fundamental en los cuidados del embarazo, sobre todo en esa época era la preparación para la futura lactancia.

Termina proponiendo la fundación en la Ciudad de México de un sistema de salud dirigido a la atención de la mujer embarazada, sobre todo con déficit nutricional o con “temores de que su parto sea distócico”, así como a las madres y sus hijos lactantes; la creación de un centro nosocomial para efectuar operaciones obstétricas, así como de un sistema de red para consultas de control médico prenatal, distribuido geográficamente en áreas estratégicas de la zona urbana atendido por “personas idóneas”, lo cual se hará realidad un poco después con él mismo a la cabeza. También comenta la obligación patronal de cubrir el salario completo ante la necesidad de reposo durante el último mes de embarazo antes y después del parto.¹⁶⁸

Un segundo Congreso del Niño dos años después apuntaló aún más el creciente interés en la infancia y en la niñez con una caracterización de modernidad, como símbolo del futuro y una responsabilidad colectiva nacional. Estos dos congresos demostraron como un nuevo binomio científico social alcanzaba prevalencia en los foros de discusión acción mexicanos: la puericultura y eugenesia apuntaban a mejorar la población nacional a través de incrementar la salud de la infancia. “La eugenesia y su sub ciencia la puericultura” influenciaron fuertemente las políticas gubernamentales; profesionales involucrados con esta dupla fueron empleados y directivos en instituciones médicas.¹⁶⁹

Otro foro citado por Díaz Covarrubias y que vale la pena comentar es el Primer Congreso Feminista Panamericano celebrado en la Ciudad de México en 1923, con la participación de más

¹⁶⁸ Espinosa de los Reyes, I., “Apuntes sobre puericultura intra-uterina” *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*, enero de 1921, pp.29-33; editado y publicado por *El Universal*;

¹⁶⁹ “Nuestra alma, nuestra responsabilidad y nuestro yo”, la niñez como un espejo de nosotros mismos Schell, Patience, A., 2004, pp. 559-587.

de cien personalidades entre las que se encontraban las precursoras médicas mexicanas Matilde Montoya y Columba Rivera. De los debates y propuestas generadas en este foro sobresalieron

Considerando que la mortalidad infantil es sumamente crecida y la ocasiona la ignorancia [...] elevar la petición al Consejo Superior de Salubridad de establecer en toda la República clínicas de cuidados prenatales y postnatales donde médicos autorizados y conscientes en los conocimientos que de ellos sean requeridos En ellas se darían clases de puericultura, higiene y se haría comprender la responsabilidad social de la paternidad.¹⁷⁰

Otras peticiones importantes que surgieron en este foro, fueron la creación de Escuelas Industriales de Artes y Oficios en toda la nación, que abriera suficientes plazas para mujeres trabajadoras así como Escuelas Hogares donde se enseñara higiene y puericultura; una reglamentación complementaria en el Artículo 123 para que la madre trabajadora ganara los mismos salarios que los obreros varones; protección a la mujer trabajadora en las fábricas, establecimiento de *kindergartens* populares para niños, incluso en pueblos pequeños y suburbios. Otras propuestas importantes estaban en relación con la creación de casas de cuna diurnas para niños de madres de escasos recursos, comedores para las trabajadoras, reglamentación específica (Art. 123) para el trabajo infantil.¹⁷¹

Para entonces eran los Estados Unidos de Norteamérica el país del mundo que contaba con los mayores recursos para invertirlos en centros de atención para madres y niños. En ese país se atendían mujeres embarazadas, niños recién nacidos y de mayor edad, había enfermeras visitadoras de domicilios “educadas para realizar obra social de mayor importancia”. Existían hasta 83 centros nada más en la región de Nueva York (Manhattan, Bronx, Queens, Richmond) Este lugar fue visitado y estudiado por el Dr. Isidro Espinosa de Los Reyes que y le sirvió de modelo para crear los mexicanos centros de puericultura auspiciados por Departamento de Salubridad Pública.

En las experiencias descritas en la tesis de Abel Díaz Covarrubias, el primer Centro de Higiene Infantil “Eduardo Liceaga” donde colaboró nuestro autor durante 8 meses de su carrera destacaba que muchas veces se les obsequiaba a las familias los medicamentos que no podían adquirir y a las madres más pobres se les proporcionaban los productos alimenticios también. Se

¹⁷⁰ Cano, Gabriela, (Selección e introducción), “Memoria. México 1923: Primer Congreso Feminista Panamericano” en *Debate Feminista*, vol.1, mayo, 1990, p. 316.

¹⁷¹ Las iniciativas que surgieron de este foro nos demuestran que las inquietudes y preocupaciones con relación a la salud materno infantil se originaban en sectores diversos de la sociedad. Véase, Cano, Gabriela (1990) *op.cit.*, 1990, pp. 309-323.

atendían en promedio 40 niños al día y la cantidad iba al alza. Durante estos 8 meses que transcurrieron del 10 de octubre de 1922 a junio de 1923, que constituye una pequeña muestra, pero muy reveladora, se atendieron 927 niños de ambos sexos de los cuales se detectaron diversas enfermedades en 811 de ellos. (87.4%).

La enfermedad que se atendía con mayor frecuencia era la diarrea (40.8%). En el 35.7% de niños que asistían a la consulta se detectó alguna enfermedad diarreica. Casi uno de cada 10 niños (12.4%) fueron considerados desnutridos por los médicos en la primera consulta realizada, y otro 3.6% entraba en la categoría de “hipotrepico”, utilizada en la época para calificar a los grados leves a moderados de desnutrición.¹⁷² Se hizo el diagnóstico de bronquitis en el 6.7%, y de anemia en el 2.5%. El tipo de población que acudía, aunque era predominantemente proletaria, estaba muy matizada con niños procedentes de otros estados de la República. La calidad de la atención proporcionada incrementó la demanda por los servicios y con toda probabilidad atrajo a familias de otras clases sociales más privilegiadas.

¿Qué logros a mediano y largo plazo se tuvo con los Centros de Higiene Infantil? ¿Cómo podemos evaluar esto? La doctora Ana María Plaza Arana (1934) en su tesis universitaria nos brinda un recuento de lo que sucedió con los casos atendidos en los Centros de Higiene Infantil en la primera década de su funcionamiento, y nos ofrece una mirada médica de gran interés. La autora consideraba al área infantil como la más útil y eficaz de la acción de la higiene; sin duda el momento más efectivo de “su benéfica acción” especialmente antes de verificarse el nacimiento del niño. Enfatizaba lo que consideraba lo más trascendente de la higiene y la puericultura, sus propiedades transformadoras: “emancipando al niño de la herencia morbosa se transformará con el tiempo a la sociedad”. Se trataba de un problema no solamente médico sino también social. Cambiar a la sociedad significaba el “mejoramiento de la raza, una labor patriótica”.

Como ya se ha señalado la promoción de la salud infantil y la higiene, así como el contacto primario de la atención médica brindada a los niños capitalinos en el sector público se consolidó a partir de 1920 en los Centros de Higiene Infantil. En ellos se atendía a los niños desde la etapa neonatal hasta los dos años y a las futuras madres, durante toda su etapa del

¹⁷² Fue hasta la década de 1940 cuando apareció ya una clasificación mexicana con amplia difusión y elaborada por el profesor Federico Gómez.

embarazo.¹⁷³ Una labor clave de este sistema de salud, era prevenir complicaciones en el embarazo para permitir un parto en las mejores condiciones posibles. En la última etapa del embarazo, la vigilancia médica se encaminaba a prevenir las “presentaciones viciosas” explorando detallada y sistemáticamente a las pacientes embarazadas practicando una “pelvimetría” y diagnosticando el estado de salud que guardaba el futuro recién nacido. Las embarazadas en su término eran canalizadas al Hospital de Maternidad de “Las Lomas” perteneciente al sistema de salud materno infantil implementado por la Asociación Nacional de Protección de la Infancia, (ANPI).¹⁷⁴

Nuestra autora se refería con entusiasmo a las enfermeras visitadoras cuya área de acción era tanto de índole médica como social. Se trataba de trabajadoras de la salud fuera de serie y sin parangón en el sistema sanitario. Sus objetivos eran “dirigir a las futuras madres y a sus hijos” una vez que habían nacido. Motivar a las madres, convencerlas para continuar su atención a nivel institucional; “inducirlas” para seguir llevando a sus hijos al Centro de Higiene Infantil. Sus consejos sobre el cuidado de los niños en los hogares eran muy diversos brindando apoyo y acompañamiento a las embarazadas en los últimos momentos cercanos al trance del parto. Si la paciente y su familia decidían no atenderse en el hospital procuraba que contaran con una partera experimentada.

Así mismo, daban seguimiento una vez que el niño había nacido. En muchas ocasiones “su interés se extendía a la situación moral y económica de la familia”; interactuaban en la dinámica familiar “aun en las situaciones más íntimas y personales en la medida en que se relacionaba con el bienestar de madres y niños”. Entraba también en su área de interés el hábitat donde se desarrollaban los niños, su ventilación, iluminación, drenaje, agua. Las relaciones de pareja, “afectos, desavenencias, trato, relaciones interfamiliares, cultura, analfabetismo” y otros muchos aspectos. Incluso llegaban a apoyar a las madres consiguiéndoles empleo a sus cónyuges. Eran el enlace entre la familia y el personal médico del Centro de Higiene Infantil.

Los Centros tenían labores tanto de tipo preventivo como curativo. Presentaban servicio de consulta médica a niños dentro de los primeros dos años de vida. Llevaban un registro antropométrico de cada uno de ellos, aplicación de vacunas, promoción de la lactancia materna

¹⁷³ Plaza Arana, A.M., (1934), p. 9, p.17.

¹⁷⁴ Posteriormente con la desaparición de la ANPI, el Hospital de Las Lomas pasó a formar parte del sistema hospitalario del sector público.

en las madres, y provisión de leche para los niños que eran destetados. El destete era un proceso considerado de suma importancia para los niños y para muchas familias representaba una etapa crítica en la vida de sus niños. Las decisiones relacionadas con el fenómeno y la práctica del destete eran tomadas por el médico tratante y la enfermera visitadora apoyando a las madres con las adecuaciones necesarias en las condiciones físicas, emocionales y económicas de la realidad cotidiana de los hogares en donde eran llevadas a cabo.

Por medio del trabajo desempeñado por las enfermeras visitadoras podemos constatar el “choque” manifestado entre la teoría médica y la realidad que se vivía en los hogares donde campeaba la miseria y las privaciones que obstaculizaban en gran parte la alimentación ideal decidida e indicada por el médico y que la enfermera visitadora debía confrontar y “aterrizar” en toda su realidad. Por esta razón el destete adquiriría una dimensión especialmente significativa en los niños atendidos en los Centros donde la mortalidad imperaba en esta importante etapa de la vida infantil. “A pesar de una alimentación bien dirigida y de la vigilancia en la preparación de los alimentos, al empezar el destete aparecían los padecimientos del aparato digestivo, la curva de peso bajaba y los niños se morían.” La causa: la extrema pobreza en la que vivían muchas familias de la capital mexicana. “el único modo de solucionar esa dificultad que ocasionaba tantas muertes en ese momento difícil de la vida del niño era obsequiar a las madres en suma pobreza el alimento necesario para sus hijos”¹⁷⁵

Se intentó paliar esa situación implantando el reparto de leche (a cargo de la ANPI) y algunos otros alimentos para los niños concurrentes a los Centros de Higiene Infantil. Las enfermeras visitadoras eran quienes determinaban quienes tenían “verdadera necesidad.” El reparto de alimentos indujo a un aumento de niños asistentes a la consulta post natal. La Asociación Nacional de Protección a la Infancia con el tiempo desapareció y con ella el reparto de alimentos y ayuda a las familias. La autora también trata con detalle el tema de la sífilis infantil, una enfermedad con la que el personal de los Centros de Higiene Infantil tenía una gran experiencia. Se describe con amplitud en el Capítulo 4 de esta investigación.¹⁷⁶

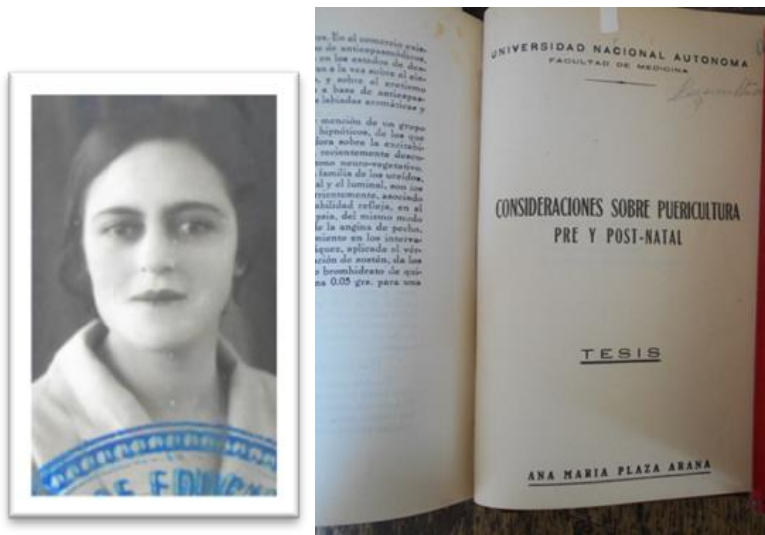
¹⁷⁵ Plaza Arana, A.M., (1934), *op.cit.*, p.21.

¹⁷⁶ Habitualmente se seguía el esquema terapéutico propuesto por el profesor Hermilo Castañeda. La dosis inicial era de 0.3 centigramos por kilogramo de peso; era dosis recomendada también por otros autores: Marfán, Blechmann y Radot. Los tratamientos eran en varias series de 10 semanas cada una en la que se aplicaban 10 inyecciones, una a la semana con 6 semanas de descanso después de cada una de ellas. El peso mínimo que debería tener un niño para recibir el tratamiento era de 3000 gramos. Eran tratados tanto madres como niños enfermos. En la tarjeta de cada

En julio de 1929 la Asociación Nacional de Protección a la Infancia (ANPI) fundó una Maternidad, el Hospital de Maternidad de Las Lomas para atender a las mujeres embarazadas controladas en los Centros de Higiene Infantil. Posteriormente la ANPI desapareció y el Hospital fue manejado por el Departamento de Salubridad Pública [DSP]. La autora Ana María Plaza Arana (1934) nos proporciona datos que se consideran de interés ya que hablan de la buena calidad de la atención médica proporcionada en instituciones bien dirigidas y administradas.

niño se llevaba un control estricto del tratamiento: número de dosis, peso, fecha de aplicación, dosis anterior, accidentes durante la aplicación. El médico decidía sobre cambios y ajustes al manejo.

DRA. ANA MARÍA PLAZA ARANA (1934) *Consideraciones sobre puericultura pre y post-natal*, tesis recepcional, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina



La Dra. Ana María Plaza Arana nació en Querétaro, el 26 de julio de 1909. En esta ciudad vivió su infancia trasladándose posteriormente a la ciudad de Pachuca, donde efectuó sus estudios preuniversitarios en el Instituto Científico y Literario del Estado de Hidalgo. Fueron sus padres D. Juan Plaza y Dña. Pilar Arana. Estudió la carrera de medicina en la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional entre los años 1928 y 1934. Hizo su internado en el Hospital General de México. Después de superar una neumonía, presentó su examen profesional el 23 de agosto de 1934, defendiendo su tesis en el Hospital Juárez de la ciudad de México. Fue aprobada por unanimidad por el jurado formado por los médicos Santiago Ramírez, José Rábago, José Rojo de la Vega, Miguel Bustamante, José Vicente Manero y Adolfo Arreguín [AHUNAM, IISUE, Fondo UNAM, Expedientes de Alumnos, Expediente 18 267]

por acuerdo de
 Jefe de la
 constar que
 exámenes de
 de estadística
 de continuación
 ASIGNATURAS
 C. Anatomía descrip No
 o. Disecciones an. Dic.
 iología..... NOV. 14
 a general..... ENF. 7
 a general.....
 APLICACIONES
 diplina para

22



HOJA DE ESTUDIOS	
TOMO	23
FOLIO	77
ARCHIVO	
TOMO	
LEGAJO	

FECHA	MATERIAS	N.	S.

Expedient
 Domicilio
 Señor O
 Hab



Universidad Nacional
 de México



AUTO

En la ciudad de México,
 .. *Adolfo Arce* de mil novec
 nimos a las .9... horas en
 suscritos médicos cirujanos,
 - *Adolfo Arce*
José Vicente Manero p
 cina, con objeto de califica
 ca y práctica del examen gen
 alumna ANA MARIA PLAZA ARANA
 segundo y tercero del artícu
 glementaria del plan de estu
 ta el resultado de ambas pr
por mayoría de votos la me
 por terminado el examen gen
 firmamos la presente.

En el periodo 1929-1934 la Maternidad atendió 3570 partos, (714 anuales). El Hospital Juárez atendió esos mismos 3750 partos pero en solo dos años (1875 partos anuales) y el Hospital General de México atendía un volumen de 3654 partos por año. Tanto el Juárez como el General eran “hospitales abiertos” a todo tipo de población y con una gran concentración de atenciones médicas. Ambos nosocomios atendían muchos partos complicados, lo que incrementaba significativamente la incidencia de mortalidad en sus pacientes que en su mayoría, no habían tenido la ventaja que representa el control médico prenatal, a diferencia de lo ocurrido en la Maternidad del ANPI en la que la gran mayoría de las pacientes lo habían recibido y se atendían por lo tanto muchos partos no complicados, la mayoría “eutócicos”, en tiempo y forma. La incidencia de morbi- mortalidad en este centro de atención era por lo tanto mucho más baja.

En ese mismo periodo de tiempo la mortalidad infantil en la maternidad de la ANPI fue de 5% contra el 13.7% del Juárez y 13.8% del General. Significativamente menor. La mortalidad materna en los casos atendidos fue de 0.9% ANPI contra el 1.9% Juárez y 2% General. La mitad de la observada en aquellos nosocomios. Las muertes debidas a infecciones puerperales eran en el ANPI de 0.2% y se practicaban 3.7% de operaciones obstétricas contra el 14.9% del Juárez. Ayer como hoy, las complicaciones suelen ser más frecuentes en las pacientes operadas.

La mayoría de las madres atendidas en la ANPI, 96.7% cursaban puerperios normales, y no requerían en su mayoría de instrumentaciones ni intervenciones. La gran mayoría de los partos atendidos en ANPI eran “eutócicos”, es decir normales, con presentaciones “de vértice” de 96.7%. Los partos pélvicos eran solamente el 3.1% y los de cara y hombro no llegaron al 1%. La gran mayoría de los partos pélvicos eran “inevitables”, es decir independientes de la acción de médicos y pacientes; y de acuerdo con las ideas dominantes de la época se debían a la presencia de “circulares de cordón” malformaciones uterinas o a “relajaciones del útero o de la pared abdominal”.

En opinión de nuestra autora todos estos datos estadísticos, aunado a la calidad del trabajo profesional cotidiano de médicos, enfermeras, visitadoras sociales, era una demostración de la acción benéfica de los cuidados pre natales efectuados en las pacientes y niños. Es decir, lo poderoso que resultaba el control médico pre natal sistemático para lograr madres y niños recién nacidos normales, sanos, y libres de complicaciones, y muchos de ellos quizá con futuros más promisorios.

La incidencia de sífilis detectada en las mujeres parturientes también era más alta en los hospitales generales. En el Hospital Juárez se diagnosticaba sífilis hasta en 10.5% de los casos y morían hasta el 8.8% de niños por esta razón. El Hospital de Maternidad del ANPI diagnosticaba solo a 3.5% de casos considerados seguros y de probabilidad hasta en 5.9%. En los hospitales generales la sífilis era la responsable de la muerte infantil en el 7% de niños contra el 2% observado en el sistema de salud de ANPI, en el que existía un protocolo bien definido de tratamiento contra este mal, tanto en madres como en hijos.

El 3% de los niños que murieron en el Hospital Juárez lo hicieron de sífilis, y solo murieron por esta razón el 0.6% de los niños fallecidos en el Hospital de la ANPI. En el caso de madres pericidas: en la ANPI morían de eclampsia el 0.2% contra el 0.5% en el Hospital Juárez. El porcentaje de niños prematuros en el Hospital del ANPI era de 8.6% y a pesar de ello la cifra de mortalidad infantil no era tan alta como podría esperarse para la época, lo que hablaría a favor de los cuidados profesionales del personal —el factor humano— en una época con avances tecnológicos más limitados.

Finalmente se concluye que las tesis universitarias de higiene y puericultura ponen de manifiesto que sus autores partieron de la necesidad y la expectativa de reconstruir a un país que salía de una prolongada etapa de dominación, devastación causada por las guerras, así como de múltiples epidemias, malas administraciones y bancarrota económica.

Revelan al cultivo de la infancia, sus cuidados, su formación, como aspectos fundamentales para lograr un proyecto de nación a futuro. La medicina participó en este proceso junto con otros campos disciplinarios y científicos: pedagogía, psicología, derecho, ciencias naturales, entre otros.

La niñez se convirtió en un terreno fértil para construir una especialidad médica, que ayudara a comprender el fenómeno de la infancia, sus incógnitas y los puntos críticos del crecimiento y desarrollo infantil con la finalidad de movilizar recursos para salvaguardar y combatir con mayor eficacia sus enfermedades.

La medicina recurrió a la higiene como un instrumento estratégico de cambio y transformación de los seres humanos, sobre todo en momentos críticos y definitorios de la vida del país. Entender el fenómeno y el proceso de la infancia y aplicar las reglas higiénicas era vital

para lograr exitosamente el “cultivo” del niño y consolidar el proyecto de nación que se idealizaba.

En las tesis universitarias, se pueden encontrar, desde el último cuarto del siglo XIX, demandas que con el correr de los tiempos se convertirían en los derechos de los niños.

Se consideró como un objetivo esencial para lograr el éxito en el combate a la enorme mortalidad que caracterizaba al país y el panorama devastador que exhibía la salud pública del país, focalizar la atención y los cuidados médicos en el binomio madre-hijo y de esta manera atender institucionalmente sus necesidades a través de un sistema de salud eficiente en el área materno-infantil; una red de atención médica amplia y resolutiva destinada a las madres de familia y sus pequeños hijos.

La medicina especializada demostró con datos objetivos, un mayor potencial de cobertura terapéutica. Aunque el hospital era su escenario natural de acción, las medidas profilácticas y la promoción de la higiene materno-infantil llevadas a cabo en los Centros de Higiene Infantil fueron claves en la lucha contra graves enfermedades como la sífilis, tuberculosis o desnutrición. La presencia del especialista y de un personal de salud bien entrenado podía conjurar los grandes peligros que acechaban a la atención del parto y los primeros dos años en la vida de los niños, dentro de un sistema de salud bien organizado y administrado, constituyendo una red de atención médica amplia y resolutiva.

En este capítulo es importante también destacar la participación de los jóvenes médicos graduados en el debate nacional para definir la identidad y el destino de nuestro país, en el cual la infancia y su reconfiguración, así como la atención y los cuidados del embarazo de las mujeres mexicanas jugaron un papel fundamental.

CAPÍTULO 3. LA CLÍNICA DE LA INFANCIA

3.1 Orígenes del arte clínico de la pediatría

Hasta este momento nos hemos ocupado principalmente de las áreas sociales, culturales y humanísticas de la medicina infantil. Pasamos ahora a una narrativa más cercana al campo operativo de la medicina infantil: la clínica de la infancia y sus pormenores metodológicos y terapéuticos de la práctica médica especializada. Nos ocuparemos especialmente de algunos aspectos formativos del médico mexicano durante el siglo XIX y primeras décadas del XX en la ENM.

Este capítulo inicia con un recorrido a través de algunos planteamientos que dieron origen a las nuevas ideas médicas, que fueron los surtidores del pensamiento de nuestros tesisistas de la ENM analizados en esta investigación. En este proceso contamos con el apoyo de algunos autores de diferentes nacionalidades que han estudiado a fondo esta temática, entre los que se destacan Erwin Ackerknecht, Eduard Siedler, George Weisz, George Rosen, Samuel Kottek en la escena internacional, así como algunos investigadores mexicanos conocedores a profundidad de la adopción de estas ideas en nuestro país.¹⁷⁷

3.1.1. El desarrollo de una nueva forma de concebir la enfermedad: el escenario europeo

Los sesenta años comprendidos entre 1790 y 1850 fueron testigos de una revolución social científica y cultural acontecida en Europa que cambió para siempre al mundo de la medicina. “El símbolo del médico a mediados del siglo XVIII era el orinal. El símbolo del médico moderno es un estetoscopio”. Con esta frase el historiador alemán Edwin Ackerknecht nos manifiesta la magnitud del impacto que se generó con este movimiento intelectual en el mundo de la ciencia,

¹⁷⁷ Los casos de Manuel Carpio y Miguel Francisco Jiménez son analizados por Martínez Cortés, Fernando, *Carpio, Laennec y la invención del estetoscopio*, UNAM, Facultad de Medicina,; Mismo autor: *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, FCE, 1997, pp.22-85 y *El doctor Manuel Francisco Jiménez y la clínica moderna en México*, Facultad de Medicina, UNAM, 1986; Izquierdo, José Joaquín, *Carpio y los primeros escritos del México independiente en pro de la reforma médica* (se dan a conocer los nuevos métodos de exploración física) UNAM, 1956, ANM,; Izquierdo, José Joaquín, *La enseñanza de la medicina observacional, racional y científica, en México: antecedentes y perspectivas*; Anales de la Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología, 1970; Sanfilippo, José, Sonia Flores; *Carpio y el inicio de la medicina moderna en México : documentos médicos*; Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, México, UNAM,1991.

la tecnología y el humanismo, dentro del campo de la salud y de la enfermedad de los seres humanos, así como de la cultura y las representaciones sociales.

Una nueva forma de concebir, pensar y practicar la medicina surgió en el escenario europeo, en París a finales del siglo XVIII y en las primeras décadas del siglo XIX: el pensamiento localizador de la enfermedad a través de los órganos de los sentidos del médico explorador, la comparación con la normalidad y los hechos consumados y catalogados previamente, la estadística, y la comprobación anatómica de la enfermedad y sus lesiones consecuentes.¹⁷⁸

Este movimiento médico no se presentó aisladamente. Formó parte de una dinámica mucho más amplia que agrupó a un enorme conjunto de científicos, artistas, humanistas, letrados y pensadores pertenecientes a muy distintas áreas de la cultura, las ciencias y las artes: Laplace, Guy-Lussac, Lamarck, Guizot, Michelet, Tocqueville; Comte, Proudhon, Víctor Hugo, Musset, Balzac, Stendhal, Flaubert, Baudelaire; Berlioz, Liszt, Chopin, Rossini. D'Angers; Gall, Villermé, Trousseau, Thiers, Delacroix; son solo una muestra que nos permite visualizar la magnitud de los personajes que formaron parte de este gran momento histórico.

Dentro de las principales características de este movimiento destacó su gran realismo: la nueva escuela, la nueva medicina, fue “hija de la Revolución, originada en el tumulto, el frío y el hambre”. Se caracterizó también por una gran rapidez y dinamismo en su desarrollo, la reunión de medicina y cirugía en una sola praxis separadas en algunos casos hasta por 1600 años; el perfil de sus protagonistas “virtuosos del diagnóstico con un poder de observación tan grande como sus limitaciones técnicas”; el ascenso de la juventud médica sobre las viejas generaciones de galenos, muchos de los cuales llegaron a ocupar los primeros planos, como fue el caso en el ambiente parisino de Dupuytren, Esquirol, Billard, Bèclard entre otros personajes notables. Los cambios en el pensamiento y en el accionar no se dieron de inmediato. Los primeros veinte años de la nueva corriente se caracterizaron por seguir teniendo una fuerte influencia del pensamiento nosográfico de personajes muy influyentes como Pinel y Corvisart.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Para el observador moderno podría resultar un proceso natural, pero para los protagonistas que vivieron estos cambios y para la sociedad en la que vivieron fue un tema de convulsión y de grandes debates.

¹⁷⁹ El profesor Fernando Martínez Cortés nos describe en sus textos como quedaron atrás las añejas ideas humoralistas y fueron superados los viejos “sistemas médicos” que enarbolaron el pensamiento de personajes muy prestigiados como Boerhaave, Sydenham, Brown y Broussais. Los médicos y cirujanos más progresistas se afiliaron a las nuevas ideas de Morgagni, Bichat, Magendie, Laennec, Louis y Andral. Martínez Cortés, Fernando, *Carpio, Laennec y la invención del estetoscopio*, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1986; Jean Nicolás Corvisart

La mayoría de los protagonistas de la “nueva medicina” eran tanto hipocráticos como empiristas, opuestos a la teorización, donde la teoría desaparecía junto a la cama del enfermo. Eran entusiastas de llegar al conocimiento por medio de los hechos objetivos. Pinel, uno de los personajes líderes de este movimiento fue discípulo de Bichat y pensaba que era casi imposible llegar al conocimiento por sus causas primarias. René-Teophile Laennec (1781-1826) a su vez discípulo de Cabanis “ondeó la bandera de la observación”, *Ars medica tota in observationibus*, y complementaba su búsqueda de la verdad estudiando las lesiones anatómicas en la muerte diagnosticadas por él en vida del enfermo. Fue un empirista decidido. Para él la teoría se reducía a ser un auxiliar de la memoria. La teoría médica con los nuevos referentes científicos era ciertamente un proceso que se consideraba en construcción y ante la gravedad y mortalidad de muchas enfermedades de entonces los galenos confiaban mucho más en su experiencia previa y la de sus colegas más experimentados.

Auguste- François Chomel (1788-1858) fue otro gran protagonista de la nueva medicina, “empirista puro” llegó a pensar que era imposible conocer las causas últimas de las enfermedades y los efectos de los remedios médicos y se oponía a todo sistema de ideas médicas. La respuesta no estaba en sistematizar las ideas sino en las experiencias acumuladas en la realidad y su aplicación en la terapéutica. Pierre- Alexandre Louis (1787-1872) fue quizá el que llevó a los mayores extremos estas ideas. Considerado como “el más grande empirista”. Fue un gran admirador y practicante de la observación como método de trabajo y llegó a convertirse en un “gran sistematizador” de datos y cifras: “miles de exámenes sistemáticos y cientos de autopsias sistemáticas, fueron sistemáticamente analizados a través de la estadística”. Creó el método numérico o estadístico, que fue el gran complemento de la observación clínica:

La ciencia verdadera no es sino un sumario de hechos, los cuales no tienen valor si no son enumerados [...] las estadísticas son las fundamentales y únicas bases de los estudios médicos [...] los hechos generales son las leyes de la ciencia [...] los hechos se distinguen, comparan y clasifican.¹⁸⁰

(1755-1821) fue uno de los personajes más influyentes en la primera etapa de este proceso. Nosografista en su juventud, acabó defendiendo el grado de certidumbre en el ejercicio de la medicina, argumentado por Cabanis, desechando la especulación, limitándose al examen de los hechos y apoyándose en la estadística. Tradujo al francés la obra de Leopold Auenbrugger, *Inventum Novum*, presentando y difundiendo la nueva técnica de la percusión.

¹⁸⁰ Ackerknecht, Erwin, (1967), *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*; Baltimore, The Johns Hopkins Press, pp.xi-xiv; 3-12.

Las ideas de todos estos personajes tuvieron gran impacto en los autores que desarrollaron sus tesis en México, en diversas temáticas, pero con especial dedicación a los rubros de mortalidad infantil, higiene, puericultura y desde luego las relacionadas con metodología clínica y propedéutica médica. Dentro de este conjunto de actores y nuevas ideas, es importante analizar más detalladamente, dentro del campo del pensamiento pediátrico, a un personaje que generó algunas de las primeras aportaciones al campo de la clínica y la fisiología infantil dentro de esta nueva mirada médica. Se trata de Pierre Jean George Cabanis (1757-1808) considerado por el gran historiador alemán, de la medicina clínica Edwin Ackerknecht, como el “filósofo de la revolución médica” mejor conocido.

Su influencia fue “amplia y duradera”. Discípulo de Condillac impulsó la filosofía sensualista, situando a la observación en el centro de la medicina: “la verdadera instrucción del médico joven, no se recibe en los libros sino junto a la cama del enfermo.” Las sensaciones se convirtieron en los elementos centrales en la recepción y la elaboración del conocimiento y podían ser percibidas a través de los órganos sensoriales externos, o bien como impresiones internas o aquellas procedentes del cerebro mismo. “el cerebro, centro de todas las funciones sensoriales, produce pensamientos como el hígado bilis y las parótidas saliva.”¹⁸¹

Como podemos inferir, para el “sensualismo” el sistema nervioso era de primera importancia. El temperamento de los sujetos era una cuestión del sistema nervioso; la influencia de la moral en la física en última instancia también entraba en los dominios del sistema cerebral. La medicina, considerada por los reformadores como “la base de la ciencia del hombre” era de acuerdo con esta mirada también una ciencia moral y susceptible de participar en el perfeccionamiento del hombre en un ininterrumpido y progresivo movimiento hacia el mejoramiento y la perfección, tan esencial de la filosofía de la ilustración. Quedaba implícito en

¹⁸¹ *Ibidem*, pp.xi-xiv; 3-12; Cabanis nació en Rognac, en el suroeste francés, graduándose como médico en 1793, ocupando las posiciones de profesor de higiene, medicina legal e historia de la medicina en la *Ecole de la Santé*. Practicó la medicina en el campo de la fisiología. Entusiasta participante de la Revolución Francesa, sobrevivió al Terror y regresó a los primeros planos tras la caída de Robespierre, como senador de la República. Participó en la reforma de los hospitales y educación médica. Sus ideas reformistas quedaron plasmadas en sus principales publicaciones: *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, 1798, Firmin Didot, Libraire; *Coup d'oeil sur les Révolutions et sur la Réforme de la médecine*, 1802, Crapart, Caillé et Ravier Libraires; y el más importante para la nueva mirada sobre la fisiología infantil: *Rapports du physique et du moral de l'homme*, París 1802 de los mismos librerías. [“Informes sobre la física y la moral del hombre”] Después de una intensa y agitada vida Cabanis murió a los 51 años víctima de una apoplejía; las aportaciones de Cabanis al pensamiento pediátrico, son comentadas por Seidler, E., “El Desarrollo de la pediatría moderna”, en Lain Entralgo P., Luis Sánchez Granjel, José María López Piñero, *Historia Universal de la Medicina*, T. VI, 1974, pp. 208-215.

este tipo de pensamiento que la ciencia médica debía incidir no solo para mejorar al ser humano sino incluso a toda la especie.¹⁸²

En este orden de ideas, el niño, en su calidad de ser en formación y futuro hombre ciudadano aparece como el receptor natural, principal e idóneo de estas acciones. Cabanis nos presenta en su *Rapport du physique et du moral de l'homme*, “Informe sobre la física y la moral del hombre”, una de las primeras descripciones del funcionamiento orgánico infantil de acuerdo con las nuevas miradas y prácticas médicas.

Un relativo predominio del sistema nervioso, un número considerable de vasos sanguíneos, una elaboración todavía imperfecta del moco animal, con el gran exceso de humedad que contiene; una viva excitabilidad de sus músculos; revoluciones rápidas en el sistema vascular, absorbente y linfático [...] el niño recibe muchas impresiones, su atención se dirige hacia todo, su digestión imperfecta y violenta; la motilidad, una irritabilidad abrupta [...] en las pasiones de los niños, como en sus enfermedades hay algo convulsivo.¹⁸³

Cabanis nos manifiesta “una imperfecta combinación de conceptos humorales, y sensoriales”. Una extraña mezcla de lo viejo con lo nuevo, que vive una relativamente rápida transición acontecida durante la primera mitad del siglo XIX que puede evaluarse en el análisis de las sucesivas publicaciones en la esfera de la literatura médica. Los temas pertenecientes al área de la atención al niño los primeros años del nuevo siglo aun mantenían un tinte más social y asistencial que propiamente médico.¹⁸⁴

Las nuevas ideas y enfoques, sin embargo, no tardarían mucho en salir a la luz, y fueron dirigidos más hacia lectores médicos atentos al ramo y menos enfocados a públicos formados por madres de familia y público en general. Como se verá más adelante al analizar los textos mexicanos, ya con esta nueva percepción, cuando el niño llegue en su desarrollo a su segunda dentición, aproximadamente a los 7 años, empezará a “sistematizar y ordenar sus impresiones

¹⁸² He aquí un primordio de la futura eugenesia que sería la base de la puericultura en los inicios de siglo XX.

¹⁸³ Seidler, Eduard, “El desarrollo de la pediatría moderna” en Pedro Lain Entralgo, (dirección) *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat editores, tomo VI positivismo, 1974, pp.203-215, dato original en *Rapport du physique et du moral de l'homme* París, 1802, Casa editora Bailliere, citado por Ackerknecht, Erwin, (1967), 3-12.

¹⁸⁴ Un típico ejemplo de este tipo de enfoques de contenido asistencial y social es el de Hufeland ya comentado, originalmente escrito en alemán y traducido al inglés en una edición de 1844 con el nombre de *Good advice to mothers in the points of children's physical education in the diluent years*.

sensoriales y su memoria, así como a intensificar su atención, a hacerla más duradera y a establecer relaciones morales con el mundo”.¹⁸⁵

En el año de 1828 apareció en París el primer tratado pediátrico dirigido a médicos, aplicando las ideas originadas en el pensamiento localizador de la enfermedad: el *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et a la mamelle* de Charles Michell Billard. Un análisis de ésta obra nos muestra ya elementos cualitativamente diferentes a los que tradicionalmente se venían manejando en la literatura médica infantil: la función vinculada al órgano correspondiente en los niños y de acuerdo a sus diferentes edades; la desviación patológica en relación a la normalidad y a la estadística de grandes series de casos; las clasificaciones ya son clínicas, y de acuerdo a observaciones en órganos y sistemas corporales; el niño ya no es visto como un ser débil sino vulnerable y vinculado a un estado de salud o de enfermedad.

La pediatría fue vista como parte integral de la medicina general. Las enfermedades del niño en muchos casos son semejantes a las de los adultos, pero tienen su sello propio, su impronta, en un sentido anatómico, fisiológico, patológico e incluso terapéutico. Como veremos, dentro esta nueva concepción la terapéutica infantil, así como la patología del niño tienen sus peculiaridades propias como también las tiene el organismo infantil y sus rasgos que las distinguen de la medicina del adulto. La actitud frente al niño es más realista y ya no tanto altruista, compasiva o sentimental. El niño es ahora un ser viviente que se ha hecho objeto de la consideración científico-natural.

El esfuerzo se centra en destacar hallazgos objetivos comparables con la patología del adulto. Y ya que en muchas ocasiones el niño no puede informar verbalmente sobre su enfermedad y los síntomas que lo aquejan, los signos, los hallazgos verificados por el propio médico, se transforman en el código principal del lenguaje corporal del pequeño paciente, al servicio del médico que lo trata. El conocimiento obtenido al analizar y estudiar al niño enfermo es susceptible de convertirse en norma, cuantificando los hallazgos obtenidos y confrontados con el conjunto de otros casos similares y series numéricas de casos análogos o equivalentes. No se consideran en primera instancia las causas exteriores de las enfermedades. La orientación y la mirada van dirigidas directamente a los órganos y a sus afecciones: los hallazgos objetivos.

¹⁸⁵ Herrera, M., (1881) *Algunas consideraciones sobre pediatría*, tesis inaugural, México, Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, pp.1-57.

De esta manera el niño y su cuerpo se convierten en un asunto o cuestión exclusivos de las ciencias naturales, que la medicina, ciencia empírica, debe resolver. Todo este conjunto de argumentaciones y razonamientos, están aún más fundamentados y sistematizados en la obra de Frederic Rilliet y Antoine-Charles-Ernest Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* dada a la luz en 1843. A solo 15 años de distancia. En ella podemos distinguir un mayor acercamiento a los textos más modernos publicados en el último tercio del siglo XIX y en los primeros años del siglo XX.

3.1.2. La pediatría en el contexto de la especialización médica y su desarrollo histórico

La pediatría como práctica especializada forma parte del proceso histórico que ha caracterizado a las especialidades médicas en su conjunto. ¿Cuándo y por qué apareció el fenómeno de la especialización médica? ¿Por qué tomó determinados caminos? y no se condujo por otros derroteros. ¿Se reprodujeron sus mismos patrones en todas partes? Existe un consenso en diferentes abordajes sobre esta temática con relación a que el fenómeno moderno de la especialización médica nació en la ciudad de París en las primeras décadas del siglo XIX y ha sido un proceso internacional que se ha ido abriendo paso a través de las fronteras, tomando características particulares en cada nación de acuerdo con patrones culturales, sociales, económicos, educativos, institucionales y de infraestructura de salud específicos de cada una de ellas.¹⁸⁶

Es importante señalar que en el contexto en el que nacieron las especialidades médicas, los objetivos y las metas que perseguían éstas eran muy diferentes a los actuales. En ese entonces se podría considerar a una especialidad médica como un proceso de sistematización y profundización de conocimientos y prácticas médico-quirúrgicas con una finalidad precisa: resolver problemas de salud numerosos, apremiantes, graves e incluso irresolubles hasta ese momento que agobiaban a toda la población. En el fondo de sus orígenes subyacían necesidades vehementes y en muchos casos abrumadoras, del Estado, de la población de un país, de

¹⁸⁶ Excluyendo a los elementos propios de la modernidad, puede comentarse que el fenómeno de la especialización médica en sí es muy antiguo y se puede remontar hasta el mismo Egipto faraónico. George Weizs, se hace este tipo de preguntas e intenta resolverlas en su obra *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford University Press, 2006, "Introduction", xi-xxx, Cap.1 "The Rise of Specialities in Early Ninetenth-Century", pp. 3-25; mismo autor "The Emergence of Medical Specialization in The Nineteenth Century". *Bull.Hist.Med*; 2003, 77: 536-575.

colectivos humanos: el hambre, la desnutrición y las epidemias consecuentes a conflagraciones bélicas y sociales, la gran mortalidad infantil que caracterizaba a muchos países, la polarización social causada por dictaduras y gobiernos autócratas entre otras.

Dentro del plano intelectual, en la construcción de sus nuevos conocimientos y prácticas terapéuticas, las especialidades médicas requirieron de adecuaciones y cambios epistemológicos y de nuevos paradigmas. Como ya vimos la nueva mirada médica y el pensamiento localizador, permitió un acercamiento más objetivo hacia la enfermedad. La unificación de la cirugía y la medicina en la práctica clínica abrió el camino a un entrenamiento médico más intensivo y a la formación de comunidades académicas “construidas alrededor del imperativo de investigar” que le dieron más eficiencia al control de diversas patologías; las innovaciones tecnológicas y los novedosos desarrollos científicos.

A partir de esa época se ampliaron las probabilidades de curar viejas y retadoras enfermedades; la reestructuración y racionalización administrativa aplicada a las viejas infraestructuras sanitarias y la creación de redes interinstitucionales poderosas, le dieron mayor viabilidad a las metas y objetivos de los sistemas de salud: una gran red de instituciones e individuos interconectados entre ellos. Como ejemplo o modelo tenemos el de París de principios del siglo XIX, donde la red académica y operativa formada por la Facultad de Medicina, La Sorbona, el Colegio de Francia, el Museo de Historia Natural, y un nutrido circuito de diversos hospitales constituyó un modelo que se replicará en varios países, entre ellos México.¹⁸⁷

Para una sociedad capitalista cada vez más compleja y proclive a la división del trabajo la especialización médica era vista como algo ventajoso y útil. Desde la década de 1830-1840 un sector de la comunidad académica empieza a reconocer las especialidades. Para entonces la instrucción privada ya era parte de la experiencia de los médicos visitantes en la Ciudad Luz. Había cursos de obstetricia, medicina legal, toxicología, enfermedades genito urinarias, oculares, venéreas, dermatológicas, mentales y del pecho, entre otros. Ya para 1851 un directorio publicado en París describía que el 8% de los médicos de esa ciudad eran especialistas en diferentes ramos.¹⁸⁸

¹⁸⁷ De acuerdo con Weisz, la fuerza de la medicina clínica francesa se fincó en gran parte, en su poderosa red institucional más que en un vigoroso desarrollo en la investigación universitaria o en nuevos patrones de organización del trabajo científico, como sería el caso alemán. Se verán algunos ejemplos concretos en las temáticas subsecuentes de esta investigación. Véase Weisz, G., *op.cit.*, 2003 p.547.

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 548.

La rápida expansión de las especialidades médicas por el territorio europeo se explica en parte por el crecimiento de la densidad demográfica tanto de pacientes como de médicos en las grandes urbes y por cambios en la actitud y en las formas de pensar de la población que empezó a ver a la medicina especializada como una ventaja y los médicos franceses la empezaron a ver como un ejercicio rentable y respetable. Existe consenso entre algunos historiadores, como George Rosen y George Weisz quienes piensan que la especialidad era una consecuencia no tanto del acúmulo y sistematización de conocimientos sino de una nueva forma de concebir la enfermedad y su abordaje profesional.

El “localismo orgánico” fue un elemento muy importante en este proceso, y sin duda fue el eje central de la praxis médica. Sin embargo, Weisz considera que no fue el único ni el más determinante. De acuerdo con el historiador alemán varias especialidades médicas “se organizaron” alrededor no tanto de órganos particulares sino de poblaciones específicas, tanto sanas como enfermas, como ya se señaló fue el caso de la pediatría. Dichos grupos humanos estuvieron constituidos por mujeres y niños, y en otros casos particulares por enfermos psiquiátricos. También se agruparon en torno a técnicas terapéuticas peculiares como la electroterapia, cirugías de hernia; o bien alrededor de necesidades del Estado, como la salud pública, epidemiología, medicina legal o forense; o ambas como fue el caso de la pediatría.

Aparecieron tempranamente (1839-1840) revistas especializadas como *L'Esculape* y *Revue des specialités et innovations médicales et chirurgicales*, así como catálogos publicados con listas de cursos impartidos en París y dirigidos principalmente a médicos visitantes extranjeros, por especialistas connotados tanto franceses como austriacos con temas de partería, enfermedades de mujeres y niños o alienismo. El patronato ejercido por el Estado francés sobre sus sociedades científicas creó un modelo que daba a la especialización un sentido funcional, y al conocimiento experto una naturaleza utilitaria, ejercido en un mundo muy competitivo que llegaba a “emplear a cientos de médicos” como ocurrió en muchos escenarios europeos.¹⁸⁹

Este proceso de profesionalización científica y de edificación de las principales instituciones de educación superior se inició en Francia gradualmente (1744-1800) desde el siglo

¹⁸⁹ Pinel, Philippe (1745-1826), *The Clinical Training of doctors: an essay of 1793*; edited and translated from french with an introduction by Dora B. Wiener; Baltimore Johns Hopkins University Press, 1980 [Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de México, Catalogo R740 P55]; Ackerknecht, E., “Diatesis. The Word and the concept in medical history”, *Bull.Hist.Med.*, 1982, mismo autor, “Medical Education in 19th.Century France Academic Medicine”, *Bull.Hist.Med.*, 1957; todas ellas, obras referidas por Weisz, G., *op cit*, 2003, pp.547-548.

XVIII, y se aceleró después, y como consecuencia de la Revolución Francesa. En el caso de México y de la Ciudad de México, el panorama epidemiológico abarcaba el tipo de enfermedades que padecían los niños, la gran mortalidad infantil, y las consecuencias sobre la salud y la nutrición de los más pequeños y de sus madres derivadas de las grandes conflagraciones bélicas, (particularmente la de 1910-1917) y la polaridad social que se vivió en el porfiriato fueron factores determinantes en la génesis y desarrollo de la pediatría de nuestro país.

3.2. La metodología clínica en el siglo XIX mexicano

La formación del médico en el área de la metodología clínica y propedéutica médica ha sido una de las bases fundamentales de la carrera y en las épocas analizadas tenía una connotación muy especial ya que era la principal y casi única herramienta con la que el profesional contaba para efectuar diagnósticos, diseñar y proponer tratamientos. Se presentan inicialmente las características generales de la metodología clínica en la época analizada para posteriormente introducirnos a los aspectos específicos del área infantil o pediátrica.

De inicio se analizan algunos planteamientos, conceptos e ideas importantes desarrollados por Manuel Flores (1880), Secundino Sosa (1888) y José Terrés (1888) conocidos médicos y profesores de la ENM y otras instituciones educativas, que eran considerados como expertos en el tema de la metodología clínica y su didáctica. En el caso específico del profesor Terrés fue el primer profesor de posgrado en México e introductor de la teoría y la enseñanza de la medicina interna.¹⁹⁰

Estas tesis son tanto inaugurales como de concurso para las cátedras de Clínica interna de quinto año y tercer año, de la carrera de médico cirujano. Las tesis de Sosa y Terrés fueron publicadas en el mismo año y la de Flores ocho años antes. Estos autores en su conjunto nos muestran aspectos muy importantes de la formación del médico en el arte ciencia de la metodología clínica de la época. Se añaden también algunos comentarios basados en las guías publicadas por profesores del área clínica, como Manuel Carmona y Valle en el siglo XIX y José Terrés en los primeros decenios del siglo XX.

¹⁹⁰ AHUNAM-IISUE, Dirección General de Personal, Expediente 6372, folios 140, 141, 189: DEL CASTILLO, C.R., *op.cit.*, 2013, p.184.

Para los galenos mexicanos que se formaron en ese tiempo los objetivos de su vida profesional en la práctica se sintetizaban en tres dimensiones fundamentales: “curar, consolar y pronosticar” las enfermedades. Pronosticar: delimitar el padecimiento y determinar sus potencialidades espaciales y temporales. Consolar y conocer al enfermo: además de apoyar moral y físicamente al enfermo –siguiendo los postulados hipocráticos– para la medicina mexicana era también muy importante interactuar con los pacientes, acompañarlos e incluso llegar a conocerlos. ¿Qué tipo de persona es y cómo se interrelaciona con su sociedad? Curar: controlar la enfermedad de acuerdo con las expectativas que ofrecía el momento histórico.

La metodología clínica y la propedéutica médica se concebían como procesos ordenados y sistemáticos que debía poseer y dominar todo médico en formación, que iba desde lo subjetivo: el interrogatorio y el conocimiento de los pormenores de la vida del enfermo, hasta lo objetivo: examen y exploración clínica, que permitían al médico delimitar espacial y temporalmente la enfermedad del sujeto, realizar el pronóstico y conocer la naturaleza del mal que lo aquejaba, es decir, el diagnóstico. La metodología clínica como proceso, se insertaba también en una dinámica histórica susceptible de ser modificada por los cambios o avances de la ciencia y la tecnología de la salud. Cada enfermo –de ayer y de hoy– tiene su historia personal, social, cultural que lo marca, y un terreno topográfico que debe ser conocido, reconocido, comprendido y compartido por su médico tratante.

Los síntomas son los elementos que explican, moldean y caracterizan a cada enfermedad y guían al médico hacia el sitio anatómico y el órgano afectado por la enfermedad. Llegar a un diagnóstico implica para el médico tratante poner en acción tres operaciones intelectuales diferentes y complementarias: inquirir o interrogar; inspeccionar, escudriñar, reconocer, explorar y examinar clínicamente; y deducir o analizar sobre bases lógicas y analógicas.

Las características de la metodología descritas por el profesor Secundino Sosa (1888) guardan en apariencia algunas semejanzas con los patrones observados en la actualidad. Sin embargo, una lectura cuidadosa y un análisis detallado de las mismas nos muestran diferencias notables. Por ejemplo, los términos “continuo”, “intermitente”, “remisión”, “progresión”, y “recaída” utilizados por el autor en su exposición tienen una importancia particular, dadas las características propias y evolutivas de los síntomas y enfermedades y los escenarios en los cuales se verificaban.

Las fiebres, tan comunes y detalladamente descritas por los médicos tenían comportamientos singulares en cada sujeto y la “convalecencia” era una etapa que en aquella época era clave y definitoria de la enfermedad por el tipo de resoluciones que presentaban diversos padecimientos y la vulnerabilidad asociada a este momento clínico de la enfermedad: el enfermo sobrevivía, fallecía o adquiría una marca clínica indeleble que se manifestaba muchas veces de por vida en el sujeto, en su comportamiento, su proyección hacia la sociedad y su respuesta futura a otras enfermedades.

El interrogatorio, era un procedimiento considerado por el profesor Sosa como particularmente difícil para el médico, ya que los enfermos “con frecuencia divagaban”. Es decir, la brecha cultural y de formación de clase social de los individuos era muy marcada en ese entonces, sobre todo en los casos de los más humildes que con frecuencia saturaban hospitales públicos de la ciudad. Muchos concebían los estados de salud y enfermedad de una manera diversa al lenguaje médico. Las personas procedentes de etnias indígenas encontraban los conceptos médicos completamente alejados y desprovistos de significado en su propia cosmovisión, por no hablar de las barreras lingüísticas.

Para enfrentar este obstáculo, Sosa recomendaba al médico novel, en su etapa de formación, mantener una línea y un discurso firmes y claros y “regresar sobre sus pasos” las veces que fuera necesario. La paciencia y la tenacidad eran dos cualidades muy apreciadas en el arte clínico sobre todo cuando el paciente era un niño. Detalle y minuciosidad, reiteración y orden en el proceso, eran estrategias comunes en el trabajo del médico de la época. Hacían del ejercicio clínico un proceso arduo que requería altas dosis de concentración y motivación.

En el campo didáctico el maestro recurría con frecuencia al modelo paradigmático de clínicos mexicanos notables como eran los casos ejemplares del profesor Ildefonso Velasco y su “minuciosidad proverbial” o el muy apreciado profesor Miguel Francisco Jiménez conocido por su “acopio pormenorizado de datos y su minuciosidad concienzuda en el interrogatorio”.¹⁹¹ La didáctica médica practicada en ese entonces recurría con frecuencia a las figuras verbales del arte

¹⁹¹ Manuel Flores (1880) nos presenta un ejemplo que nos resulta muy demostrativo de la experiencia didáctica en la vida cotidiana de los médicos mexicanos: Miguel Francisco Jiménez, el apreciado maestro de la clínica, demostraba con frecuencia que los errores en el diagnóstico dependían casi siempre de “faltas cometidas en la apreciación de los síntomas”. En cierta ocasión percutía sobre el tórax de un paciente. “Como se produjera un sonido timpánico” (brillante, semejante al producido al percutir un tambor) volvió la cara y preguntó a uno de los asistentes: ¿Qué hay aquí? “enfisema”, le contestaron. No, replicó él, hay un gas”: los hallazgos y los conceptos deben ser categorizados y utilizados en su justo grado, sin incurrir en prejuicios. Véase a Flores, Manuel, (1880) *Educación del médico*, tesis inaugural, carrera de médico cirujano, ENM, México, Imprenta de Ignacio Escalante, pp. 124-125.

literario, incluso a la poética y a los usos culturales de su época: “los espíritus atolondrados encuentran más cómodo el prescindir de las reglas por encontrarlas demasiado embarazosas” o su contrario extremo: “el estricto y servil apego a las reglas corta las alas del genio.”¹⁹²

Origen, procedencia y diferencia, eran conceptos trascendentales para la medicina clínica, en un México que era un verdadero mosaico de etnias, clases sociales, oficios, faenas, situaciones y ocupaciones. Los niños no eran ajenos a esta circunstancia. Si el “cólico del alfarero” era característico de un gremio de artesanos, el “cólico infantil” llevaba de la mano a una etapa particular de la vida de los sujetos: la lactancia. Había enfermedades que llevaban a otras: la oftalmia purulenta de los recién nacidos conducía al médico a la blenorragia padecida por sus madres; la “neumonía del alcohólico” refería a su médico exactamente al sitio específico del pulmón afectado. La lógica y la cronología jugaban un papel significativo; de lo general a lo particular; el antes, el después, lo actual; de lo ya vivido a lo que se vive. Si las generalidades proporcionaban una sospecha diagnóstica, lo particular preparaba el terreno a un sólido veredicto médico.¹⁹³

En el escenario de la capital mexicana con sus 2200 metros de altitud sobre el nivel del mar, la influencia de la “hematosis” en la vida de los sujetos guardaba un especial significado: la “calidad” de la función circulatoria de un enfermo, su capacidad de oxigenación e intercambio del vital gas en sus pulmones y tejidos tanto como su estilo de vida tendrían una influencia definitiva en el desenlace de algunas enfermedades especialmente crónicas o en los periodos post operatorios delicados. A una menor calidad de la función circulatoria del paciente le correspondía una mayor probabilidad de presentar una “apoplejía” (fenómeno trombo embólico pulmonar o cerebral durante una convalecencia). El temperamento “moral” de los sujetos tenía también su contraparte física o corporal.

Las reflexiones sobre “anemia cerebral, parexia cardiaca y ateroma” tienen sus referentes en la actualidad: “hipoxia cerebral crónica, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica”. Se trataba de periodos de convalecencia ligados de manera absoluta a estados cuantitativos o cualitativos de la sangre, de su coagulación e integridad circulatoria. El profesor Manuel Carmona y Valle (1831-1902) fue catedrático de “Clínica interna” del segundo año de la carrera

¹⁹² Sosa, Secundino (1888) *El Diagnostico*, tesis de concurso para la plaza de profesor adjunto de clínica interna del quinto de año de la Escuela Nacional de Medicina; México, Imprenta del “Círculo Católico”, p.13.

¹⁹³ *Ibidem*, pp.6-43; p.10.

de médico cirujano (1886) en la ENM. Entrenaba a sus discípulos en reconocer y valorar con detalle la función circulatoria de sus pacientes. Describió en sus *Lecciones en el Hospital de San Andrés* casos de enfermos con obstrucciones arteriales diversas debidas a inflamaciones o placas de ateromas, arteritis agudas de miembros inferiores, cuyas características no aparecían en las descripciones realizadas por diversos autores en el viejo mundo.

De acuerdo con Carmona, eran varios los médicos mexicanos que habían diagnosticado y tratado esta clase de eventos como los profesores Jiménez, Hidalgo y Carpio, Villagrán y Martínez del Río, lo que nos lleva a pensar que los padecimientos arteriales tanto centrales como periféricos, con todo su sequito de consecuencias (como intensos dolores, trombosis, embolias y gangrenas de miembros, destrucción de tejidos, mutilaciones y muerte de muchas personas), eran eventos comunes en la Ciudad de México. La calidad de los tejidos de los órganos de muchos capitalinos estaba comprometida y “cobraba” sus principales víctimas especialmente durante o después de las intervenciones quirúrgicas que eran practicadas en los nosocomios.¹⁹⁴

Abonando a esta hipótesis tenemos la tesis de Jesús Flores Treviño (1900) quien en su texto “Contribución al estudio de la frecuencia del pulso” analiza el tema de la función y la calidad circulatoria del capitalino mexicano. Reconoce a Marey como el responsable de “dar forma moderna” a los antiguos conocimientos fisiológicos sobre el pulso y la esfigmometría, introduciéndolos al terreno de la práctica clínica. Explica cómo fue ganando terreno el desarrollo de la habilidad de los clínicos para determinar el ritmo, la expansión, plenitud y amplitud del pulso y sus relaciones con la elasticidad arterial y la capacidad circulatoria de los individuos.¹⁹⁵

Este joven médico mexicano, presenta como destacados investigadores en este campo, a los europeos Beaunis, Beclard y Bouchut. Estos autores registraron el pulso y las constantes circulatorias en la población europea que solía vivir en altitudes cercanas a las del nivel del mar, con promedios entre 72 y 80 pulsaciones por minuto. En la capital mexicana se llevaron a cabo ensayos clínicos destacando el del propio Flores Treviño en la Mesa Central de la República mexicana. Se estudiaron sujetos pertenecientes a población “joven y bien constituida” entre los

¹⁹⁴ Carmona y Valle, Manuel, *Cátedras orales dadas en el Hospital de San Andrés por el Dr. Manuel Carmona y Valle, profesor de clínica interna en la Escuela Nacional de Medicina*, México, Imprenta de Eduardo Dublan y comp, 1889, pp.11-15.; Rodríguez, M.E., *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, p.99.

¹⁹⁵ Se refería a Étienne-Jules Marey (1830-1904), un clínico y fisiólogo francés que realizó investigaciones sobre la presión intracardiaca y otros temas relacionados con la fisiología cardiovascular.

cuales se encontraban 155 gendarmes de la 1ª compañía con promedios de pulsaciones por arriba de los europeos (por arriba de 80). Sus datos eran concordantes con los que obtuvo el profesor Daniel Vergara Lope, gran fisiólogo mexicano.

Si los capitalinos jóvenes y bien constituidos –como eran los gendarmes aludidos– tenían estos parámetros, imaginemos lo que ocurría en los de mayores edades y con diversas enfermedades. Dentro de las conclusiones del autor, el aceleramiento del pulso en forma continua y persistente se veía como “una consecuencia de la disminución de la masa total de sangre por la mayor pérdida de agua que se sufre en las alturas”. Hoy se interpretaría como una mayor “hemoconcentración”. De acuerdo con las conclusiones del autor, ello se sumaba a las bajas concentraciones de oxígeno circulante en la sangre de muchos capitalinos y eran los principales factores responsables de varias de las enfermedades señaladas anteriormente. Esos argumentos fisiológicos también podrían explicar, cuando menos parcialmente, a los médicos porqué los niños capitalinos se deshidrataban y morían con mayor facilidad especialmente en los veranos calurosos y quizá también la mayor morbi letalidad observada en madres y puérperas mexicanas.¹⁹⁶

Con el característico lenguaje de su época, el profesor Carmona y Valle introducía a sus discípulos en el mundo acústico del corazón humano: “siempre que los líquidos corren por superficies ásperas o que bruscamente pasan de canales estrechos a otros amplios y viceversa, no lo hacen silenciosamente sino produciendo ruidos.”¹⁹⁷ He aquí una clara referencia a los soplos cardiacos. La región precordial –área anatómica que delimita la dinámica funcional cardiovascular– se convertía a los ojos del maestro y sus alumnos en un terreno fértil para detectar ruidos procedentes de distintos puntos anatómicos. Orificios y válvulas en un entre

¹⁹⁶ Beaunis, Henri Étienne (1830-1921), *Les sensations internes*; Paris, F. Alcan 1889; Beclard, Jules (1817-1887), *Traité élémentaire de physiologie humaine comprenant les principales notions de la physiologie comparée*; Paris, Asselin 1866 (“Tratado elemental de fisiología humana comprendiendo las principales nociones de la fisiología comparada”; Herrera, Alfonso L., (1868-1942), Daniel Vergara Lope (1865-1938), *La vie sur les hautes plateaux: influence de la pression barometrique sur le constitution et le developpment des êtres organiques, traitement climaterique de la tuberculose* (“La vida sobre las altiplanicies: influencia de la presión barométrica sobre la constitución y el desarrollo de sus organismos; tratamiento climatérico de la tuberculosis”. [obra premiada por el Instituto Smithsonian de Washington D.C.]; Imprimeur de E. Escalante, 1899,); Vergara Lope, Daniel (1865-1930) *La anoxihemia barométrica : medios fisiológicos y mesológicos que ayudan al hombre a contrarrestar la acción de la atmosfera rarificada de las altitudes; la tuberculosis en las altitudes*; México, Secretaría de Fomento Oficina Tipográfica, 1893; Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, “Daniel Vergara Lope Escobar, una vida y una obra que se perdieron en la historia”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 140, núm.4, 2004, pp.412-416.

¹⁹⁷ Ramírez, Leoncio (1897) *Breves consideraciones sobre auscultación de la región precordial*; tesis inaugural; México, Imprenta del Gobierno en el Exarzobispado, p.30.

juego con la circulación de la sangre, generando diversos sonidos al servicio de la medicina clínica.

En esta dinámica importaba a maestro y alumnos conocer donde se originaban los soplos, cuáles eran las vías por las que se propagaban, cuál era su destino final y en que sitios se escuchaban mejor. Una multiplicidad de proyecciones, trayectorias, recorridos, así como diferentes matices, timbres, tonalidades de sonido que hacían de la exploración clínica de esta región corporal un ejercicio cuidadoso, arduo, paciente y detallado. Por otra parte, en el caso de los niños dilucidar el “carácter o temperamento nervioso” de los sujetos, devenía en una operación fundamental en el proceso diagnóstico. La “fenomenología nerviosa” infantil jugaba un papel revelador en la evolución de la enfermedad, la presencia de mayores complicaciones y aun en la respuesta a la terapéutica.

Un análisis detallado del texto del profesor Sosa permite vislumbrar que no bastaba con concluir que un paciente era portador de una neumonía, peritonitis o cáncer de la lengua; era preciso conocer muy bien al individuo, sus antecedentes, historia de vida e idiosincrasia. Se trataba de un proceso que se iba integrando durante todo el tiempo que el médico se relacionaba con el enfermo. Sus implicaciones importaban y tenían consecuencias no solamente en esa ocasión sino muchas veces en toda la vida del sujeto. En muchos casos marcaba también la vida del profesional. En la tabla 1 se muestran los tiempos y componentes de un interrogatorio clínico en la década de 1880.

Tabla 1. Tiempos y componentes de un interrogatorio clínico en la década de 1880

1° Generales	Herencia y familia Enfermedades anteriores [historia patológica]	Tipos de datos: Conmemorativos
2° Enfermedad actual	Síntomas Marcha [evolución] Presente	Históricos
3° Fisiología del sujeto	Idiosincrasia particular	Complementarios

3.2.1 El examen físico: un diálogo con el cuerpo humano

El profesor Secundino Sosa (1888) en su “tesis de concurso para la plaza de profesor adjunto de clínica interna de quinto año” de la carrera de médico cirujano, da un panorama muy elocuente de la metodología seguida en la Escuela en el entrenamiento de sus alumnos en las últimas etapas

de su formación escolar. Se trataba de un procedimiento sistemático y ordenado constituido por catorce pasos secuenciales seguidos por el médico para recabar información. Ver tabla 2.

Tabla 2. Procedimientos del examen físico, década de 1880

Examen: De lo general a lo particular Estudios microscópicos	Inspección y facies
	Palpación
	Tacto [-olfato]
	Percusión
	Auscultación
	Esfigmografía
	Oftalmoscopia
	Otoscopia
	Laringoscopia
	Cateterismos
	Punciones exploradoras
	Análisis de orinas y otros fluidos
	Inspección de excrementos

Fuente: Secundino Sosa, *El Diagnostico* (1888)

Los primeros cinco procedimientos señalados en el esquema anterior constituían la base de esta relación dialéctica establecida por el médico con el enfermo y su cuerpo y eran resueltos con los cinco sentidos del explorador. Los demás eran complementarios y eran obtenidos por medio de estudios de laboratorio y con el auxilio de instrumentos auxiliares. La decisión de realizarlos dependía de los hallazgos obtenidos en los pasos previos del proceso diagnóstico. La “inspección” permitía conocer la facies o *habitus* exterior del enfermo, percibir ciertos “accidentes o rasgos” que servían de guía para establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del enfermo. Los alumnos tenían como modelo pedagógico a los exploradores más experimentados o expertos, a los cuales debían seguir, alcanzar y eventualmente superar. “La eficacia y claridad con la que hablan, los rasgos del enfermo, al espíritu, se hacen más perceptibles cuando la vista se fija de una manera concreta y por lo mismo más poderosa en el semblante” del individuo. Esta frase evoca la importancia otorgada a este procedimiento por el médico de la época.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Sosa, Secundino (1888), *op.cit.*, p.19.

Se trataba de un verdadero acto de interlocución con el cuerpo enfermo, el cual “hablaba” y cedía sus secretos al más observador y capaz de descifrar su lenguaje. El tinte, la mirada, la postura de la boca, las dilataciones de las alas de la nariz, el enflaquecimiento o abotagamiento; la palidez, la cianosis o amoratamiento se “expresaban” de una manera elocuente. Palpación, tacto, olfacción, percusión, auscultación: procedimientos que demandaban una disciplina metodológica y secuencial.

Cabeza cuello, tórax abdomen y extremidades; de la línea media hacia afuera, de epigastrio a hipogastrio, descenso a hipocondrios y fosas iliacas; del centro a la periferia, de arriba hacia abajo; latidos cardiacos en la “masa y en la punta”, estremecimientos, “sucusiones”, frotamientos, soplos, estertores, crujidos, matideces, sonoridades, vibraciones vocales, timbres, intensidades, blanduras, durezas, firmezas, desplazamientos y “chapaleos”. Éstos eran fenómenos táctiles y auditivos con los que el médico debía familiarizarse en el transcurso de su formación académica, cuyo objetivo era informar al explorador sobre el sitio, tamaño, incremento, retracciones, involuciones, invasiones de líquidos, interposiciones de materiales gaseosos o sólidos, que indicaban cambios físicos de los órganos y tejidos humanos que anunciaban al médico la presencia de diferentes condiciones patológicas en el cuerpo del enfermo.

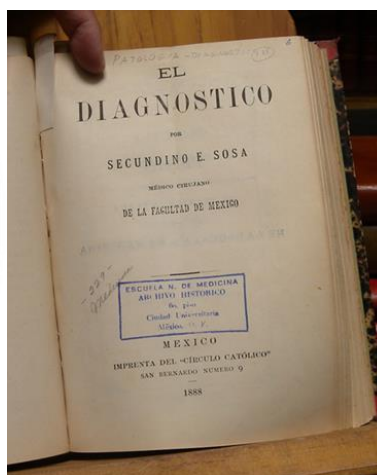
La percusión era considerada un procedimiento fino de reconocimiento clínico que proporcionaba al explorador de esa época datos de información exquisita y detallada obtenida “entre cuerpos de diferentes densidades interpuestas entre la superficie percutida y lo situado más profundamente”. Existían condiciones patológicas que no tenían otra manera de ser detectadas o diagnosticadas como los llamados “derrames laminares” en la pleura del pulmón que eran colecciones de líquido tan delgadas que podían pasar desapercibidas en muchas ocasiones pero que su detección podría significar el anuncio de una tuberculosis en etapas tempranas. Se trataba de un procedimiento que mostraba su mayor utilidad en el reconocimiento de la caja torácica y el aparato respiratorio o en los grandes vasos del corazón, donde los exploradores más diestros, mediante este procedimiento llegaban a detectar aneurismas aórticos o embolias pulmonares.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Sosa, Secundino (1888), *op.cit.*, pp.18-38.

Otro procedimiento de gran utilidad para el médico era la auscultación tanto mediata, por medio de aparatos, como la inmediata, directamente a través de la oreja del médico. Informaba sobre el tipo y características de los sonidos emitidos en diversos órganos. Siempre indispensable en el reconocimiento del tórax, permitiendo detectar, ubicar y categorizar un enorme rango de ruidos y sonidos de muy diversas tonalidades e intensidades: desde los muy finos “estertores crepitantes” característicos de las bronconeumonías infantiles hasta los ásperos “soplos cavernosos” de las grandes oquedades pulmonares que padecían algunos enfermos tuberculosos. Sin olvidar aquellos ruidos de “frotamiento” de las pericarditis reumáticas que llegaban a poner en alto riesgo la vida de los enfermos que las padecían o bien las frecuentes pleuresías de tan diversos grados; o bien detectar y ponderar los “chasquidos” producidos por las válvulas enfermas de un corazón.

La auscultación, no era un procedimiento ajeno a las normas de urbanidad y moralidad de la época, a las que no escapaban los médicos: “el estetoscopio debe usarse siempre en el ejercicio de la auscultación por cuestiones de educación, en las señoras” y además: “en ellas solo es permitido auscultar al médico en la parte posterior del tórax”. Por lo tanto, la capacidad de observación y la sagacidad en los procedimientos por parte de los profesionales, debería agudizarse en este tipo de casos.

DR. SECUNDINO SOSA (1888) *El Diagnostico*, México, Imprenta del “Círculo Católico”



El profesor Secundino Sosa (1857-1901) era originario de Puebla, Pue., formandose como médico en la ENM en la generación de 1876-1880, Fue profesor de clinica interna y se distinguió en la practica médica también como psiquiatra, siendo su centro de trabajo profesional el Hospital de Mujeres Dementes. Fundo la revista *El Estudio* e hizo diversos estudios sobre salud mental e higiene. En la prensa medica participó en el debate sobre el deber-ser y la ética de la profesión médica. Fue Secretario del Instituto Médico Nacional hasta su muerte en 1901. Se caracterizó por ser uno de los medicos que no apoyaron la tesis de la degeneración de la raza indigena.²⁰⁰

²⁰⁰ Vicencio Muñoz, Daniel, “Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol.47, enero-junio 2014, pp.79-119, p.87; Agostoni, Claudia, “Imágenes y representaciones de los profesionales de la medicina, entre el público, la ciencia y la prensa” en *Anuario del Instituto de Investigaciones Históricas* de la UNAM, 2006, pp. 399-419, p.404; Misma autora: “Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ciudad de México durante el Porfiriato” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 1999, pp.13-19, p.17.; Ana Cecilia Rodríguez de Romo, Gabriela Castañeda López, Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, UNAM, Facultad de Medicina, Plaza y Valdés, Editores, 2008 pp.448-449.

Se trata de un procedimiento de exploración cuya antigüedad se remonta hasta la época clásica de la medicina griega. Hipócrates “el padre de la medicina” lo practicaba y se refería a “un ruido en el pecho debido a la presencia de agua”, haciendo una analogía con el “sonido producido por vinagre hirviendo”. El conocido médico de la isla de Cos también describió los fenómenos del “frotamiento” o “frote”²⁰¹ Otros personajes como Coelius Aurelianus, médico romano del siglo V traductor de la obra de Soranus de Éfeso, y los renacentistas Ambrosio Paré (1510-1590) gran cirujano francés, “padre de la cirugía y de la medicina militar” y William Harvey (1578-1657) descubridor de la circulación sanguínea conocieron también y practicaron el procedimiento.

Laennec tuvo el mérito de generalizar, difundir, sistematizar y darle una nueva dimensión a las aplicaciones clínicas de la auscultación y determinar “de forma casi matemática las relaciones existentes entre los signos estetoscopios y las lesiones anatomo patológicas así como de perfeccionar el método”. Comenzó sus ensayos en 1816 con una joven enferma del corazón. Para este autor y muchos de sus contemporáneos el sexo y la edad de los pacientes eran obstáculos para la auscultación directa o inmediata, ya fuera por “razones propias de la decencia, moralidad o urbanidad” o como en el caso de los niños pequeños, en los que las pequeñas superficies corporales limitaban mucho el campo auditivo del médico.²⁰²

El médico bretón sabía que el ruido se transmitía mejor por medio de cuerpos cilíndricos huecos, y escuchó a esta joven enferma a través de un papel enrollado sobre sí mismo. Al aplicarlo a su propio oído “se sorprendió al escuchar las pulsaciones del corazón en forma muy

²⁰¹ Hanna, Ibrahim, R., Mark E. Silverman; “A History of Auscultation and some of its Contributors”; *American Journal of Cardiology* 2002; agosto; 90:259-267; El “frote” o “frotamiento” se consideraban fenómenos acústicos originados en la superficie de las envolturas serosas (la pleura y el pericardio, cubiertas de pulmones y corazón) causados por asperezas propias de procesos inflamatorios o irritativos y que se “apagan” o desaparecen al ser ocupados por líquido, como sucede en los “derrames”. Sus nombres aluden al frotamiento causado por el cuero. Se comentan en esta sección ideas del texto de De la Fuente, Agustín, (1883) *Ligeras consideraciones sobre la auscultación en general*, tesis inaugural, México, Tipografía de Cayetano Bermudes y Hermanos, calle ancha num.12.

²⁰² Laennec, René-Théophile-Hyacinthe (1781-1826) *De l'auscultation mediate ou traité du diagnostic des maladies del poumons et du coeur: fondé principalement sur de nouveau moyen d'exploration*, Paris, chez J.A.,Brasser et J.S., Craudé libraires, 1819. Es la edición más antigua resguardada en el acervo histórico de la Academia Nacional de Medicina y las ediciones de 1820, 1827, 1837, resguardadas en el acervo histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, Palacio de Santo Domingo. Véase también Martínez Cortés, Fernando, *Carpio, Laennec y la invención del estetoscopio*, UNAM, Facultad de Medicina, 1986; Tres buenas y concisas versiones que parten del campo de la medicina sobre el trabajo de Laennec pueden consultarse en las revistas médicas *Thorax*: Sakula, A., “RTH Laennec 1781–1826: his life and work: a bicentenary appreciation”, 1981, pp.36:81–90; Keers R. “Laennec: his medical history”, *Thorax* 1981;36:91–94. Otra versión, inglesa en Bedford E. “Cardiology in the days of Laennec” *British Heart Journal* 1972 ;34:1193–1198.

clara y distinta.”²⁰³ Harvey, por su parte doscientos años antes describía la frecuente experiencia que se vivía en su época de “ver cuando un caballo bebe agua la cual al ser llevada al estómago del equino acompañaba cada movimiento de su garganta con un ruido, generándose un pulso perceptible por el tacto y el oído del observador [...] lo mismo ocurría en cada movimiento del corazón cuando pasa una cantidad de sangre de las venas hacia las arterias, un pulso se genera y puede ser oído dentro del tórax”. El mismo descubridor de la circulación en el contexto del Renacimiento daba la pauta en la historia de las experiencias médicas para preparar el terreno a la exploración clínica tal como se comenzó a realizar desde las primeras décadas del siglo XIX.²⁰⁴

La secuencia que seguían y los mecanismos que explicaban los ruidos generados en la víscera cardíaca fueron también motivo de una controversia que fue resuelta poco a poco especialmente con los trabajos de un veterinario y un fisiólogo fotógrafo: Jean Baptiste Auguste Chauveau (1827-1917) y Étienne-Jules Marey (1830-1904), ambos de nacionalidad francesa.²⁰⁵

3.2.2 La transmisión y conducción del sonido: la voz interior del cuerpo humano

Los sólidos son en general mejores conductores del sonido que los líquidos y éstos que los gases. Los cuerpos de consistencia blanda (como los tejidos grasos, viseras, músculos) tienen matices muy variados de capacidad de conducción. Esta fenomenología explica porque los sonidos se propagan tan desigualmente en el cuerpo humano. Aclara también la razón del porque el hueso, formado de la materia más sólida y densa del cuerpo, es tan buen transmisor de las vibraciones sonoras –como ejemplifica de modo notable la cadena de transmisión auditiva que caracteriza a los huesecillos del oído interno– nos hace entender también la razón de que podamos escuchar a distancia los “sonidos interiores” del cuerpo y que en ocasiones los ruidos del corazón se propaguen hasta el vértice de la cabeza.

²⁰³ De la Fuente, A. (1883), *op.cit.*, pp.13-14 ; Ramirez, L. (1897), *op.cit.*, p.21.

²⁰⁴ De la Fuente, A., (1883), *op.cit.*, p.13 ; Harvey, William, *Excitatio anatómico motu cordis et sanguinis in animalibus*, Frankfurt, sumtibus, Guilielmi Fitzeri, 1628 ; véase también : Wright, Thomas, (1810-1877) *La circulation de la sangre. La revolucionaria idea de Harvey*; traducido del inglés por Virginia Aguirre Muñoz, FCE, 2016, Breviarios; Suarez Mejido, Álvaro, (1974) “Del primer ruido cardíaco. Contribución al estudio del componente inicial auricular del primer ruido cardíaco”, *Revista Médica de Costa Rica*, vol. XLI, núm. 449; 143-154; 1974.

²⁰⁵ Hanna, Ibrahim, R., Mark E. Silverman, 2002, *op.cit*; Espinosa, R.E, Vlietstra R.E., Mann RJ. “JBA Chauveau, EJ Marey, and their resolution of the apex beat controversy through intracardiac pressure recordings”. *Mayo Clin Proc*; 58: 1983, pp. 197–202; De la Fuente, Agustín, (1883) *op.cit.*, p.19.

Diversos estados “morbosos” de consistencia sólida, como induraciones, neoplasias, tumores macizos, infartos y calcificaciones pueden mejorar la conducción del sonido y “hacer aparecer” ruidos que normalmente no se escuchan. Otro fenómeno físico de gran importancia que interesaba al clínico en etapa formativa era la resonancia manifestada por los sonidos al adquirir mayor amplitud y un nuevo timbre, originada en el interior de “las cajas armónicas vivas” del cuerpo humano que de manera análoga a lo que sucedía con los instrumentos musicales se convertían en verdaderos “amplificadores orgánicos”. La laringe, los bronquios, especialmente cuando se dilataban o estrechaban, las “cavernas pulmonares” generadas en la tuberculosis o los quistes que crecían dentro de la caja torácica.

El médico francés Sigismund Jaccoud (1830-1913) con fama de gran músico, fue referente casi obligado de galenos y tesistas que abordaron la temática de la metodología clínica; estudió y experimentó las diversas potencialidades que ofrecía la física del sonido clínico y “describió algunas de sus leyes.”²⁰⁶ Este destacado clínico francés descubrió después de muchas observaciones que en realidad poco tenía que ver la constitución de las paredes de las estructuras generadoras del sonido. En cambio, los espacios, formas y dimensiones configuraban toda una gama geométrica de la mayor trascendencia en el universo físico del sonido clínico. En su texto describe las diferentes percepciones de un sonido procedente de una cavidad cilíndrica con relación a otro originado dentro de una esfera, el caso de las oquedades o cavernas pulmonares. O como un sonido débil se magnificaba cuando procedía de una “caverna” de mayores dimensiones y adquiriría un “timbre anfórico” o “metálico” como el reproducido al soplar en una botella o ánfora o bien en un instrumento de viento o metal.

En su tesis, Agustín de la Fuente (1883) narra los desarrollos históricos de la metodología clínica partiendo de las aportaciones de Laennec. Continúa describiendo los trabajos de otros pioneros de la metodología clínica decimonónica que impactaron en la formación de los médicos mexicanos como Joseph Rouanet (1797-1865), quien trataba de aclarar la génesis del primer ruido cardíaco “constituido por el cierre de las válvulas aurículo-ventriculares” o el dúo didáctico en el campo de la propedéutica clínica formado por Barth y Rogers, quienes explicaron algunos

²⁰⁶ De la Fuente, Agustín (1883) *op.cit.*, pp.19-26; Jaccoud, Sigismund, *Leçons de clinique médicale faites a l'hopital de la pitie: 1885-1886* / par E. Lancereaux ; París: Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, Edición de 1887 Existe una traducción al castellano, *Lecciones de Clínica Médica dadas en el Hospital de La Piedad de París* traducción del francés por el profesor Esteban Sánchez de Ocaña, Madrid, El Cosmos, editorial, años 1883-1884.

fenómenos auditivos, como el “ruido de bandera” escuchado en las bronquitis, generado por la “ondulación de colgajos membranosos voluminosos” en el interior de los bronquios.

Este joven médico mexicano, de acuerdo con los parámetros aceptados en su época, explica cómo un “derrame determinado por una flegmasía” era capaz de “distender una cavidad” y de esta manera silenciar o hacer desaparecer ruidos –previamente percibidos– al formarse un “exudado seroso o purulento” en un pulmón enfermo. O bien como el oído humano era capaz de “distinguir un mayor o menor volumen de burbujas, así como su viscosidad, obteniendo de esta manera para el análisis datos e indicaciones precisas y preciosas sobre el tratamiento”²⁰⁷ Desarrolla también un aspecto interesante representado por la presencia de nuevas posibilidades en la exploración dentro del área de la clínica.

El uso de aparatos novedosos como el “dinamoscopio”, un “tallo de corcho o acero de 10 a 15 cm. de longitud y 5 cm de diámetro” que se utilizaba para escuchar ruidos que se verificaban en diferentes superficies corporales. Introducido por Collongues y Velpau en la Academia parisina de medicina en 1856, fue desarrollado por algunos investigadores como Barth y Dechambre para “estudiar las fuerzas del cuerpo humano”, diversos tipos de vibraciones, denominado “ruido rotatorio” por Laennec, parecido al zumbido producido por un carruaje o un tren en marcha. Su mejor aplicación fue para establecer el diagnóstico de muerte. La técnica también fue desarrollada en Latinoamérica.

Por otra parte, la tesis presentada por Leoncio Ramírez (1897) nos pone en contacto con las frecuentes discusiones entre los médicos, en las salas de los nosocomios, junto a la cama de los enfermos. Los distintos hallazgos encontrados por los médicos en los exámenes practicados generaban a menudo debates y disensos en los diagnósticos. Difundir las técnicas correctas para explorar a los enfermos, perfeccionarlas, buscar nuevas dimensiones, eran asuntos de gran trascendencia en la formación de los médicos, y en esa época tenía connotaciones especiales. No era raro que en las autopsias no se comprobaran los diagnósticos efectuados en vida de los pacientes. Había con cierta frecuencia hallazgos no sospechados por los clínicos.

La auscultación era considerada por el facultativo como una técnica reveladora de la dimensión funcional y dinámica de la enfermedad. Manifestaba al clínico no solamente el sitio preciso del mal, sino también su grado de avance en la unidad de tiempo y muchas veces hasta su

²⁰⁷ De la Fuente, Agustín (1883) *op.cit.*, pp.16-18.

naturaleza. Se consideraba como una técnica especialmente valiosa en el campo de la infancia: “cuando el paciente es un niño que no habla aun y no puede expresar sus sensaciones”²⁰⁸

Una lectura detallada de la tesis de este autor nos muestra como los métodos de exploración, en este caso la auscultación, servían no sólo para diagnosticar diferentes enfermedades, sino también eran una verdadera estrategia de investigación: conocer mejor las enfermedades, sus potencialidades y consecuencias; en una época en la que la metodología clínica y su aplicación cotidiana era un medio para allegarse de nuevos conocimientos y facetas de las enfermedades. La auscultación era considerada la reina, “la valiosa joya” de los métodos exploratorios del cuerpo y el “inmortal Laennec” como un parteaguas: un antes y un después de la medicina clínica moderna.²⁰⁹

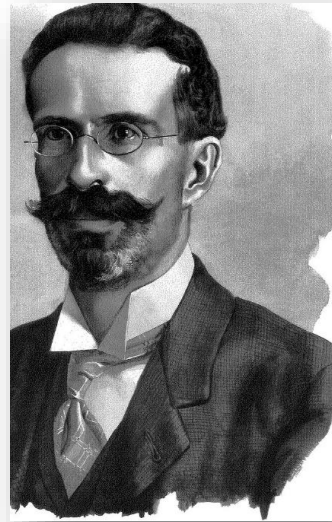
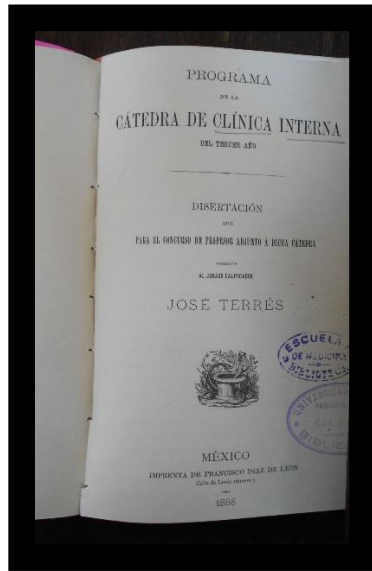
El sonido adquirió desde entonces una nueva realidad para la medicina clínica: dimensiones, espacios, direcciones, profundidades, volúmenes, cadencias, “turbulencias” y tonalidades; se adoptaron distintas posturas y posiciones corporales en los enfermos para darle mayor claridad, definición y nitidez a la nueva “voz de la enfermedad”. Los líquidos atrapados y movilizados dentro y fuera de las vísceras corporales dejaban su marca que el clínico “recogía” a través de sus sentidos.²¹⁰ Un corazón enfermo hablaba elocuentemente a quien supiera escucharlo. Muchos investigadores a lo largo de los siglos XIX y XX han estudiado y participado en un gran debate sobre los fenómenos relacionados con el origen, estructuras y dinámica de los sonidos o ruidos emitidos por las estructuras anatómicas del corazón. Entre ellos destacaron las investigaciones de Herbert Von Luschka (1820-1875), Auguste-Nicolás Gendrin (1796-1890), Françoise Magendie (1783-1855) entre muchas otras, impactando la formación del estudiante mexicano de medicina.²¹¹

²⁰⁸ Ramírez, L. (1897) *op.cit.*, pp.10-11.

²⁰⁹ *Ibidem*, pp.15-16.

²¹⁰ La función del estetoscopio desde sus orígenes y primeras etapas era delimitar el sitio de origen de los fenómenos acústicos, “reforzar” los sonidos para apreciarlos con mayor nitidez, así como precisar el tiempo exacto en que estos se producen, Ramírez, Leoncio (1897) p.23.

²¹¹ *Ibidem*, p.28; de acuerdo con los señalamientos de Ramírez, Magendie pensaba que el “ruido sistólico-ventricular” correspondía al sonido causado por el choque de la punta del corazón sobre la pared torácica. Esta aserción y otras que se formularon posteriormente fueron superadas por otras observaciones realizadas con el tiempo, y por los modernos estudios fono cardiográficos; Magendie, Francois, *Precis elementaire de physiologie*, Paris, Mequignon-Marvis, 1833; Véase: Olmsted, James, (1886-1956), *Francois Magendie, pioner in experimental physiology and scientific medecine*, New York, Schumann, 1945.



Retrato realizado por Alfonso Parra, profesor de dibujo de la Escuela Nacional Preparatoria en 1910, siendo Terrés, director

Dr. José Terrés, Catedrático de Clínica Interna, 3er año de la Carrera de Médico-cirujano

Nació en la Ciudad de México el 6 de julio de 1864, siendo hijo de D. José Mariano Terrés y de Dña. Delfina Jimeno. Fue discípulo del profesor Gabino Barreda (Escuela Nacional Preparatoria, 1876) quien impactó grandemente su formación como médico, desde su ingreso a la carrera en la ENM (1881). Los días 30 y 31 de marzo de 1886, presentó su examen profesional, siendo su sínodo formado nada menos que por los profesores Eduardo Liceaga, Rafael Lavista, Agustín Andrade, Adrián Segura y Maximiliano Galán. El mismo año en que se recibió de médico, ganó el concurso de oposición para la Cátedra de Clínica Interna del tercer año de la carrera, defendiendo la tesis analizada en esta investigación, siendo aprobado por unanimidad. Se le recuerda como un profesor muy exigente y enérgico en sus clases y al mismo tiempo muy apreciado y respetado por sus alumnos con un gran amor y dedicación a la enseñanza de la clínica médica. Falleció el 3 de febrero de 1924 ²¹²

²¹² Programa de la Cátedra de Clínica Interna del Tercer año. Distertación que para el concurso de profesor adjunto a dicha cátedra presenta al jurado calificador. México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1888; *Atlas Histórico de la Escuela Nacional Preparatoria desde su fundación hasta los momentos de celebrarse el centenario de la*

Leoncio Ramírez nos da también a conocer a Paul Niemeyer (1832-1896) quien fuera un gran experto en las enfermedades cardíacas infantiles. Descubrió y describió un soplo audible en el dorso del tórax infantil muy cerca del borde interior del omoplato. Era un hallazgo presente sobre todo en los niños en la segunda infancia, especialmente en los escolares y púberes anunciando estrecheces de la válvula aortica del corazón. Para explicar el origen de los diferentes sonidos, diversas tonalidades y timbres, los viejos maestros de la clínica francesa recurrían a frases como ésta: “en la válvula mitral se oyen a menudo ruidos musicales sistólicos cuando el ventrículo izquierdo está atravesado por bridas tendinosas anormales que se atirantan más en el momento de la sístole cardíaca” Esta frase es original de Paul-Louis Duroziez (1826-1897) uno de los grandes metodólogos de la pedagogía clínica cardiovascular francesa ²¹³

Continuando con esta lógica, el profesor José Terrés -por su parte- enseñaba también a sus alumnos a adquirir un pensamiento o razonamiento topográfico del cuerpo humano. Siguiendo una secuencia metodológica perfectamente ordenada, le daba un seguimiento puntual a los sitios de mayor importancia clínica en el estudio de las enfermedades cardíacas, conformando todo un “mapa acústico” de la región anterior del pecho de los enfermos. ²¹⁴

3.2.3 Auscultación “inmediata” contra auscultación “mediata”

La mayor aplicación de la auscultación inmediata (anteponiendo el oído o la oreja del médico aplicada directamente sobre la superficie corporal) estaba en la exploración del pulmón y del

proclamación de la Independencia, (septiembre de 1910), Facsimil publicado por IISUE, UNAM, 2008, p.47; Somolinos Palencia, Juan, *El Dr. Don José Terrés y su tiempo*, México, (Sin casa editorial identificable), 1973, catalogo en la BNL, R468 T4, S65; Germán Fajardo Dolci *et al*, “El doctor José Terres y su tiempo”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol.62, núm.3, julio-septiembre de 1999, pp.219-225.

²¹³ Niemeyer, Paul; *Precis de percussion et d'auscultation*: Paris, F. Savy, 1874;; Duroziez, Paul-Louis, (1826-1897)., *Traité clinique des maladies du coeur*; Paris, G. Stein Heil, 1891; describió en 1862 su célebre onomatopeya acústica (“Ritmo de Duroziez”) para memorizar fácilmente los hallazgos auditivos en la estenosis mitral del corazón. Se ha utilizado en el entrenamiento de muchas generaciones de médicos en el mundo entero y sigue vigente. Dentro de la tradición pedagógica y didáctica en la Escuela Nacional de Medicina en el área de la clínica cardiovascular nuestro tesista también destaca la influencia de un conjunto de clínicos franceses de distintas generaciones que fueron dando forma y afinando, causas y características del llamado “ritmo de galope” en el corazón (en alusión al sonido producido por el trote de un caballo) que permite diagnosticar la insuficiencia cardíaca. Entre estos personajes sobresalen los nombres de Jean Bouillaud (1796-1881), Louis-Jules Charcellay (1809-1893) y Pierre Carl-Edouard Potain (1825-1901), Bouillaud, J., *Traité clinique des maladies du coeur, precede de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe*; Paris; chez J.B.Bailliere, 1841, BNL, RC 681.A25 B68; Charcellay, L.J., *Maladies de coeur. Recueil d'observations sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques suivi de quelques propositions de chirurgie et de medecine*, Paris, 1836; Potain, P.C.E., *Clinique medicale de la charitie: Leçons et memories*, Paris, G. Masson, 1894, BNL R108, P67; Ramírez, Leoncio (1897) *op.cit.*, pp.31-38; 41-47.

²¹⁴ Terrés, José, *Guía del estudiante de clínica médica*, México, Imprenta Franco-Mexicana, 1920, pp.171-199.

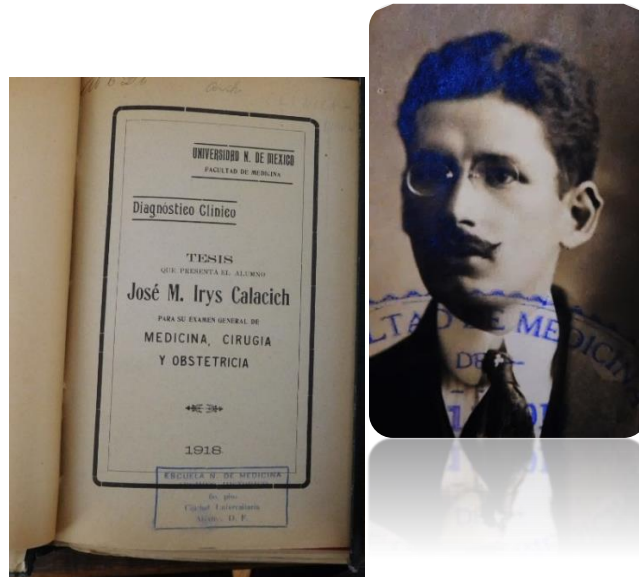
corazón, dada la mayor extensión de las superficies a estudiar y del tipo de sonido producido en estos órganos. Sobre todo, en aquellos escenarios en los que predominaba el dolor, y la opresión generada por un estetoscopio sería exageradamente molesta para un enfermo. Por otra parte, en esas épocas no siempre se disponía de un estetoscopio, su campo de acción en muchas ocasiones era “excesivamente limitado”, no existía la costumbre de su uso ni en el médico ni en el paciente.

Sin embargo, los nuevos desarrollos llevados a cabo por Laennec y sus discípulos se manifestaron en el impulso de una oleada de novedosas investigaciones, descubrimientos, observaciones múltiples y de descripciones detalladas, efectuadas por grupos de clínicos de diversos hospitales y nosocomios que enriquecieron enormemente la literatura médica. Entre los más experimentados en el tema y consultados en México –como se comentó en el caso de Agustín de la Fuente (1883) – destacaron los clínicos Jean Baptiste Barth (1806-1877) quien fue asistente y discípulo de Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787-1872) y Henri Roger (1809-1891) cardiólogo y pediatra francés, descubridor de un soplo cardíaco en los niños que lleva su nombre, quiénes fueron dos grandes estudiosos del interior del cuerpo humano y pensaban que los médicos tenían, gracias al estetoscopio, una enorme oportunidad de acción en la lucha contra la enfermedad. La opción por el uso del nuevo artefacto dependería finalmente de cada caso particular, tipo de enfermo, objetivos del explorador y de las características íntimas de los signos explorados.²¹⁵

Los primeros estetoscopios desarrollados durante las primeras décadas del siglo XIX eran principalmente innovaciones desarrolladas por Laennec y sus discípulos entre los que destacó la variante de Adolphe Piorry (1794-1879). Eran básicamente cilindros de madera con uno de sus extremos en forma de embudo y el otro el auricular una placa metálica de 3 a 5 centímetros de

²¹⁵ Véase, Barth, Jean-Baptiste-Philippe, M. Henri Roger, *Traité Pratique d'Auscultation, suivi d'un précis de percussion*, 5ª edición de 1860, Paris, Labé [Tratado práctico de auscultación seguido de un compendio de percusión]. Mismos autores, *Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie* (“Exposición metódica de las diversas aplicaciones de este modo de examen y del estado fisiológico y mórbido de la economía”) Quatrième édition, revue et augmentée, París: Labé, 1854, la versión traducida : “Compendio de auscultación y percusión” / traducido y extractado de la última edición de la obra de los señores Barth y Roger ; y aumentado con notas de las obras más modernas por D. Enrique Simancas Larsé Segunda edición, Madrid : Imprenta, Estereota. y Galvanopa. de Aribau y C., 1876; Guzmán, Miguel, R., “Medicina, dinamoscopía, comprobación clínica de las experiencias (sic) de Mr. L. Collongues”. Memoria de prueba para optar el grado de licenciado en la Facultad de Medicina”, *Anales de la Universidad de Chile*, mayo de 1877, p.411.

diámetro.²¹⁶ Los alumnos del gran clínico bretón, especialmente Piorry, sondearon nuevas rutas de la exploración clínica.



DR. JOSÉ MARÍA IRYS CALACICH (1918) *Diagnóstico clínico*, tesis que presenta el alumno...para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia

Nació en San Juan Bautista, (hoy Villahermosa) Tabasco, siendo hijo del médico cirujano D. José María Irys, y de Dña. Margarita Calacich. Estudió su educación elemental en su lugar de origen y la preparatoria en el Instituto Juárez del estado de Tabasco. Inició sus estudios de medicina, en la ENM de la Ciudad de México el año de 1912. Presentó examen de grado el 21 de septiembre de 1918, resolviendo tópicos de higiene, anatomía topográfica y patología médica. Fue aprobado en forma unanime. En su sinodo destacaron los profesores Francisco Hurtado, José Terrés y Angel Gaviño. Se le expidió su título el 23 de septiembre de 1918. Su padre, se recibió de médico en 1877, aprobado, a su vez, por los profesores Francisco Montes de Oca, José Lobato, Manuel Carmona y Valle, y Adrián Segura. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes Alumnos, expedientes de padre e hijo, núm. 1044; Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, BNL, UNAM en el Antiguo Palacio de Santo Domingo]

²¹⁶ Piorry, Adolphe, *De la percussion mediate et des signes obtenus a l'aide de ce nouveau moyen d'exploration des les maladies des organes thoraciques et abdominaux*; Paris, S. Chaude, 1828.

Finalmente, la tesis elaborada por José María Irys Calacich (1918) complementa en gran medida los señalamientos del profesor Sosa, detallando con mayor precisión los elementos constituyentes del proceso diagnóstico. Analiza la caracterología, así como las diferentes etapas y tipos de diagnóstico y ayuda a contestar diferentes interrogantes del médico: ¿cuáles? (síntomas de la enfermedad) ¿por qué? (identificación de la causa o etiología de la enfermedad), ¿Cómo? (mecanismos patogénicos involucrados en su génesis) ¿Dónde? (topografía y localización de las lesiones causales), ¿hasta dónde? (extensión y complicaciones de la enfermedad) y ¿en quién? (el sujeto portador, su psicología y caracteres sociales)

“el niño tiene intensos golpes de tos de forma convulsiva, interrumpido de vez en vez por inspiraciones profundas, que producen un sonido particular [el llamado “canto de gallo” o “coqueluche” en la expresión francesa] [...] adquiere un color amoratado con venas abultadas en la cara y el cuello y termina casi siempre expulsando [...] una mucosidad abundante y aspecto de clara de huevo”

En esta sucesión de eventos se convierte a una tos “quintosa” o “convulsiva” en un diagnóstico (muy certero o seguro) de “coqueluche” o tos ferina.

El médico debe analizar con fidelidad el valor de un fenómeno morboso asignándole un significado y un origen. Es un intérprete o mediador que busca introducir en un terreno funcional una serie de significantes. El síntoma se encuentra en la percepción y la mente del enfermo y el signo en la del médico.²¹⁷

3.3 La formación del médico mexicano en el campo clínico

Es posible realizar hoy en día un acercamiento detallado a las características de la formación del médico mexicano y a los lineamientos generales que poseía un entrenamiento clínico durante las primeras décadas del siglo XIX en México, gracias a los textos de los historiadores de la medicina mexicanos Fernando Martínez Cortés, José María Reyes, José Joaquín Izquierdo y Francisco Flores, entre otros.²¹⁸

²¹⁷ Irys Calacich, J.M., (1918) *Diagnóstico clínico*; tesis que presenta el alumno... para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia. [Sin indicación de imprenta], p.10.

²¹⁸ Martínez Cortés, Fernando (1986), Carpio, Laennec y la invención del estetoscopio, Facultad de Medicina, UNAM, México, pp.1-23; Mismo autor (1987), *La Medicina Científica y el Siglo XIX Mexicano*, México, FCE, pp.23-105; Reyes, José María, (1844) “Consideraciones acerca de la enseñanza clínica”, *Periódico de la*

3.3.1 Primera mitad del siglo XIX: Manuel Carpio

El profesor Martínez Cortés nos presenta el estudio de caso del médico veracruzano Manuel Carpio (1791-1860) quien formó parte del primer grupo de profesores del naciente Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833. La época activa del personaje ocurrió entre los años de 1816 y 1860, año en que murió. Durante esas décadas, la medicina mexicana no gozaba, de acuerdo con señalamientos muy críticos de personajes como Carpio o Casimiro Liceaga, del mejor de los prestigios. La cirugía se practicaba en el Hospital de San Pedro en Puebla y en el Hospital Real de los Naturales en la capital, ambos con grandes limitaciones económicas y técnicas para formar a sus cirujanos con la mayor competencia posible.

Carpio, originario de Cosamaloapan, Veracruz era, en su vida cotidiana profesional, un clínico muy práctico que prefería no complicarse y seleccionaba en su paciente “algún síntoma que creía característico” y sobre él se guiaba para llegar a su diagnóstico. Su fuerte fue tanto la docencia como la difusión del conocimiento científico y tecnológico, sobre todo en el nuevo campo clínico que se abría al médico de la época. En 1823 publicó los aforismos de Hipócrates que tradujo del latín y el artículo original del *Dictionarie des ciencias medicales* del francés, sobre el pectoriloquio, nombre que recibió en su inicio el estetoscopio, ya que el aparato reproducía los sonidos originados en el interior del pecho. Por lo tanto, Carpio representa con gran claridad un “eslabón entre dos épocas de la medicina mundial y nacional.”²¹⁹

La obra señalada del profesor Martínez Cortés nos detalla algunos de los componentes esperados en el perfil del “buen profesor” de medicina y de la metodología clínica: “precisión de ideas, solidez de juicio, claridad en la exposición en clase, animación de estilo, brillantez de colorido” encontrando sorprendentes semejanzas a las opiniones expresadas varios años después por José Terrés, otro de nuestros grandes clínicos y profesores de metodología y propedéutica, como veremos más adelante.

¿Cuál era el papel del profesor de acuerdo con el ideario de Manuel Carpio? “Obligaciones sagradas y tremendas [...] con las que no cumple si no trabaja incansablemente

Sociedad Filoiátrica de México, pp.97-100; 173-175.; Flores, Francisco A., *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, México, Imprenta de la Secretaria de Fomento, Tomo 2; Izquierdo, J., Joaquín (1956), *Carpio y los primeros escritos independientes en Pro de la reforma médica.*, México, Imprenta Universitaria.

²¹⁹ Martínez Cortés, F. (1986) *op.cit.*, pp.5-7.

sobre los libros [...] otra conducta es una crueldad que bien equivale a delito porque [...] se falta al deber y a la sociedad el día que contento de sí mismo deja el médico de estudiar.” “[...] es preciso pues adoptar todos los recursos en obsequio de los hombres” ²²⁰Se ve claramente que el profesor de medicina consideraba su propia labor como una gran responsabilidad hacia sí mismo y hacia la sociedad que confiaba en él. Uno de los vicios, defectos o desviaciones, más repudiados en los profesores era la mediocridad.

No era suficiente con el trabajo ejecutado y la exploración individual. Era fundamental revisar y estudiar en forma constante, persistente y metódica, “los hechos de los grandes prácticos.” Se trataba de la consulta y el examen de la experiencia de los autores más respetados o prestigiosos que contaban con los recursos y el apoyo de las grandes instituciones médicas de asistencia e investigación, hábito que se convirtió desde épocas tempranas en uno de los principales pilares de la enseñanza y la práctica de la medicina mexicana. A ellos se unieron con el tiempo las publicaciones de autores mexicanos, algunas de las cuales llegaron a ser muy populares y que resultaron relevantes en la formación clínica de muchas generaciones de los médicos de nuestro país.²²¹

Otra aportación importante realizada desde el ámbito académico del Establecimiento de Ciencias Médicas fue la de José María Reyes, catedrático agregado de esta institución de 1838 a 1841. Reyes consideraba que, para asegurar la aptitud y el mérito de un profesor, el único mecanismo eficaz era el concurso de oposición para ocupar las cátedras. La enseñanza de la clínica debería ser tutelada por catedráticos comprometidos, y el hospital contemplado como el escenario natural para la enseñanza de la clínica. Éste, caracterizado idealmente por un orden sistemático en la distribución de sus enfermos, de acuerdo con la diferente naturaleza y las propiedades de las enfermedades. Esto mejoraría sustancialmente la eficiencia y calidad de la atención médica y permitiría optimizar la didáctica de la clínica. La Escuela de Medicina debería administrar y regir al Hospital de San Andrés, en su calidad de escenario principal de la instrucción clínica de sus alumnos. La elaboración de historias clínicas “precisas, minuciosas y

²²⁰ Martínez Cortés. F. (1987), *op. cit.*, p.9, p.39.

²²¹ Dentro de esta tradición se destacan aquí, las obras del profesor Manuel Carmona y Valle: Carmona y Valle, Manuel (1889), *Catedras orales impartidas en el Hospital de San Andrés*, México, Imprenta de Eduardo Dublan, 80 pp.; y Carmona y Valle, Manuel, (1894), *Lecciones de Clínica Médica, dadas en el Hospital de San Andrés*, dadas por el Dr. D. Manuel Carmona y Valle, director de la Escuela Nacional de Medicina, profesor de clínica interna de 5º año, Revisadas y corregidas por el autor, recogidas y editadas por el alumno de la Escuela, Teodosio S. Pérez Peniche; éstas gozaron de gran popularidad entre el alumnado de la ENM según podemos verificar en los comentarios vertidos en algunas tesis elaboradas por sus discípulos..

en extremo verídicas e imparciales” en el nosocomio, se convertía en la base principal de una enseñanza de excelencia de la clínica y una atención médica de calidad en el hospital. Casi 50 años después -como veremos- el profesor José Terrés retomará algunas ideas de Carpio y de Reyes y las aplicará en la enseñanza de la clínica en sus propios alumnos, en un entorno diferente.²²²

3.3.2 Últimas dos décadas del siglo XIX

Analicemos la siguiente frase

El buen método es la primera condición de todo éxito [...] los hombres, más que doctrinas necesitan métodos, más que instrucción, educación [...] todo lo que contribuya a inculcar en nuestro ánimo los métodos más propios, más seguros y más probados de encontrar la verdad deben introducirse con el mayor empeño en la educación de la juventud.

En esta frase, original de Gabino Barreda, incluida y acogida por el profesor de clínica interna de la ENM, José Terrés en su tesis de concurso, se puede apreciar la gran presencia del pensamiento metodológico positivista en los educadores médicos de la época y que fue un legado que de alguna manera sigue permeando en la actual formación del médico moderno.²²³

Aprender a observar, a comparar, analizar, inducir y deducir, para conocer, abarcar la realidad y predecir el futuro de un “complicado organismo”: modificar una sucesión de fenómenos y formular leyes exactas. La doble misión del profesor de clínica: educar primero y enseñar e instruir después. La formación del médico era considerada como un proceso relativamente largo, que debía comenzar en el campo específico de la clínica relativamente temprano en la carrera de médico cirujano y debía ir aparejado con la enseñanza dirigida a los

²²² José María Reyes (1812-1885), fue una figura señera en la sanidad mexicana del siglo XIX. Desde sus publicaciones tempranas ya se puede destacar su espíritu crítico y vanguardista que lo caracterizó en su larga trayectoria. Formó parte del grupo de los primeros ochenta y siete alumnos fundadores del Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833. Fue catedrático agregado de la institución (1838-1841), redactor y articulista del *Periódico de la Sociedad Filoiátrica* y colaborador muchos años en la *Gaceta Médico de México* y otros foros. Véase Reyes, J.M , “Consideraciones acerca de la enseñanza clínica” en el *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, México, Imprenta de Vicente García Torres, en la calle del espíritu santo núm.. 2., 1844, pp.97-100; 2ª parte, febrero 15 de 1845, pp.172-175; semblanza biográfica en Rodríguez de Romo, A.C., Gabriela Castañeda López, Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la medicina científica mexicana, 1800-2006*, México, UNAM/Plaza y Valdéz, 2008, pp.397-398.

²²³ Terrés, José, (1888) *Programa de la cátedra de clínica interna del tercer año*. Disertación que para el concurso de profesor adjunto a dicha cátedra presenta...México, Imprenta de Francisco Díaz de León. pp. 4-5. [acervo histórico, Biblioteca Nicolás León FM UNAM]

educandos de las reglas que le permitieran conocer el estudio dinámico y estático del cuerpo humano, fisiología y anatomía, tanto en el gabinete del laboratorio y el anfiteatro como en el contexto clínico del nosocomio.

Que el alumno lo ejercite y lo practique, se acostumbre a explorar a los enfermos debidamente, en una acción metodológicamente correcta, con precisión y exactitud, crear el hábito para dominarla y siguiendo este camino “se convertirá en el punto de apoyo de la conducta del futuro médico.”²²⁴ Manuel Flores (1880) médico, filósofo y pedagogo agregaba en su tesis profesional que siendo la medicina una carrera eminentemente educativa y formativa no sería totalmente correcto o justificado que el estudio de la clínica se llevara a cabo *a posteriori* del dominio total por parte del educando de los secretos del organismo normal.

Siendo un estudio en alto grado educativo [...] el desarrollo de los sentidos y de los movimientos sobre todo tratándose de casos difíciles y de las artes elevadas [como se consideraba con frecuencia al ejercicio de la medicina] exige mucho tiempo, pero no mucha instrucción [...] la apreciación de semejanzas y diferencias a diversos grados de las impresiones que recibimos no exige el conocimiento previo de sus causas, relaciones, significación y consecuencias sino [...] simplemente un ejercicio constante y sistemático [...] en los primeros años y la educación de los sentidos por su aplicación al estudio de los fenómenos morbosos [...] sería un resultado seguro y altamente útil del estudio clínico.²²⁵

La clínica o estudio a la cabecera del enfermo era considerada como “el tipo perfecto del ejercicio médico que por su naturaleza tiene la doble cualidad de ser educativa a la vez que instructiva”. En su ejercicio “no hay facultad que no se ponga en juego: los sentidos, los movimientos, la inteligencia, la moral [...] el ejercicio de la medicina en toda su extensión y con todas sus dificultades.”²²⁶ Representaba para los educadores de la medicina, la hora de la verdad para el médico, cuando confrontaba sus habilidades, perfiles, capacidades, experiencia y personalidad, con la enfermedad junto a la cama de un enfermo.

Esta forma de pensar no era privativa de México. Robert Graves, uno de los grandes clínicos y pedagogos de la medicina, de acuerdo con Flores “quería que los niños destinados a la carrera de la medicina concurrieran desde su infancia a los hospitales, aun cuando no fuera sino para educar sus sentidos y adquirir ese cúmulo de dotes prácticas que solo se adquieren a la

²²⁴ *Ibidem*, pp. 7-9.

²²⁵ Flores, Manuel, (1880) *Educación del médico*, tesis inaugural, carrera de médico cirujano, ENM, México, Imprenta de Ignacio Escalante, pp. 124-125. El autor además de médico egresado de la ENM, era catedrático de pedagogía de la Escuela Nacional Secundaria para Niñas.

²²⁶ *Ibidem*, “La clínica”, pp.115-116.

cabecera del enfermo: el golpe de vista, la fineza de la percepción, la destreza manual, la sangre fría, el hábito, en una palabra, estudiar y manejar enfermos”²²⁷

Esta cita que está en concordancia con los orígenes, ya comentados, hablan de una práctica esencialmente empírica. La clínica y su metodología se constituían y convertían en la base de toda la medicina y en el núcleo fundamental del proceso de formación escolar y profesional de los galenos. El aprendizaje de los fenómenos fisiológicos y patológicos por parte del educando iba aparejado a todos estos recorridos intelectuales y prácticos que iba sumando cada alumno a la adquisición paulatina de sus habilidades clínicas en las salas y cuneros de los nosocomios.

Sin embargo, Terrés opinaba que el exponerse desde tempranas etapas a la interacción con los enfermos, en los nosocomios, no representaría necesariamente una ventaja sobre todo para algunos alumnos, “con el desenfrenado deseo de hacerse prácticos” ya que éste los conduciría irremediamente al viciamiento de su educación.”²²⁸

Por lo tanto, el educando debería ser muy cuidadoso, paciente y sobre todo prudente al acudir desde etapas tempranas de su formación a los hospitales e interactuar con enfermos. Terrés cita el caso de Armand Trousseau “el gran clínico francés” quien consideraba indispensable para obtener provecho de los estudios clínicos la previa adquisición de los conocimientos fisiológicos, pero aconsejaba a los jóvenes médicos desde etapas tempranas en su formación frecuentar los hospitales y observar constantemente enfermos.

Esos materiales confusos que se acopian sin orden y sin método serían excelentes (a la larga) ya que el médico recordará sus primeros casos al correr del tiempo, los guardará en su memoria y los sacará a relucir en el momento preciso cuando más les necesite en ventaja y provecho de otro enfermo [...] esos recuerdos me sirven con frecuencia, me instruyen todavía y los invoco con frecuencia [...] recuerdo sus principales síntomas, sus lesiones anatómicas, los números de sus camas [...] algunas veces los nombres de los enfermos que en esa remota época impresionaron mi espíritu.²²⁹

3.3.3 La interacción del profesor con sus alumnos

El objetivo central de la enseñanza de la clínica era que los alumnos se familiarizaran y dominaran las condiciones patológicas imperantes en la atención médica de la época, así como

²²⁷ *Ibidem*, p.125; Graves, Robert James, *Leçons de clinique médicale*, Paris, Delahaye, edición de 1863, traducida de inglés a francés por el profesor Sigismund Jaccoud.

²²⁸ Terrés, J., (1888), *op.cit.*, p.14.

²²⁹ Trousseau, Armand (1801-1867), *Clinique médicale de l'Hotel-dieu de Paris*; Paris, J.B.Bailliere , 2a edición, 1865, p.1.

conocer muy bien la caracterología de los diferentes síntomas de las diversas enfermedades. Los rasgos que caracterizaban al estudiantado, sobre todo en las primeras etapas de su formación como médicos: inexperiencia, inseguridad, exceso de confianza, debilidades motivacionales o vocacionales, desconcentración en su objeto de estudio, insuficiente adaptación al ambiente nosocomial demandaba del profesor mayor criterio y capacidad de juicio, conocer muy bien el nivel de avance y las capacidades de cada uno de sus alumnos en el campo clínico, intervenir más selectivamente en su trabajo con cada uno de ellos, seleccionar a pacientes adecuados a su grado de avance en conocimientos y dominio de la práctica.²³⁰

Especialmente en los primeros años de formación de sus alumnos, el profesor ponía el énfasis en el aprendizaje de los fenómenos normales y sus síntomas que debían ser perfectamente conocidos para ser comparados con los patológicos con los que se enfrentaba el educando en los nosocomios. El programa estaba por lo tanto diseñado para que los discípulos dominaran las sensaciones a la que daba margen la exploración de los órganos en su estado fisiológico. “La habilidad en la ejecución” (de los patrones exploratorios) [...] no era fácil de adquirir y por lo tanto exigía “perseverancia suma por parte de educandos y maestro.”²³¹

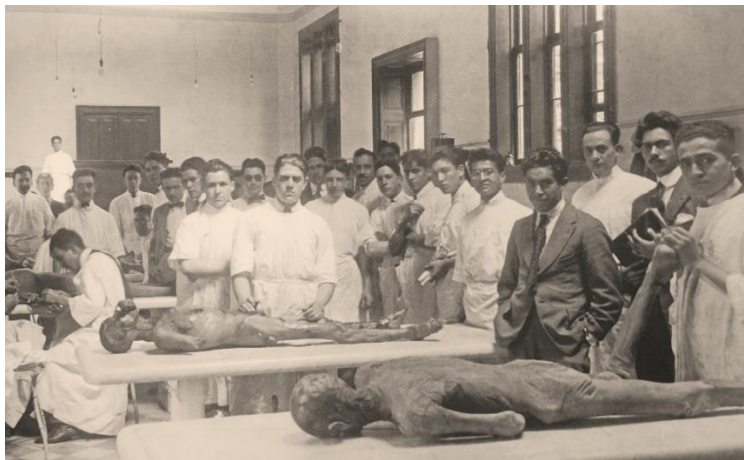
La perseverancia era una cualidad muy apreciada en la educación del médico: “el que tiene la costumbre de la observación puede apreciar lo que pasa desapercibido para el principiante, para el inatento o el que ha tenido una práctica viciosa de los procedimientos exploratorios o una escasez en la educación de sus sentidos.” De esto último dependería en gran parte la exactitud de un diagnóstico, “la justicia del pronóstico y el acierto en el tratamiento”. Por lo tanto, se exigía tanto en el profesor como en sus alumnos “mucho tiempo y gran empeño en la enseñanza de los medios de exploración.”²³² La limitación temporal del curso era un inconveniente importante para el proceso de enseñanza aprendizaje y demandaba en los alumnos trabajar mucho más tiempo por cuenta propia y en su tiempo libre, por lo que su formación dependería en una gran parte en su propia voluntad y sentido de superación.

²³⁰ El profesor idealmente debía dominar no solamente el campo del conocimiento clínico sino también conocer muy bien el nosocomio donde laboraba y era escenario de la enseñanza clínica, y aun sus aspectos administrativos y el tipo de pacientes y patologías por las que eran hospitalizados. Terrés se apoya en el texto y las ideas del clínico y pedagogo francés Jaccoud, Sigismund, (1830-1913) *Leçons de clinique médicale faites a l'Hôpital Laribiosiere*, Paris, A. Delahaye, E., Lecrosnier, 1881.

²³¹ *Ibidem*, pp.16-17.

²³² Terrés, J. (1888), *op.cit*, p.18.

Escuela Nacional de Medicina (1906), en VIESCA, Carlos, (coord.), *Historia de la Medicina en México*, México, UNAM, Facultad de Medicina, 2007, Portada.



Escuela Nacional de Medicina, sala de disecciones, 1930. en SILVA, C., Carlos Viesca, Martha Patricia Montero, *Historia de los servicios hospitalarios en México*, Ed. Clio, 2017, p.97.

Otro de los grandes obstáculos que enfrentaba el profesor era la “aridez” de los métodos de enseñanza utilizados habitualmente en los hospitales. A consecuencia de ello, de acuerdo con el profesor Terrés los alumnos no se concentraban en el objeto de estudio, sobre todo en los momentos importantes o cruciales. La falta de atención de los educandos era debida al método didáctico “poco juicioso” por parte del profesor lo que le demandaba mayor creatividad para mantener a sus alumnos interesados y atentos al proceso. Un educador “apático, poco entusiasmado con su trabajo y su misión, poco puntual, llevaba al desaliento y la apatía de sus alumnos.”²³³

Algunos alumnos a través del “contagio morboso” –como lo llama Terrés- adquirirían enfermedades imaginarias, originadas en los enfermos que estudiaban, o copiaban ideas, modales y lenguaje del profesor. Ciertamente era difícil de separar los planos objetivos y subjetivos en una actividad profundamente humana y humanística. El corto tiempo de trabajo clínico, maestro alumnos, era un elemento crítico que debería aprovecharse de la mejor manera posible en la mayoría de los hospitales que ejercían la enseñanza. La metodología preferida en la docencia de la clínica médica era el trabajo por grupos de alumnos, equipos de trabajo formado por varios educandos.

Los grupos de trabajo ejercían simultáneamente con varios enfermos diferentes, por lo general perfectamente seleccionados *a priori* por el profesor. Esto permitía al mentor evaluar más objetivamente el trabajo individual y colectivo de sus alumnos, ponderar su grado de avance, conocer “vicios” en la ejecución en cada uno de ellos, estimular la competencia como un medio existente ya desde entonces de superación y alcanzar metas específicas.²³⁴ Algunas fallas en la “educación sensual” de los alumnos no eran conscientes para ellos. Estas deficiencias poco concientizadas eran debidas a faltas de apreciación de matices “delicados” de alguna sensación. Estas apreciaciones tan sutiles podrían ser la diferencia en no efectuar un diagnóstico preciso en el momento oportuno: en el arte de la clínica la habilidad para realizar diagnósticos estaba principalmente en las áreas limítrofes de los sentidos.²³⁵

²³³ *Ibidem*, p.20

²³⁴ *Ibidem*, pp.21-26; La competencia en esa época vista como un elemento constituyente del trabajo clínico y un factor de estímulo en las labores cotidianas de enseñanza-aprendizaje p.22. El profesor de clínica debía ser no solo experto en observar a los enfermos sino también a sus propios alumnos o discípulos. pp. 22-23.

²³⁵ *Ibidem*, utilizando términos de la época, la “oscuridad” de un sonido obtenida al percutir una superficie, la ausencia del sonido mismo podría confundirse en algunos casos con “matidez” del mismo, que se puede interpretar como la disminución del mismo sonido en cuestiones de grado: de un sonido “mate, ahogado” a otro “brillante”

Otro modelo de trabajo que podía aplicarse en algunos hospitales era el aprendizaje sobre cadáveres que tenía la gran ventaja de que “se podían ejercitar algunos métodos de exploración con el mismo fruto que en el vivo”.²³⁶ Se podía comprobar exacta y objetivamente el resultado obtenido, “la relación existente entre los fenómenos apreciados por el examen de un órgano y su estado real: anatomía y patología. Esta idea alimentaba la creencia existente en ese entonces de que “el anfiteatro era un lugar fecundo para el estudio” y el entrenamiento se complementaba en el campo clínico.

Terrés proponía destinar dos o tres días de la semana a la de una exposición oral del profesor acerca de la manera más conveniente de aplicar los métodos de exploración, evitar ciertos vicios y “exponer algún asunto de interés surgido en las lecciones de la semana.” Una vez que los alumnos “estaban ya iniciados en la ejecución de algunos métodos”, el profesor debía comenzar a examinar personalmente a enfermos para que sus alumnos vieran la ventaja de “la variedad de la metodología clínica.”²³⁷

3.4 Una mirada diferente en la clínica de la infancia

¿Cómo se vivieron los procesos que se acaban de describir en México? ¿Cómo fueron asimilados por los estudiantes y maestros de la Escuela Nacional de Medicina? Para contestar estas preguntas se analizan algunas tesis que tratan sobre el método clínico y su aplicación a los seres humanos, enfermos, específicamente los niños. En esta sección se analiza un bloque de tesis cuyas temáticas principales versan sobre la pediatría como especialidad médica, el método clínico, sus orígenes y consolidación en la práctica médica, la concepción de la enfermedad infantil, sus características, sus representaciones sociales y culturales. Se analiza con más detalle cómo se fue construyendo el conocimiento y se fueron tejiendo las prácticas con relación al mundo infantil en nuestro país. Detectar quienes fueron los autores que aportaron a nuestros estudiantes y jóvenes médicos, los primeros elementos del conocimiento clínico y cómo fue aplicado a los niños mexicanos. Véase Tabla 4 del Capítulo 1.

claramente percibido como parecido al golpeteo de un tambor. En medicina clínica las referencias descriptivas de los hallazgos sonoros le daban gran parte de su esencia fundamental, p.23.

²³⁶ Ibidem, p.22.

²³⁷ Lineamientos muy semejantes fueron seguidos por el profesor Carlos Tejeda Guzmán en el curso de Clínica de enfermedades infantiles inaugurado el 10 de junio de 1893 en la ENM. Archivo Histórico de la ENM, Legajos 192, 260, expedientes 1 y 18. Folios 92 y 17 respectivamente, incluido en Del Castillo. C.R., (2013) *La Atención Médica y los Cuidados del Infante en la Ciudad de México (1880-1915)* tesis de maestría, UNAM, p.53.

3.4.1 La tesis de Mariano Herrera (1881)

Dentro de las tesis de medicina que abordan el tema de la medicina infantil destaca en forma muy notable la de Mariano Herrera (1881) quien fue un verdadero precursor de la pediatría en nuestro país al señalar y hacerse escuchar por la comunidad, que los niños mexicanos merecían una atención médica de excelencia, y la necesidad de establecer un curso o cátedra de medicina y terapéutica infantil en la Escuela Nacional de Medicina.

Herrera, como quizá también muchos de sus colegas, percibía un panorama muy preocupante en la deficiente y escasa preparación en medicina infantil tenían los médicos al egresar de la Escuela y las grandes dificultades y limitaciones que tenían al enfrentar la enfermedad de un niño. Este autor expresó también sus puntos de vista en la revista *La Escuela de Medicina*. Su tesis recepcional, publicada en 1881, fue considerada por el historiador Francisco Flores como la primera obra mexicana de pediatría “in extenso” en la literatura médica.²³⁸

La tesis de Herrera presenta, una visión muy detallada, de la mirada clínica que se tenía de la infancia en la época que se analiza. Su texto consta de 200 páginas y se trata de un verdadero tratado de pediatría, sintetizado en un espacio reducido. En él aborda diversos temas como la necesidad de un arte pediátrico en la medicina, las clasificaciones y periodizaciones de la infancia que estaban en boga, la constitución biológica especial de los niños, y “los elementos que lo han distinguido de la edad adulta”;²³⁹ también describe “los retos que tenía un médico que enfrentaba a un niño enfermo, los puntos críticos en el crecimiento y desarrollo de los pequeños,

²³⁸ *Ibidem*, (2013) pp.46-51; “En los niños no ya vencer, [sino] conocer simplemente la enfermedad es alcanzar un gran triunfo, puesto que todo tiene que hacerlo el médico hasta llegar por un arduo trabajo a fijar aproximativamente *sic* el diagnóstico [...] no podemos aprovechar el caudal de conocimientos adquirido en la práctica de los adultos ante la cabecera de un niño pues las observaciones que en aquel [el adulto] están a nuestro alcance, se hacen en éste [el niño] imposibles [...] nuestra Facultad no cuenta [con la enseñanza] en la que se dé a los estudiantes la instrucción necesaria sobre ésta materia y se les deja abandonados a sus propios esfuerzos que no en todos serán suficientes para llenar esta misión [...] el estudiante de medicina se ve atrojado, indeciso, incierto, cuando enfrenta a un niño” Véase a Leopoldo Ortega, Adrián Garay, y Mariano Herrera, “Importancia y necesidad de una clínica infantil” en *La Escuela de Medicina*, t II, núm.10, Noviembre 15 de 1880, pp.113-115; la tesis inaugural de Mariano Herrera denominada *Algunas consideraciones sobre pediátrica*, publicada por la Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1881, pp.1-57; Francisco Flores y Troncoso, *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, México, Secretaria de Fomento, tomo III, 1886, “Pediátrica”, p.67; véase también a Baeza Bacab, Manuel Antonio, “Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo XIX”, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 201; 74(1):70-78, pp.76-77.

²³⁹ Del Castillo, C.R, (2013), *op.cit*, p.47.

las especialísimas anatomía y fisiología infantiles y sus implicaciones con la patología, así como las características tan peculiares que manifestaban las enfermedades infantiles de su época.

El texto nos detalla los fundamentos del arte de curar a los niños y los principales atributos del médico para poder enfrentar con mayores posibilidades de éxito, la enfermedad infantil. Así mismo se refiere a las características generales de la materia médica y la terapéutica infantil. La imagen que nos presenta Herrera de la infancia es fascinante y vigorosa. El niño, un ser que se va modelando de acuerdo con lo que la naturaleza le ha reservado; la mirada de una gran transformación que incluía la conversión de una criatura totalmente instintiva en un ser pensante “en cuyo cerebro virgen de ideas empiezan a grabarse las primeras nociones de estética y moral, los primeros rudimentos de lo bello y de lo bueno”.²⁴⁰ Se trata de una visión “casi mágica”, que también significaba para los adultos y la sociedad que acompañaban al niño en esta metamorfosis, una gran responsabilidad social.

Cada niño debía ser tratado y considerado como un ser humano diferente. Un microcosmos con una naturaleza única, dependiente de su constitución o terreno biológico, psicógeno y social, que incidía directamente en su salud o enfermedad. Alimentación, hábitos, hábitat, clima, herencia y el periodo evolutivo de su crecimiento y desarrollo. El término “herencia” era utilizado con mucha frecuencia más que en su sentido mendeliano o biológico, en su concepción cultural y social, haciendo alusión a hábitos, costumbres, actitudes, creencias y representaciones sociales.²⁴¹ La naturaleza muy propia de las enfermedades infantiles, y su severidad es ampliamente comentada por Herrera: “enfermedades que no perdonan” como la tuberculosis meníngea, la enteritis simple o coleriforme, el *croup* o la difteria. La infancia “tiene afecciones exclusivas a ella, enfermedades que le son propias” y las que comparten con los adultos, se revisten de una “una modalidad especial, teniendo una fisonomía particular” por lo que se podrían considerar diferentes también.

Las características de la patología infantil se podían sintetizar en una frase acuñada por Barrier: “el exceso de vida, la actividad en el funcionamiento orgánico, la velocidad vertiginosa en los movimientos de composición y descomposición, por una parte, y por la otra el estado imperfecto y transitorio de los órganos, son las condiciones culminantes que domina la patología

²⁴⁰ *Ibidem*, p.47.

²⁴¹ *Ibidem*, pp.46-51.

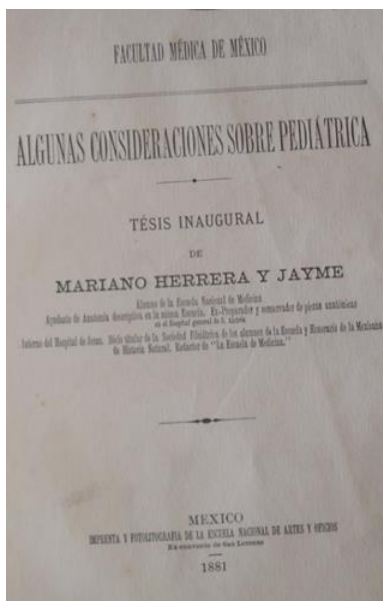
infantil”. El particularismo y la diferencia, típicos del niño, demandaban un abordaje y un enfoque individual en cada caso.²⁴²

Muchas de las enfermedades padecidas por los niños mexicanos eran de las consideradas como “diátesis” o “enfermedades constitucionales” es decir, en las que el niño llevaba el “germen” de una predisposición heredada por sus padres, de hábitos y costumbres moralmente consideradas inaceptables, enfermizas, o en desventaja social. Tal era el caso del alcoholismo, la vida disipada, la consanguinidad, los padres que “gastaban su vitalidad en lupanares y centros de vicio”, madres abandonadas, pobres o viudas que no contaban con la solidaridad de una familia o una pareja. El mismo efecto tenían la edad temprana o muy avanzada de los padres y su “estado valetudinario” o enfermizo. Ejemplos de estas enfermedades eran la escrofulosis y la tuberculosis, la sífilis, la sordera, y la sordo mudéz. Los llamados “idiotismo” e “imbecilidad”, la epilepsia, la corea y la histeria.

Herrera muestra algunos elementos que fundamentaban la enfermedad infantil. Tal era el caso de la dicotomía frío calor que tenía una importancia capital. El “enfriamiento” era un evento crítico en la inestable, delicada y vital calorificación del cuerpo infantil. Las “afecciones *a frigori*” como eran conocidas por los facultativos de la época “tenían dentro de su repertorio enfermedades, como la bronquitis capilar, bronconeumonía, catarros laríngeos y reumatismos principalmente” y no menos importante era su papel “en la supervivencia de los recién nacidos más pequeños y débiles”.

²⁴² Esta descripción ejemplifica y está acorde con los planteamientos ya mencionados de Cabanis. Véase: Barrier, Françoise Marguerite (1813-1870), *Traité pratique des maladies de l'enfance: fondé sur de nombreuses observations cliniques*, troisième édition revue et augmentée; París, F. Chamerot, edición de 1861. [«Tratado práctico de las enfermedades de la infancia; fundamentado en numerosas observaciones clínicas» Existe también una traducción al castellano de la primera edición de esta obra, denominada *Tratado Práctico de las Enfermedades de los niños*; “arreglado a las lecciones impartidas por Antonio Mayner” traducción llevada a cabo por Luis Oms y Garrigolas y por Juan Oriol Ferreros; Barcelona, Ramón Inder (ed), 1843.

DR. MARIANO HERRERA (1881) *Algunas consideraciones sobre pediatría*, publicada por la Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios.



Mariano Herrera era originario de la ciudad de Durango. Se recibió en 1881 como médico, con la tesis descrita. Se destacó como redactor de la revista *La Escuela de Medicina* durante varios años al lado de Leopoldo Ortega y Adrián Garay. Al correr del tiempo retornó a su ciudad natal, donde se estableció, teniendo una carrera exitosa como médico de hospital y catedrático en el Colegio Civil. Murió en su tierra natal los primeros días de abril de 1900. Sus compañeros redactores lo recordaron con afecto: “con profunda pena anunciamos a nuestros lectores la muerte de nuestro amigo y estimado compañero [...] con una carrera brillantísima se distinguió como anatómico y cirujano, prosector y practicante en los principales hospitales” *La Escuela de Medicina*, t.XV, núm.17, abril 1 de 1900, p.376

En un síntoma tan molesto y frecuente en los pequeños, como el “cólico intestinal” el “enfriamiento” podía jugar el papel central debido a su acción refleja que conducía a la congestión de las paredes intestinales. Este hecho era muy conocido por las madres, quienes sabían que los lienzos, fricciones, pomadas o linimentos calientes aplicados al abdomen y bajo vientre de sus pequeños “excitarían la calorificación” y les daría abrigo evitando los molestos dolores cólicos. El tema suscitaba gran ansiedad en las madres y sufrimientos en sus hijos. “Era común en los hogares la presencia de la reconfortante esencia de menta o de las maravillosas umbelíferas aromáticas como el anís y la yerbabuena.” Otro tema fundamental era la crianza. La sabiduría popular, y como también lo hacía un sector amplio de médicos, recomendaba a las madres evitar dar el seno cuando estaban sometidas a excitaciones morales, sustos, “cóleras”, pesares o alegrías súbitas, debido a la repercusión esperada en esas ocasiones en el organismo infantil.

Herrera considera la vida del niño como un proceso marcado por el paradigma evolutivo y adaptativo: el paso de un estadio incompleto, imperfecto, irracional y amoral a una entidad plena, perfectible, racional y virtuosa. Para el médico poco importaba que el pequeño paciente estuviera “en la flor de su edad”, es decir que sus características físicas correspondieran con las cronológicas. Lo importante en la práctica era que el pequeño “conservara un organismo potente y vigoroso” o por lo menos “con las fuerzas suficientes” para soportar los embates de las enfermedades propias de su época y las condiciones en las que vivía.

Por ello ponía énfasis en “el organismo debilitado y abatido”. Los cambios funcionales y anatómicos propios del desarrollo no se ajustaban a una medida exacta de tiempo. “La época de la lactancia”, el “periodo de la dentición”, “el tiempo del destete”, adquirían relevancia solo en la medida que representaban fenómenos especiales y particulares en los cuales los niños y sus madres, se enfrentaban a riesgos o peligros concretos. Herrera nos explica por qué el cuerpo infantil era considerado mucho más vulnerable a la enfermedad.

En el niño la maquina vital es tanta en los primeros tiempos de la existencia [que] una desviación cualquiera del orden normal causará trastornos y perturbaciones de consideración [y] por insignificante que se suponga ésta [desviación] puede traspasar fácilmente los límites de todo funcionamiento. Ese «exceso de vida» en el niño [representaba] una fortaleza [lo] que podía ayudarlo a sobrevivir pero también era su gran debilidad que constituía una desventaja ante los peligros y los retos que le presentaba en

su vida la propia naturaleza. Era como el símil de la locomotora que se descarrila: mientras más rápido corría, mayores eran los daños.²⁴³

Otro punto de gran interés son las tareas fundamentales del médico tratante para saber detectar y enfrentar los momentos críticos que podían poner en riesgo la supervivencia del menor. Estas etapas de la vida, exigían toda la atención de madres y galenos. Al médico y a la partera les correspondía atender el momento de la separación del cuerpo infantil del materno, cuando el niño debía emprender su propia carrera en la vida, ya como un ser individual: el corte o sección del cordón umbilical marcaba el momento del primer paso de la vida independiente. Los cuidados del cordón umbilical eran considerados de gran importancia, sobre todo en los ambientes nosocomiales de las maternidades, donde las epidemias diezaban periódicamente a niños y madres. Hemorragias, supuraciones, erisipelas, flebitis, “endarteritis”, flegmones y abscesos eran eventos cotidianos a los que estaban acostumbradas médicos, enfermeras y parteras de la maternidad.

El segundo momento crítico en la vida del menor de edad era su primera dentición y la misión de madres y médicos, consistía en verificar que se completara sin mayores incidentes ya que de esta manera el niño aseguraba su existencia y al superar esta crítica etapa de su vida, estaba en condiciones de continuar con su desarrollo entrando a una etapa de mayor dinamismo. El proceso de la dentición del niño era especialmente significativo ya que no solo se afectaba la función digestiva, sino que una vez ocurrido esto, se ponía “en vibración a todo el sistema”. Una simple gingivitis provocada por la erupción de un diente evolucionaba con cierta frecuencia a estados más graves. Fiebre intensa, alarma, agitación que llegaba a ser extrema, malestar profundo, y convulsiones. Era notable ver como la simple salida de un diente, que se tornaba difícil con irritación tan intensa de una encía, pudiera llevar a un estado clínico tan severo y alarmante, tanto para las familias como para los mismos galenos. Preocupación de madres, irritabilidad de bebés presas del “chincual”, ese molestísimo eritema, que se apoderaba de sus regiones genitales y glúteas, y que era curado maravillosamente con la aplicación de hierba mora y “pata de león.”²⁴⁴

²⁴³ Herrera y Jayme, Mariano, (1881), *Algunas consideraciones sobre pediátrica*, tesis inaugural. Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, pp.27-28.

²⁴⁴ Del Castillo, C.R., *op.cit*, 2013, pp.46-51.

El tercer punto crítico que el niño debería superar para continuar con su vida era el “destete” o su exposición por vez primera a alimentos distintos a la leche, una etapa que podía llegar a ser muy riesgosa especialmente cuando era inoportuna, a destiempo, prematura o imprudentemente llevada a cabo. Podía significar para un niño precipitarse en una espiral de imprevisibles consecuencias.

Herrera dedica una parte importante de su tesis a destacar las habilidades y capacidades que necesitaba poseer un médico que enfrentaba a un niño enfermo, como ha sido mencionado, el medio académico y escolar formativo capitalino dejaba mucho que desear en lo referente a la preparación y entrenamiento del médico en el campo de la clínica infantil. Por ello pasa a presentar el perfil del pediatra moderno.

Dentro de las cualidades necesarias destaca en primer término, un espíritu observador y analítico de “primera fuerza”, un juicio recto a toda prueba, una disciplina metódica, una gran capacidad de apreciar racionalmente los fenómenos y seleccionar los esenciales, y apreciar en su justo valor el significado de cada uno de ellos. El autor tenía conciencia de que la práctica desarrollaba el dominio de la observación y el estudio y la investigación la perfeccionaba. Recomendaba al médico novel acercarse poco a poco al niño; ser persistente, nunca darse por vencido; además del método y el orden la clínica infantil exigía mucha flexibilidad. Dar prioridad a las habilidades no verbales de comunicación, utilizar el lenguaje expresivo para tender un puente vinculatorio con el niño, abordarlo con sensibilidad, dulzura, criterio, “buenas maneras”, voz suave y clara. Tener una gran paciencia.

Recomendaba también aprender a confiar en los consejos de los maestros mexicanos, conocedores a profundidad del niño mexicano enfermo, quienes enseñaban que el niño poseía un “lenguaje natural” por medio del cual se comunica con el médico cuyo reto era interpretar con habilidad su “código” y hacer inteligibles sus señales. Era esencial aprender a observar y a entender la “fisonomía” de las enfermedades infantiles. Para Herrera, en un escenario en el que el protagonista era un niño, el factor humano se conformaba como la esencia y el centro del acto terapéutico.²⁴⁵

²⁴⁵ De acuerdo con sus compañeros redactores de la revista *La Escuela de Medicina*, Leopoldo Ortega y Adrián Garay, Mariano Herrera finalmente emigró hacia la ciudad de Durango, de donde era originario, en esa ciudad estableció su residencia. Tuvo una carrera exitosa, como médico de hospital y como profesor del Colegio civil. No volvió a publicar en la Ciudad de México y murió en el anonimato en los primeros meses del año de 1900. Su legado sería recordado por sus compañeros redactores: “con profunda pena anunciamos a nuestros lectores la muerte de

3.4.2 La interlocución médica con el cuerpo infantil: el examen físico del niño

Cruz Barrera (1894) por su parte, nos detalla en su tesis universitaria la relación dialéctica que establecía el médico con el cuerpo infantil. Barrera tenía experiencia en el examen clínico de los niños ya que laboró como practicante en las salas de niños en el Hospital de Maternidad e Infancia. Nos manifiesta en su tesis, la necesidad del entrenamiento del médico para proceder ante un niño enfermo: metodología, disciplina, orden, atención, detalle en la observación, actitud, paciencia, tolerancia, suaves maneras; habituarse a la presencia de los niños y acostumbrarse a tratarlos; aprender a escucharlos y a seguir consejos razonados. Profundizar en los hábitos de estudio y revisar a diferentes autores tanto extranjeros como mexicanos. Un elemento fundamental era aprender a familiarizarse con la fisionomía de las enfermedades infantiles.

El examen del niño era concebido no solamente por la necesidad de aplicar una metodología. Respondía también a una forma de interactuar: ¿Cómo se relacionaba el médico con el cuerpo, el organismo y el espíritu del infante? La enfermedad se manifestaba a los ojos del observador de muchas maneras. El sufrimiento de un niño aquejado por una enfermedad moldea su cuerpo, sus facciones, en cada padecimiento de acuerdo con su intensidad y su duración.

La contracción de los músculos de su cara va “estampando” y configurando las facciones, sus pequeñas caras evocan diferentes imágenes. “Los surcos, las arrugas acentuadas de su frente, la aproximación de sus cejas, el estiramiento de las comisuras de sus labios [...] caracterizan a los padecimientos dolorosos y agudos”; “la dilatación de las alas de su nariz, la palidez de su rostro y los pómulos enrojecidos” anunciaban la presencia de una neumonía; la nariz “afilada”, los pequeños ojos que perdían su brillo, ojerosos y amoratados, el abatimiento extremo del pequeño enfermo, eran signos inminentes de un *Cholera infantum* y sus consecuencias nada halagüeñas; el rostro triste y exangüe, “senil” que “hacía lucir al niño como un pequeño viejo” era una imagen frecuente en la mayoría de las enfermedades crónicas de la infancia.²⁴⁶ En esta última categoría destacaba el caso de la sífilis congénita en los niños que es tratada más adelante con mayor detalle.

nuestro amigo y estimado compañero [...] con una carrera brillantísima; se distinguió como anatómico y cirujano, prosector de la ENM y practicante de los principales hospitales”. Véase: La *Escuela de Medicina*, t XIX, núm.12, Junio 30 de 1904, p.278, t XV, núm. 17, Abril 1 de 1900, p.376; Del Castillo C.R., *op.cit.*, 2013, pp.46-51.

²⁴⁶ Cruz Barrera, J., (1894) *Examen clínico de los niños*; tesis para examen profesional, México, Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos (Tecpan de Santiago), pp.12-13; Herrera y Jayme, Mariano, (1881), *op.cit.*, páginas 69, 72, 74,76.

La postura que adopta un niño con su cuerpo es una estrategia que utiliza para aminorar el dolor y el malestar que lo aqueja y que el médico percibe y lo orienta cuando es observador, hacia el sitio donde se origina el sufrimiento de su pequeño paciente. Así lo entendía y lo explicaba Cruz Barrera en su tesis. Inquietud, cambios frecuentes de posición, flexión incesante del tronco o de las extremidades, ausencia de acomodo, quejidos constantes, llanto cortado. Conjunto que le da su ropaje o expresión al dolor y a la fiebre.

La destreza y la experiencia del galeno lo llevará al sitio donde se origina el padecer del pequeño enfermo. Para Barrera el dinamismo era en esa época un elemento fundamental en el examen clínico de los niños. El autor describe la técnica para realizar la exploración clínica en los niños utilizada por el médico francés Françoise Isidore Valleix (1807-1855) multicitado por los tesisistas en los temas relacionados con la clínica infantil.

Valleix era uno de los grandes expertos de la clínica francesa infantil. En la primera mitad del siglo XIX fue un “metodólogo” muy consultado en esa área. Siguiendo sus indicaciones Barrera logró construir una tabla de promedios del pulso obtenido en los niños hospitalizados en la sala de pediatría del Hospital de Infancia de la capital mexicana. Ver tabla 3.

247

Tabla 3. Rango del pulso de niños capitalinos (Hospital de Infancia)

EDAD	PULSO
8 a 30 días	115-150 pulsaciones por minuto
30 días a 6 meses	130-145
1 a 4 años	90-110
4 a 8 años	80-100
8 a 12 años	70-90

En los niños de la Ciudad de México, el número de respiraciones estaba en una relación con el pulso de 1 a 4. Con base en ello, los médicos podían establecer si las variaciones eran debidas a la fiebre o a alguna patología pulmonar o cardíaca. Lo anterior era relevante en los exámenes de niños con enfermedades infecciosas.

²⁴⁷ Valleix, François Isidore, *Clinique des Maladies des Enfants Nouveaunes*, París: J. B. Bailliere, 1858. Para obtener el pulso en el niño “estando el enfermito dormido se desliza suavemente la mano sobre la arteria radial, a nivel de la articulación de la muñeca” de esta manera respetando el descanso del niño “se siguen sus movimientos sin contrariarlo” y sería posible apreciar su pulso, “aun cuando esté en un grado de pequeñez extrema” Constatava el francés, en series grandes de casos, que el pulso en los niños era sumamente variable a diferentes edades y en muy diferentes circunstancias. Barrera, Cruz (1894) Examen clínico de los niños;

Un médico observador de esa época buscaba en el tórax infantil signos que lo orientaran hacia la presencia de enfermedades “constitucionales” como el raquitismo y el mal de Pott o tuberculosis de las vértebras. En estos casos, se podían observar las costillas deprimidas, aplastadas lateralmente, el hueso esternón proyectado hacia adelante, como la quilla de un buque; las “cabezas” de las costillas en su sitio de unión con los cartílagos podían formar prominencias a manera de “rosario”. El “tórax en quilla” y el “rosario costal” eran los dos elementos centrales del cortejo sintomático del raquitismo infantil.

También podía presentarse su extremo opuesto: el pecho hundido debido a los cuerpos vertebrales excavados por la tuberculosis; vertebras protruidas en sus dorsos que ocasionaban gibas deformantes, escena clínica del “mal de Pott” variante esquelética de la tuberculosis.²⁴⁸ En esta misma línea destacaba “el pecho en embudo” descrito por el clínico alemán Wilhelm Ebstein (1836-1912) quien lo asociaba a los trastornos del desarrollo que sufrían los niños con “herencias neuropáticas”. Este pediatra fue discípulo de Virchow y Romberg en la Universidad de Berlín y describió una malformación cardíaca que lleva su nombre.²⁴⁹

Entre los autores de libros de texto sobre metodología clínica y propedéutica pediátrica, más consultados por los profesores y el alumnado de la Escuela Nacional de Medicina destacan los siguientes: Françoise Isidore Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveaunes*; Eugene Bouchut, *Tratado práctico de las enfermedades de los recién nacidos de los niños de pecho y de la segunda infancia*, (1885), cuenta con una traducción al castellano; Jules Comby, *Traite des maladies de l'enfance*, (1897); *Tratado de las enfermedades de la infancia* traducción de la obra anterior; Joseph Grancher, *Traite des maladies de l'enfance*, (1904) ; Charles West, Ch., *Leçons sur les maladies des enfants*, (1881) ; A.N. Fillatow, *Diagnostic et semiologie des maladies de*

²⁴⁸ Herrera, M. (1881), *op.cit.*, p.100; Durante el siglo XIX el raquitismo era una enfermedad infantil común en Latinoamérica. La mayoría de los enfermos descritos, eran niños con desnutrición, por lo general huéspedes de asilos y orfanatorios, abandonados o hijos de madres pobres. El aceite de hígado de bacalao era preconizado para combatir este mal desde la primera mitad del siglo XIX asociándose a la ingesta de fosfato y agua de cal. La benéfica exposición de los niños a la luz solar, era aconsejada por la medicina desde finales de ese mismo siglo. Finalmente, el aislamiento de la vitamina “D” fue concretada en 1922 por un equipo de científicos de la Universidad de Columbia comandados por E.V. Mc Collum. Es de suponer que en la Ciudad de México donde la mayoría de los facultativos pensaba que gran parte de la niñez crecía en alojamientos oscuros y húmedos (las llamadas casas de vecindad) los signos de raquitismo eran hallazgos relativamente frecuentes. Iglesias Gamara, et al, Estudio de la osteomalacia y raquitismo en diferentes periodos históricos en Colombia, *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Oseas*, vol.10, núm.1, Enero-Febrero, 2001, pp. 8-18; Sánchez Ripollés. J.M., “Breve visión histórica de la vitamina D” en *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Oseas*, vol.14, núm.1, 2005, p.28.

²⁴⁹ Referido por el médico tesista Leoncio Ramírez (1897): Ebstein, Wilhelm, (1900) *Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica* publicado bajo la dirección de W. Ebstein y J.W., Shwalbe, traducido al castellano por José Góngora y Tuñón, Barcelona, José Espasa editor, tomo I “Enfermedades del aparato respiratorio y corazón”.

l'enfance, (1898) ; Louis Amat, L. *De la scrofule : histoire et doctrines etiologie, prophylaxie dans la premiere enfance*, (1889) ; Henri Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, (1883) ; Cadet de Gassicourt, *Traite clinique des maladies de l'enfance*,(1880) ; A.Vogel, *Traite elementaire des maladies de l'enfance*,(1872) ; Françoise Marguerite Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance: fondé sur de nombreuses observations cliniqués*, (1861) ; Textos que se han conservado en las bibliotecas a las que tuvieron acceso los alumnos y profesores de ENM.

Durante el periodo 1916-1925 se vivieron tiempos aciagos para la enseñanza de la clínica infantil en la ENM. La cátedra de Enfermedades de la Infancia inaugurada en 1893 desapareció de los planes de estudios, y la docencia en el área de la pediatría fue absorbida en calidad de curso para posgraduados por la Escuela Nacional de Altos Estudios de la Universidad Nacional de México. El 20 de marzo de 1918 fue nombrado por el presidente Venustiano Carranza el profesor Joaquín Cosío como titular de pediatría en dicha institución.

El profesor Cosío implantó un curso teórico práctico “que se caracterizó por el uso de artefactos modernos, conferencias, estudio práctico de los enfermos y experiencias especiales.” Estableció como modelo pedagógico la investigación en el desempeño académico de los alumnos. Como ejemplo de ello en 1918, se investigaron temas novedosos como el uso de éter sulfúrico en el coqueluche y los neoarsenicales en el corea infantil. Desde esta perspectiva podría considerarse a Cosío como el primer profesor universitario de posgrado en pediatría en nuestro país. Los alumnos graduados en este curso recibieron títulos de especialistas en pediatría avalados por la Universidad Nacional de México. Se formaron en las aulas y consultorios de la Beneficencia Pública ubicados en la 5ª calle de Bucareli y en la calle de Xicotécatl, en los Centros de Higiene Infantil y su sistema de salud, en el Hospital Morelos y en los pabellones infantiles del Hospital General de México.²⁵⁰

El profesor Mario Alfonso Toroella (1887- 1967) se hizo cargo nuevamente de la cátedra de pediatría en la ENM a partir de 1925, en un escenario histórico totalmente diferente al de 1893 y con otras bases ideológicas. Empezó extraoficialmente el año señalado, y sin cobrar salario (en calidad de docente sustituto). Posteriormente él mismo realizó las gestiones ante

²⁵⁰ Véase: Prado Vértiz, Antonio (1968), pp.469-486, p.475; AHUNAM-IISUE, Dirección General de Personal, Expediente de Joaquín G. Cosío, núm. 6372, folios 140, 141, 189; Del Castillo, C.R. (2013) *op. cit.*, 2013, p.60.

Alfonso Pruneda, rector en ese entonces de la Universidad Nacional de México para que el curso de pediatría regresara a la Escuela Nacional de Medicina.²⁵¹

En este contexto, la tesis de Carlos Gamiz Izurieta (1925) dibuja el escenario que se vivía en la Escuela de Medicina al iniciar la segunda década del siglo XX. En esos convulsos años existía una gran preocupación por los grandes problemas de salud que agobiaban a la niñez mexicana. A pesar de ello, la enseñanza de la clínica de las enfermedades infantiles pasaba por una crisis en el ambiente académico y escolar. Ciertamente no se estaba a la altura de la magnitud del problema que se vivía. La intención de este tesista era hacer un aporte al conocimiento de la propedéutica clínica para beneficiar a los niños que eran atendidos en las clínicas y centros de asistencia médica, para paliar la ausencia de literatura mexicana especializada en este rubro.

Dada la magnitud y la naturaleza que caracterizaba a las enfermedades infantiles padecidas durante esos años, el pediatra requería “de todo su criterio médico, y toda su disciplina para desentrañar el complejo patológico del niño.” En pediatría “saber observar, valorar lo observado y su aplicación correcta” adquiriría una connotación especial. El exterior del cuerpo infantil funcionaba como una ventana que orientaba al médico hacia diversas enfermedades frecuentes en la época: “pómulos enrojecidos y respiración anhelante” (neumonías). Demacración notable, piel seca, escamosa y arrugada (desnutrición crónica). Erupciones, exantemas, pústulas en la cara, en las manos y en los pies (sífilis con todo su repertorio). Las características del llanto de los niños, cuidadosamente apreciadas por un médico podían hacer la diferencia en el diagnóstico de muchas enfermedades: el grito doloroso de los pequeños atacados de sífilis, el clamor agudo proferido en los lactantes con meningitis o el lamento “apagado y triste” de los niños “atrepsicos” en etapas avanzadas de la desnutrición.²⁵²

Una vez más las enfermedades y sus complicaciones estaban relacionadas con las costumbres y tradiciones.

²⁵¹ Gómez, Federico, “La atención al niño enfermo a partir de la Independencia”, en Ignacio Ávila Cisneros et al, *Historia de la Pediatría en México*, 1997, op.cit., p. 315; Del Castillo, C.R, *op.cit.*, 2013, p.53; se señala el año de 1928 cuando el profesor Toroella realizó las gestiones y se hizo cargo oficialmente de la cátedra de pediatría médico-quirúrgica y en el año de 1930 también fue iniciador junto con el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes de una nueva era en el curso de posgraduados para pediatras; Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, Gabriela Castañeda López, Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana.*, 1800-2006, México, UNAM/Plaza y Valdés, pp.459-460.

²⁵² Gamiz Izurieta, Carlos (1925), *Algunos datos sobre propedéutica de la primera infancia*, pp.9-10, p.13, p.37.

La ascitis es muy frecuente entre los niños de nuestro pueblo por la gran frecuencia de la tuberculosis y la costumbre criminal de las madres en quitar el pecho al niño con pulque, por lo que con alguna frecuencia tenemos la pena de ver niños de dos años con su cirrosis atrófica.²⁵³

El profesor Toroella encausaba cotidianamente a sus alumnos en el arte de la propedéutica infantil: explorar el cuerpo de un niño, sentir el grado de humedad y de calor de su piel, la consistencia de sus huesos; efectuar un recorrido manual a través de los contornos de los pequeños cráneos, observar atentamente el grado de movilidad de las extremidades, acciones que podían convertirse en la clave para detectar una craneotabes de origen luético o una enfermedad de Little.

Cargar al pequeño, sopesarlo en los brazos, era una operación necesaria para verificar su robustez o su falta de desarrollo en un ambiente donde no eran de uso sistemático las básculas. Percibir la sensación particularísima de la piel aterciopelada de un pequeño enfermo de sarampión, la fluctuación de unos “orejones” a punto de supurar o los ganglios infartados en la nuca de un niño atacado de sífilis, eran tareas que en muchas ocasiones requerían de dedicación y arduo entrenamiento.

La mejor utilidad de la percusión torácica en un niño pequeño se encontraba en los casos de derrames pleurales consecutivos a neumonías, los cuales eran hallazgos relativamente frecuentes en los niños afectados de infecciones pulmonares. Aun recurriendo a procedimientos diagnósticos como la radioscopia, nada igualaba a una percusión bien realizada para delimitar con precisión los límites de un derrame.

En la década de 1920, todavía muchos médicos preferían efectuar la auscultación en los niños pequeños sin la intermediación de aparatos, a través de sus propios oídos, a diferencia de lo que ocurría en niños mayores, en quienes la “trompetilla acústica” o fonendoscopio tenía una mejor aceptación. El empleo más seguro del estetoscopio en los niños estaba dirigido a la exploración de los fenómenos acústicos del corazón.

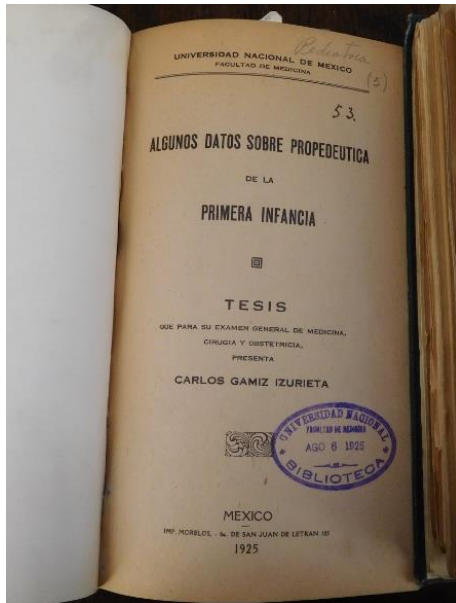
En general los ruidos cardiacos se perciben con mayor intensidad en los niños que en los adultos, están delimitados de un modo más preciso, dando una impresión parecida al golpe de una puerta que se cierra [...] siempre que en un lactante se perciba un soplo cardiaco intenso debe sospecharse *a priori* la existencia de un defecto de conformación.²⁵⁴

²⁵³ *Ibidem*, p.32.

²⁵⁴ Gamiz Izurieta, Carlos (1925), *Algunos datos sobre propedéutica de la primera infancia*, p.41.

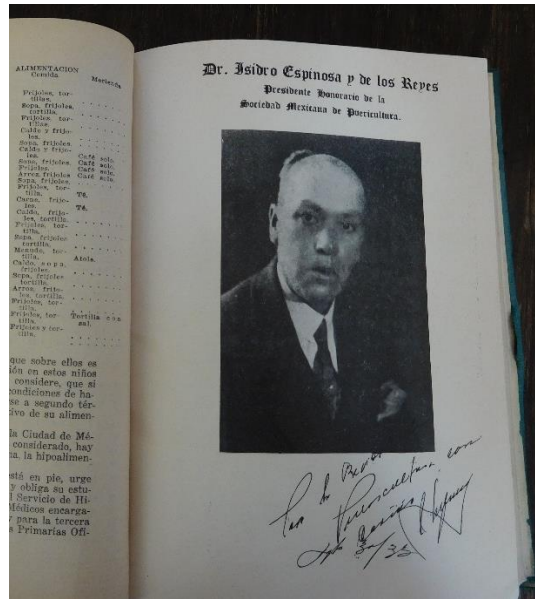
El hallazgo de soplos “orgánicos” del corazón debidos a malformaciones cardiacas se consideraba un evento relativamente raro en la práctica clínica, lo cual era concordante con la relativa baja frecuencia de internamientos por enfermedades orgánicas del corazón en los nosocomios de la ciudad. Quizá muchos niños de la época morían en sus hogares o en las calles de la urbe por esta causa, sin ser diagnosticados lo cual contribuía a las altas cifras de muertes infantiles. El dolor era un fenómeno aprendido desde la más tierna infancia y los niños quedaban vivamente sensibilizados a él. “Muchas veces los niños quedan tan aprensivos al dolor cuando se les ha producido una o pocas veces [...] dan señales [de dolor] ante el más ligero contacto o simplemente [a] la sola proximidad del médico o de sus manos.”²⁵⁵

²⁵⁵ *Ibidem*, Algunos datos sobre propedéutica de la primera infancia, páginas: 36-38; pp.40-42.

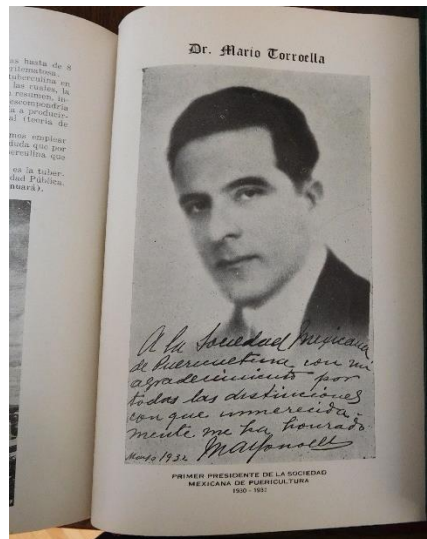


DR. CARLOS GAMIZ IZURIETA (1925) *Algunos datos sobre propedéutica de la primera infancia*, tesis que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta... México, Imprenta Morelos

Natural de Durango, fue hijo de D. Lorenzo Gamiz y Dña. Gertrudis Izurieta. Hizo sus primeros estudios en su tierra natal, cursando la secundaria en el Instituto Juárez de la misma ciudad y la educación preparatoria de 1910 a 1916 en el estado de Jalisco. Estudió medicina en la ENM a partir de 1917, presentando su examen profesional el 12 de agosto de 1925 en el Pabellón de Maternidad del Hospital General de México el 12 de agosto de 1925. Recibió su título de médico cirujano el 27 de agosto de ese mismo año y fue aprobado por unanimidad. Posteriormente estableció su residencia y sede laboral en Naolinco, Veracruz. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes alumnos, expediente núm. 47306]



Dr. Isidro Espinosa de los Reyes (1887-1951)



Dr. Mario Alfonso Toroella (1887-1967)

Revista Mexicana de Puericultura (1932), Biblioteca y Hemeroteca "Nicolás León", Facultad de Medicina, UNAM, Antiguo Palacio de Medicina en el Centro Histórico, Ciudad de México

Unos años más tarde, Federico Rhode (1929) publicó su “Ensayo sobre propedéutica infantil” para contribuir a la escasa producción de la literatura médica sobre el tema en el país. Especialmente buscaba apoyar el internado médico, periodo de la carrera, en el cual el estudiante tenía su primer contacto profesional con los enfermos en un nosocomio. Momento en el que se dejaba de contar con la férula solidaria del maestro y el joven facultativo ponía a prueba todos los conocimientos obtenidos durante la carrera y debía echar mano de todo su potencial intelectual para resolver los graves problemas de salud que se presentaban en los hospitales.

Rhode coincidía con su colega Carlos Gómez Izurieta en que la pediatría, más que otras ramas de la medicina, dadas las características de su objeto de estudio, el niño enfermo y el tipo de padecimientos que sufría, con diagnósticos complicados en muchos casos, demandaba del profesional una gran cuota de orden y método en el proceso clínico; además de sensibilidad y criterio en la toma de decisiones.

Como ejemplo de ello presenta el caso del vómito, un síntoma recurrente en los niños, tanto sanos como enfermos, con presencia en múltiples enfermedades tanto agudas como crónicas. Su investigación exigía al clínico, no solo orden y disciplina en su procesamiento mental, sino también de mucha armonía, equilibrio y estructura en la estrategia aplicada.²⁵⁶

El dolor manifestado por un niño enfermo era un síntoma de gran importancia que hacía incurrir en muchos errores a los médicos. Siendo el primer síntoma de muchas enfermedades infantiles, era subestimado en muchas ocasiones, pensando que se trataba de exageraciones o fantasías infantiles. “Cuantos casos de apendicitis se han agravado y han costado la vida a los niños por creer que exageraban o por hacer un diagnóstico de «simples cólicos por indigestión»”. “Por regla general el niño más que el adulto se queja únicamente cuando tiene motivo para ello, no debemos despreciar el síntoma dolor.”²⁵⁷

El texto de Rhode semeja a un manual en su formato, ordenado y clasificado en diferentes rubros que reproducen la historia clínica del niño, comenzando con su nacimiento y sus pormenores, para proseguir con un recorrido a través de su vida nutricional, incluidos su crecimiento corporal y su desarrollo mental. Los médicos de esa época sabían que muchas enfermedades marcaban la vida de los niños y dejaban huella en sus organismos. Mientras que

²⁵⁶ En la pesquisa clínica, el vómito infantil era como el símil de un veterano actor teatral que representa el mismo papel en diversos escenarios. Su actuación siempre es diferente en cada uno de ellos a pesar de ser la misma obra.

²⁵⁷ Rhode, Federico (1929), *Ensayo sobre propedéutica infantil*; prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, p.8.

otras sensibilizaban al cuerpo infantil y lo preparaban para enfermedades de mayor severidad o gravedad.

Se concluye que las tesis que abordaron temas de metodología clínica y la propedéutica médica en el área infantil presentan un panorama esclarecedor de cómo se fue conformando una mirada de la niñez en el área sanitaria. La calidad del entrenamiento escolar en estos procedimientos teórico-prácticos de la carrera se conformó como la herramienta más importante para luchar contra la enfermedad. La participación de alumnado con disciplina, orden y método adquiría un significado muy especial en la formación de los cuadros profesionales en el área de la salud, especialmente de los niños del país. Se vislumbra a la enseñanza del método clínico como un arma importante para combatir con mayor eficacia las graves enfermedades que padecían los niños algunas de difícil diagnóstico, y frecuentemente mortales.

Ejemplo de este tipo de enfermedades eran la tuberculosis, sífilis congénita e infantil y la desnutrición de la niñez, que se analizan en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. LOS TEMAS CENTRALES DE LA PEDIATRÍA

4.1 La mortalidad Infantil, las miradas y los análisis de los médicos: los grandes factores determinantes de la salud de los niños

Las ideas centrales analizadas en esta sección de la investigación están tomadas del pensamiento médico y sanitario de los tesisistas de la Escuela Nacional de Medicina (ENM) entre los años de 1872 y 1922. En dos apartados diferentes se comentan las opiniones e ideas originadas en las tesis escritas por los egresados de la ENM correspondientes a las áreas de mortalidad e higiene infantil y puericultura. Dos rubros de la salud de la niñez muy relacionados entre sí y que funcionaron como indicadores de bienestar y de calidad de vida de amplios sectores sociales a través del tiempo. Estos textos documentan visiones, intereses, inquietudes y preocupaciones que condujeron a muchas de las acciones que se tomaron con la intención de beneficiar a los niños de la capital mexicana durante la segunda mitad del siglo XIX, el Porfiriato, la etapa revolucionaria y el primer tercio del siglo XX.

La suma de su material informativo proporciona datos muy valiosos sobre los factores determinantes de las enfermedades sufridas por amplias capas demográficas de la capital, así como del papel jugado por la topografía, climatología y los diferentes hábitats de la urbe en relación con las muertes ocurridas en muchas generaciones de niños. Una atenta lectura de su contenido ofrece claves para entender el proceso de construcción de las infancias de las épocas estudiadas en sus facetas físicas, psíquicas y espirituales, así como de los procedimientos de vigilancia y cuidados en el desarrollo infantil del niño en sus diferentes estadios: desde la concepción hasta la adolescencia. Todo ello conforma en su conjunto las bases constitutivas de la puericultura que irán moldeando paulatinamente el perfil de la futura pediatría mexicana.

El acervo de estas fuentes históricas brinda puntos de vista muy diversos y desde diferentes perspectivas: médicas, biológicas, culturales, sociales, económicas y filosóficas sobre la niñez. En el capítulo se reúnen 50 años de la historia de México, que incluyen etapas de construcción, deconstrucción y reconstrucción del país, golpes de estado, asonadas, guerras intestinas y exteriores, tiempos de paz aparente, fundación de instituciones diversas. En este grupo de fuentes se incluye también una tesis de concurso realizada por un profesor de la Escuela, Demetrio Mejía, que aporta mucho a la riqueza analítica e informativa del conjunto.

El estudio de la mortalidad infantil significa para el investigador la principal puerta de entrada al mundo de la salud y la enfermedad infantil, ya que lo pone en contacto directo con los argumentos emitidos por diferentes autores en relación con el interés y las expectativas puestas en la niñez por la sociedad y los profesionales sanitarios de la época. El fenómeno de la muerte infantil ha sido a través de la historia una suerte de testigo privilegiado de los obstáculos opuestos al avance social y a las luchas por la igualdad y la equidad en diversas sociedades del orbe. La tasa de mortalidad infantil (TMI) ayer como hoy, es un indicador objetivo del bienestar de los pueblos. En él se reflejan diferentes fenómenos y procesos vitales, como lo son: la esfera nutricional y sus redes de producción, distribución, y recepción de alimentos, así como las características de las prácticas y los hábitos alimentarios; también refleja la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud y atención sanitaria; los procesos y alcances educativos; la calidad del medio ambiente y de las normas y leyes de los diferentes países del mundo.

La relación entre el analfabetismo, pobreza, incomunicación e insalubridad se advierte claramente en las cifras altas de mortalidad. Las muertes infantiles conforman una temática fundamental en el análisis social, sobre todo porque en una gran proporción son evitables.²⁵⁸ Los factores preponderantes que van marcando y acompañan a un descenso de la mortalidad infantil en un país, son el incremento del nivel de vida de sus habitantes: ingreso per cápita, acceso a la educación, nutrición, buenas condiciones sanitarias, habitación decorosa, acceso parejo o

²⁵⁸ La tasa de mortalidad infantil (TMI) mide el riesgo de muerte en niños menores de un año, y se expresa como el número de defunciones por cada 1000 nacimientos vivos en un año. En la actualidad es el principal indicador utilizado por los organismos internacionales dependientes de las Naciones Unidas (OMS, OPS y UNICEF) para medir calidad de vida de las poblaciones. Véase: Kumate Rodríguez, Jesús, (1997) “Síntesis histórica 1802” en Ignacio Ávila Cisneros et al, Historia de la pediatría en México, p.9; Narro, José; Rebeca Ponce de León, “Algunas consideraciones sobre la mortalidad infantil en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, México, , vol. XXII, núm.6, 1979, pp.281-294, publicado en la obra *La Mortalidad en México 1922-1975*, Ignacio Almada Bay, comp., IMSS, 1982.; Bustamante, Miguel E., “Observaciones sobre la mortalidad general en México de 1922 a 1969” en *Gaceta Médica de México*, 1972, vol.103, núm. 1, pp.47-56; Cordero, Eduardo, “La subestimación de la mortalidad infantil en México” en *Demografía y Economía*, 1968, vol. II, núm.1, pp.205-225. Para el tema sobre el fenómeno de la muerte infantil: Pérez Tamayo, Ruy, *Tres variaciones sobre la muerte*, México, El Colegio Nacional, 2014, pp.3-66; González González, Norma, *Estudio epidemiológico sobre la mortalidad infantil*, UNAM, 2004, pp.9-34.; Cohen, Aarón, (1996) “La Mortalidad de los Niños” en *Historia de la Infancia en la España contemporánea, 1834-1936*, director José María Borrás Llop; Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Fundación Germán Sánchez Ruíz Pérez, p.109.

igualitario de sus habitantes a los beneficios del conocimiento médico y los adelantos científicos y tecnológicos en salud.²⁵⁹

La curva que siguió la TMI en nuestro país a lo largo de los siglos XIX y XX ha sido ampliamente analizada por diversos autores y se puede resumir en las siguientes cuatro etapas:

1° Índices muy elevados de mortalidad infantil, oscilando entre las 200 a 300 muertes por cada 1000 nacimientos vivos detectados desde la primera mitad del siglo XIX.

2° Segunda mitad del siglo XIX y porfiriato: Índices elevados de 150 a 200 con promedios de esperanza o promedio de vida oscilando entre los 20 a 27 años.

3° Revolución Mexicana: Fuerte incremento de la mortalidad, cercana al millón de personas, tanto de muertes violentas por los hechos de armas, desabasto, carencias, hambruna, reducción en la fertilidad, un incremento de la migración hacia Estados Unidos así como por la presencia de varias epidemias entre las que destaca la de influenza “española” de 1918 y el tifo de 1915 con sus respectivos efectos devastadores.

4° A partir de 1921 se inició un descenso progresivo y lento de la curva con diferentes ritmos de descenso hasta llegar a las cifras contemporáneas, aproximadamente de 13 fallecimientos por cada 1000 nacimientos vivos en 2013.²⁶⁰

La mortalidad infantil como temática relevante y digna de análisis surgió en México a mediados del siglo XIX alcanzando su plenitud sobre todo en los albores del porfiriato. “La dimensión política de la demografía y el papel legitimador y pedagógico de la estadística adquirieron importancia”²⁶¹ y pasaron a formar parte del aparato organizacional y de control del Estado. El estudio de las tesis de la Escuela Nacional de Medicina sobre el tema de la mortalidad infantil nos demuestra que la inquietud y el interés por el fenómeno de la muerte de los niños, se originó en nuestro país, cuando menos desde 1845.

²⁵⁹ Morelos, José B., “Las diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México 1940-1960”, *Demografía y Economía*, 1973, vol. VII, núm.3, pp.113-125.

²⁶⁰ Bustamante, M., (1972) pp.47-56; En los países latinoamericanos se logró reducir la mortalidad infantil en un término relativamente corto. Otros países lograron el descenso mucho antes, incluso desde el siglo XIX, pero la curva tuvo un ritmo mucho más lento. Suecia, en una época carente de avances médicos y sanitarios como los actuales logró en un siglo lo que a México le llevó relativamente pocos años. Cordero E., (1968), pp.205-225; Camposortega, S., *Análisis Demográfico de la Mortalidad en México 1940-1980*, El Colegio de México; Agostoni, Claudia, Andrés Ríos Molina, *La Estadística en salud en México. ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, UNAM, Secretaría de Salud, 2010, pp. 9-164.

²⁶¹ Del Castillo, C.R., (2013), *op.cit.*, p.13.

Ese año José María Reyes inició los primeros estudios y el análisis sobre la mortalidad infantil en México. Dentro del marco de las teorías causales de las enfermedades endémicas, epidémicas y febriles de su época, Reyes abordó el impacto ecológico ambiental del Valle de México sobre la salud infantil, desde su particular visión de sanitarista. Este autor fue iniciador y un entusiasta promotor, del método estadístico “que más tarde se consolidaría como una herramienta fundamental para el estudio científico de los problemas de salud pública”.²⁶²

Sus hallazgos arrojaron una cifra de mortalidad muy elevada en los niños, muy cercana a la mitad de todos los fallecimientos. Estableció las primeras correlaciones meteorológicas, climáticas y ambientales con las enfermedades, destacando los principales factores determinantes de las muertes infantiles. Abordó también los factores culturales: creencias, actitudes, percepciones, costumbres y tradiciones, así como los aspectos biológicos asociados a la enfermedad y la muerte del niño. Propuso algunas soluciones como crear un hospital pediátrico en gran escala y una asociación protectora de la infancia.²⁶³

El principal objetivo de este capítulo es dilucidar cómo surgió el interés en el país por la salud infantil, así como las preocupaciones por mitigar y frenar esa pérdida masiva de “fuente de riqueza” que representaba la infancia. La “elaboración de sentimientos y acciones en este sentido” serán el precedente y la consecuencia de una “nueva medicina”: la pediatría y la puericultura. Los niños empezaron a ser considerados tanto por los profesionales mexicanos de la salud, como por amplios sectores de la sociedad como un capital humano, una potencial fuente de riqueza.²⁶⁴

²⁶² Del Castillo, Alberto, “Moral médica y secularización: el cuerpo infantil en el discurso médico del Porfiriato” en *Política y Cultura*, Departamento de Política y Cultura, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, núm. 16, otoño 2001, pp.143-169; Del Castillo, C.R., *La Atención Médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)*, tesis de maestría en historia, UNAM, 2013, p.39.

²⁶³ Ambas propuestas se hicieron realidad hasta los años 30 y 40 del siglo XX. Véase de REYES, J.M., “Memoria sobre la mortalidad de la ciudad de México, escrita por el señor D. José María Reyes” en *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*, México, Imprenta de Vicente García Torres, t.X, núm.1, 1863, pp.93-104; “Higiene pública. Limpia”, en *Gaceta Médica de México*, t.I, núm.9, 15 enero de 1865, pp.145-152, p.147; “Higiene pública. Limpia”, *Gaceta Médica de México*, 15 de abril de 1866, t.II, núm.8, pp.113-120; “Revista sanitaria de la capital. Constitución médica”, *Gaceta Médica de México*, t.X, 15 de febrero de 1875, pp.111-113; “Intermitentes perniciosas”, *Gaceta Médica de México*, t.X, 15 de junio de 1875 pp.225-229; “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, t.XIII, núm.20, 3 de junio de 1878, pp. 377-385; también el texto de AGOSTONI, C., *op.cit.*, 2010, pp.9-164.

²⁶⁴ Rodríguez Ocaña, Esteban, “Una medicina para la infancia” en *Historia de la Infancia en la España contemporánea 1834-1936*, dirigida por José María Borrás Llop, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruiz Pérez, 1996, pp.149-169.

Se presentan los puntos de vista de los tesisistas, sobre el fenómeno de la muerte infantil en sus diferentes dimensiones. Su mirada representa para esta investigación atravesar el dintel hacia mundo de la infancia. ¿Cuál era el tratamiento dado a los niños por el sector sanitario, la sociedad y el Estado en la época estudiada? Sabemos que los hijos de las clases privilegiadas eran vistos como una esperanza para nuestra nación. Los futuros ciudadanos, “que se encargarían de las funciones sociales y políticas de la sociedad” y de la dirección del país. Los niños de las clases populares serán considerados y encauzados para ser “los obreros del mañana” que contribuirían también a la construcción del país.²⁶⁵

4.1.1 La población: una fuente de riqueza

Los intereses puestos en la demografía trascendían al mundo de la infancia: se consideraba que la fuente principal del progreso y enriquecimiento de una nación radicaba en el crecimiento y desarrollo de su propia población. Sin embargo, esta idea encerraba conceptos tanto cuantitativos como cualitativos, pues no solo se trataba de que la mayor cantidad posible de individuos superara la barrera que representaba el periodo de la infancia, sino que también llegaran saludables a las etapas productivas de la vida y contribuyeran con creces a la construcción del país.²⁶⁶

Durante gran parte del siglo XIX la población de la capital mexicana se mantuvo estacionaria a pesar de las epidemias y de los movimientos demográficos ocasionados por las guerras y levantamientos armados. Una estimación realizada en el periodo comprendido entre

²⁶⁵ Cházaro, Laura, “Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines del siglo diecinueve” en *De normas y transgresiones, Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, Claudia Agostoni, y Elisa Speckman Guerra, editoras. IIH, UNAM, 2005, pp. 55-81; De la Peña, Sergio y James Wilkie, *La Estadística Económica en México. Los orígenes. Siglo XXI*, UAM Azcapotzalco, México, 1994, y la *Cronología de la Estadística en México (1521-2008)* consultada en la página electrónica del INEGI (inegi.org.mx) publicada desde 2009; Del Castillo, C.R., 2013, p.13.

²⁶⁶ Para el análisis historiográfico de la población en México, se consultaron varios autores: Cook, Borah W., *Essays in Population History; México and Caribbean*, Berkeley, University of California Press, 1974; de los autores mexicanos que aportan al análisis y a las estimaciones se destaca a : Arriaga, Eduardo, *New Life Tables for Latin American Populations in the Nineteenth and twentieth Centurys*, Berkeley, University of California, Press, California, 1968; Mier y Terán, Marta, *Evolution de la population mexicaine a partir des donnees des recensements 1895-1970*, Université de Montreal, 1982 tesis de doctorado; Bravo Becherelle, M., “Tablas de vida para México, 1893-1956”, México, *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, vol. 18, núm. 2, 1958.

1811 y 1838, indica que se requerían hasta 99 años para duplicar la población de ese entonces que oscilaba entre 160 000 y 200 000 habitantes.²⁶⁷

Un análisis de las tesis sobre mortalidad infantil nos muestra una visión médica sobre este fenómeno. Hasta fines de 1873 se había logrado mantener en la capital mexicana un frágil equilibrio entre sus cifras de natalidad y mortalidad. Sin embargo, a partir del quinquenio de 1874-1878 las cifras de mortalidad rompieron este balance y empezaron a exceder el número de fallecimientos en términos de miles de casos.²⁶⁸

Por lo tanto, la única razón del incremento poblacional en la capital era la migración interna existente desde los estados de la República hacia la Ciudad de México. La migración hacia la capital mexicana, procedente del interior de la República era un fenómeno demográfico muy común desde el siglo XVIII. Durante la primera mitad del siglo XIX la mayoría de los inmigrantes eran adultos y sobre todo mujeres, entre los 15 y 29 años, que entraban a la ciudad buscando colocación en el servicio doméstico o como nodrizas, huyendo del hambre, las epidemias, la violencia de las guerras y levantamientos armados. A finales del siglo, el perfil del inmigrante cambiará hacia el trabajo industrial y el peonaje.²⁶⁹

A diferencia de otros países del continente la migración internacional (europea básicamente) como fuente de nuevos habitantes no funcionaba en México, ya que “no atraía a

²⁶⁷ El padrón realizado en 1811 por el Juzgado de Policía de la ciudad registró 168 846 personas. Para 1813 el Ayuntamiento registró únicamente 123 907 habitantes, ya que habían fallecido 25 385 en las “fiebres misteriosas de 1813” según los cálculos de Orozco y Berra; En 1838 la Junta Menor del Instituto Nacional de Geografía y Estadística compiló 205 430 habitantes. Márquez Morfín, L., (1994) *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera*, pp.41-104; Orozco y Berra, M., (1973), *Historia de la ciudad de México desde su fundación hasta 1854*, México, SEP-Setentas, núm.112.

²⁶⁸ “Nuestra patria, tan rica en su suelo como escasa en su población, creciendo poco, descuidando la higiene pública en su capital y principales ciudades, progresa y adelanta con deplorable lentitud [...] Las naciones progresan por el crecimiento de su población” Mejía, Demetrio, (1879) *Estadística de Mortalidad en México*, Memoria de concurso premiada por la Academia de Medicina. Médico de la Facultad de México. Jefe de Clínica Interna de la Escuela de Medicina, Hospital de San Andrés; profesor de Química en el Colegio Militar; Socio titular de la Academia de Medicina de México. México, Imprenta de Ignacio Escalante, Bajos de San Agustín, núm.1, p.5.

²⁶⁹ “En México ha aumentado notablemente su población por familias que de otros estados pasan a radicarse en la capital de la República” [...] y también por extranjeros que con carta de nacionalidad o sin ella tienen ya una residencia duradera”. Mejía, Demetrio (1879), p.14; los niños, las mujeres y los ancianos eran habitualmente subestimados en los recuentos poblacionales de la época, ya que no entraban en la esfera de interés del Estado para el enlistado de tropas y contribuciones económicas; autores consultados para este y otros aspectos de la historia de la población en la Ciudad de México: Márquez Morfín, L., (1994) *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera*. México, Siglo XXI Editores, pp.59-70; Moreno Toscano, A., y Carlos Aguirre (1974), “Migraciones hacia la ciudad de México durante el siglo XIX, perspectivas de investigación”, Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México, México, DIH-INAH, *Cuadernos de Trabajo*, pp.1-26.

verdaderos obreros del progreso”.²⁷⁰ Por lo tanto la única solución para resolver este problema poblacional era detener la alta mortalidad infantil imperante e incrementar el promedio y la esperanza de vida al nacer de los mexicanos. Desde luego existían también otras razones de corte nacionalista y patriótico para “aumentar el número de hijos de la patria con leyes prudentes y morales, educándolos según los preceptos recibidos de las Academias y asociaciones médicas”. Y de este modo “generar ciudadanos fuertes, sanos, inteligentes, amantes de su patria”. Estaba claro que en fondo de las mentes permanecía aún la funesta memoria de las invasiones de nuestro país por ejércitos extranjeros.²⁷¹

Los análisis poblacionales realizados por los tesisistas –especialmente Gustavo Ruiz Sandoval y Demetrio Mejía– tienen como puntos de referencia original el Censo de Revillagigedo de 1793 y los cálculos llevados a cabo por Alexander von Humboldt en 1803-1807.²⁷² El primero de ellos es considerado por muchos el primer censo verdaderamente confiable en la ciudad de México de la época. Fue levantado en 1790 y publicado en 1793 registrando un padrón de habitantes de 112 926 personas. Manuel Orozco y Berra en un análisis posterior del Censo, encontró una subestimación del 13.4% debida a un “ocultamiento por temor al alistamiento en el ejército y a las contribuciones económicas” por lo que la cifra real habría que fijarla en 130 602 habitantes.

Humboldt le asignó una subestimación todavía un poco mayor, de 17.5% (137 000 habitantes). El científico alemán estudió la superficie, población, agricultura y varios ramos económicos del país, minas, fábricas, comercio y fuerza militar, apareciendo por primera vez su trabajo en diez artículos publicados en el *Diario de México* con el nombre de “Superficie y Población” en el mes de mayo de 1807, y posteriormente como libro en 1822. En ese mismo año se editó la “obra cumbre” del gran naturalista alemán.²⁷³

²⁷⁰ Quintanar, Agustín, (1889) *Ensayo de Estadística de Mortalidad Infantil en México*, Trabajo presentado para el Examen general de medicina, cirugía y obstetricia por el alumno...Ex alumno de la Escuela Nacional Preparatoria y Ex practicante del Hospital Juárez. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. Calle de San Andrés, núm.15., p.13.

²⁷¹ *Ibidem*, p.13

²⁷² El Censo fue llevado a cabo por Juan Vicente Güemes Pacheco de Padilla y Horcasitas, Segundo Conde de Revillagigedo (1740-1799), 53° virrey de la Nueva España. (Hijo del Primer Conde, también virrey, varios años antes). Véase a Agostoni, C., *op.cit.*, 2010, pp.23-27, Márquez Morfín, L., *op.cit.*, 1994, pp.41-63.

²⁷³ Humboldt, A., *Tablas Geográficas, Políticas, del Reyno de la Nueva España que manifiestan su superficie, población, agricultura, fábricas, comercio, minas, rentas y fuerza militar*, México, Imprenta de D. Mariano de Zúñiga y Ontiveros, 1822; *Ensayo Político sobre el Reyno de la Nueva España*, México, 1ª edición en español, París, 1822, Imprenta calle de la Rosa, Gran patio del Palacio Real, calle de Monttensier núm.5; la segunda edición corregida y aumentada enriquecida con mapas, París, 1827, casa de Jules Renouard, Librero, calle de Tournon

Dado que durante gran parte del siglo XIX ya no se realizaron otros censos importantes, que fueran suficientemente confiables, sino hasta los primeros cuatro censos nacionales oficiales en 1895, 1900, 1910 y 1921, nuestros tesisas se apoyaron en la labor realizada por el ingeniero, geógrafo y cartógrafo mexicano Antonio García Cubas, cuyo criterio estimativo de 0.8 aplicado al lento crecimiento demográfico de entonces, sirvió de base a Gustavo Ruiz Sandoval para llevar a cabo sus propios cálculos y estimar la población de la capital del país, en distintas fechas significativas para la sociedad capitalina. Véase tabla 1 ²⁷⁴

Tabla 1. Número de habitantes en la Ciudad de México (siglo XIX)

EVENTO	AÑO	NÚMERO DE HABITANTES
Guerra de Independencia	1810	131 026
Establecimiento de Ciencias Médicas (1833)	1830	151 986
Escuela de Medicina en Santo Domingo (1854)	1850	176 306
Triunfo Liberal y República Restaurada (1867)	1870	204 506
Porfiriato (1877-1910)	1889	450 000

Gustavo Ruiz Sandoval fue el autor de la primera tesis presentada por un estudiante de medicina mexicano analizando el tema de la mortalidad infantil (1872) cuyo tutor y asesor manifiesto fue nada menos que José María Reyes, un gran experto en su época en salud pública. Entre sus

num.6, ; sexta edición crítica con introducción bio-bibliográfica, notas y arreglos de D. Vito Alessio Robles, Editorial Pedro Robredo, México, 1941; Orozco y Berra, Manuel, *Historia de la ciudad de México desde su fundación hasta 1854*, México, Sep-setentas num.112, 1973. Referencias y comentarios de Márquez Morfin, L., *op.cit.*, 1994, pp.41-63.

²⁷⁴ Ruíz Sandoval, Gustavo, (1872) *Estadística de mortalidad y sus relaciones con la higiene y la patología de la Capital*; Si nuestros nacimientos aumentan, “procuremos disputar a la muerte a seres inocentes dignos de toda protección”. De acuerdo con el tesisas, el ingeniero García Cubas presentó sus cálculos y estimaciones en su “Estudio sobre la población de la República” en el *Diario Oficial del Supremo Gobierno de la República*, año de 1870 y también en sus *Apuntes relativos a la población de la República*, México, Imprenta del Gobierno en 1858 y en *Noticias Geográficas y Estadísticas de la República Mexicana*, México, Imprenta de J.M. Lara, 1857; El Ingeniero también colaboró en repetidas ocasiones en el *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*, a la que perteneció. En relación con la información referida en la tabla 1, Lourdes Márquez Morfin nos da cifras de 168 846 habitantes para 1811 y de 200 000 para mediados del siglo XIX lo que traduce una subestimación de 22.5% y 11.9% respectivamente en las cifras proporcionadas en la tabla, lo cual no está nada mal tomando en cuenta las difíciles condiciones para reunir información en esas épocas. Márquez Morfin, Lourdes, *La Desigualdad ante la Muerte en la Ciudad de México, el tifo y el cólera* (1813 y 1833), México, Siglo XXI editores, 1994, p.43.

hallazgos y datos relevantes destaca la clara relación del poder adquisitivo, el nivel socioeconómico de las familias y su estamento social, con las cifras de mortalidad. Queda documentado y declarado en su tesis que los habitantes más pobres, más expuestos y con menos satisfactores eran los que tenían las cifras más altas de mortalidad de la ciudad. Ruiz Sandoval reconocía en la “mortalidad de un pueblo” a un indicador relacionado directamente con “los pasos que una sociedad da para acercarse o alejarse de su bienestar”.²⁷⁵

Resultaba evidente que los habitantes más vulnerables a las enfermedades potencialmente mortales eran los más pequeños y los más pobres: los sometidos a los efectos deletéreos de la economía inequitativa, del medio ambiente y la topografía adversa. Ruiz Sandoval también calculó por primera vez el promedio y la esperanza de vida al nacer del mexicano capitalino en el periodo entre 1845 y 1871. Este indicador demográfico es de gran valor en los estudios de salud pública ya que es altamente sensible a la pobreza de los habitantes: la esperanza de vida de los más pobres puede llegar a ser hasta 20 veces menor que la de los más ricos y además está en proporción inversa a las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias. Mientras mayor sea la esperanza de vida de una colectividad humana menor será su proporción de niños fallecidos por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En su investigación, el tesista Ruíz Sandoval estableció este parámetro en un promedio de 26.7 años; una “cifra desconsoladora” sobre todo al comparar con el de otras naciones y “pueblos civilizados” como París con 40 años de vida media. Al iniciar el último cuarto del siglo XIX en el porfiriato, la cifra sería de 22.6 años. Otro de nuestros tesisas, Demetrio Mejía obtuvo para el año de 1876 una cifra aún más baja, de 18.7 años. El promedio de vida del mexicano de ese entonces, de acuerdo con estas fuentes podía llegar en muchas ocasiones a sobrepasar apenas los límites de la adolescencia.²⁷⁶

²⁷⁵ Siendo en esa época las unidades de recolección y recepción de los datos para formar la estadística de la capital los juzgados del Registro Civil, los que eran correspondientes a las zonas con el menor valor de la tierra y la propiedad arrojaban los datos con más alta mortalidad: área este-sureste correspondiente a zonas lacustres y apartadas: Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac, a pesar de su baja densidad poblacional. Para darnos una idea, en la última década del siglo XIX cerca del 32% de la superficie del Distrito Federal estaba ocupada por población rural, correspondiendo a la Prefectura de Xochimilco el 9.7%; es decir uno de cada diez capitalinos vivía en esta demarcación. Véase a García Cubas, Antonio, (1894) *Geografía e Historia del Distrito Federal*, México, Antigua Imprenta de E. Murguía, Edición facsimilar del Instituto Mora, 1993, pp.9-10; Ruíz y Sandoval, Gustavo, (1872) pp.15-16.

²⁷⁶ Ruíz y Sandoval, Gustavo, (1872), pp.17-18; Para Mejía era motivo de asombro “la crecida mortalidad en los primeros años de la vida”. Efectivamente las cifras mostraban que correspondía prácticamente a la mitad de todos los fallecimientos. Por lo tanto, resultaba de vital interés averiguar sus causas y “poner al servicio de la ciencia” los medios para resolverlo y poder incidir en el “lento y paulatino crecimiento” de la población. Este autor reporta una

Otro patrón poblacional muy característico, observado y analizado por los jóvenes profesionales de la medicina, era el alto índice de fecundidad que caracterizaba a las madres mexicanas.²⁷⁷ México vivía una época en la que se empezaba a dar un tratamiento estadístico demográfico al fenómeno de la muerte hacia la segunda mitad del siglo XIX mediante la medición de las transformaciones ocurridas en los procesos de mortalidad, natalidad, fecundidad.

El objetivo final de este proceso sería el de llevar al país a una transición demográfica, sentar las bases para una correcta interpretación de las mediciones y estimaciones realizadas para de esta forma poder crear nuevas expectativas en su cumplimiento: pasar de un estado de carencias caracterizado por alta mortalidad y fecundidad a otro con menos defunciones y nacimientos, para finalmente llegar a un idílico equilibrio demográfico dominado tanto por sus pocas muertes y nacimientos, caracterizado por la prosperidad económica.²⁷⁸

Desde mucho tiempo atrás la natalidad decrecía tanto en Europa como en América y la existencia de los niños estaba constantemente amenazada. Era una de las principales preocupaciones de los médicos y expertos en higiene. Por lo tanto, la mortalidad infantil se consideraba un fenómeno que requería un estudio minucioso en nuestro país con la finalidad de

pérdida de 1189 ciudadanos por año (muchos de ellos niños) en el periodo comprendido entre 1874 y 1878; Mejía, Demetrio (1879). El autor Mejía hace la aclaración que el año de 1876 hubo una epidemia de tifo que contribuyó a las cifras tan bajas de esperanza de vida. Compara con la ciudad de Oaxaca donde sus habitantes tenían seis años más de vida media que los capitalinos, p.7 y 17; Quintanar, Agustín (1889) p.16; Morelos, José B., “Diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México”, en Ignacio Almada Bay, *La Mortalidad en México, 1922-1925*, 1982, Edición del IMSS, pp. 113-125; Hernández Bringas, Héctor y René Jiménez Ornelas, “Un Panorama de la Mortalidad Infantil en México”, *Aportes de Investigación/48*, UNAM, CRIM (Centro de Investigaciones Interdisciplinarias) Cuernavaca, Morelos, 1991, pp.14-18.

²⁷⁷ En su tesis Jesús Rodríguez Tovar nos habla de la “gran fecundidad de las mujeres mexicanas” a las que trató durante su práctica hospitalaria. Y al mismo tiempo, de la elevada cifra de mortalidad de niños. Había muchas madres que llegaban a procrear hasta 22 niños de los cuales le sobrevivían solo tres; las que habían tenido 14 y solo uno de ellos habría sobrevivido, entre otros muchos ejemplos. Rodríguez Tovar, Jesús (1904), *Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México*, tesis que para el Examen general de medicina, cirugía, y obstetricia presenta al jurado calificador...alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México, ex practicante del Hospital General de San Andrés, ayudante de clínica del Instituto Patológico Nacional. México, Tipográfica “El Libro Diario”, 4ª del 5 de mayo, núm. 19, p.5. Rodríguez Tovar perteneció a la generación estudiantil de fin de siglo. Estudió la carrera de medicina entre los años 1895 y 1902. Presentó examen profesional: 13 de septiembre de 1905. Fue aprobado por unanimidad y sus sinodales fueron los profesores Nicolás Ramírez de Arellano, Benjamín Bandera, José Ramos, y Ruiz Endorzain. [Expediente 46 436, AHUNAM, Fondo estudiantes]

²⁷⁸ “A una natalidad fuerte le corresponde una mortalidad también elevada”, Del Pino, Víctor, (1911), *Higiene de la Primera infancia*, tesis inaugural que para el Examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta el alumno...texto mecanografiado, p.2; El proceso descrito se refiere a la llamada “transición demográfica”, dominado (para el caso de México y otros países Latinoamericanos) por un prolongado descenso en la curva de mortalidad infantil hasta llegar a la situación propia de los estados modernos, “civilizados”, desarrollados y tecnificados, en las postrimerías del siglo XX. González, Norma, “El estudio de la muerte como fenómeno social, La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico” en El Colegio de México, A.C., *Estudios Sociológicos*, vol. XVIII, núm.3, septiembre-diciembre, 2000, pp.677-694.

conocer sus principales factores determinantes. Para tal fin se impulsó el uso del método estadístico.²⁷⁹

4.1.2 La estadística de la salud en México: el estudio “moderno” de los procesos vitales

Como ya se señaló existe en nuestro país una tradición bien documentada en los estudios para conocer datos, hechos, riquezas en recursos materiales y humanos, que se remonta al periodo colonial en su etapa ilustrada y a los primeros años del México independiente. Un acontecimiento de primer orden en este ramo de la ciencia y la administración pública fue sin duda la creación del Instituto de Geografía y Estadística en 1833 por Valentín Gómez Farías y de su foro de información el *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística* en sus diferentes épocas.²⁸⁰

Ya vimos que los primeros estudios sobre mortalidad infantil y la aplicación de la estadística en salud fueron llevados a cabo desde 1845 en México por José María Reyes.²⁸¹ Para Ruiz Sandoval la estadística y en general el método numérico eran un buen instrumento para conocer la verdad a través de datos evidentes, ciertos, claros, sencillos, comparativos y de la misma especie lo que permitía sacar deducciones y obtener conclusiones valederas y aplicables.²⁸²

Las principales interrogantes que se planteaban nuestros tesisistas al respecto eran: ¿Qué relaciones existían entre las cifras de mortalidad de los niños de la capital y sus enfermedades reinantes? y ¿Podrían evitarse o reducirse estas muertes, especialmente aplicando las reglas dictadas por la higiene pública y privada? ¿Los datos que se tenían eran fiables y escrupulosos,

²⁷⁹ Martínez, Federico, (1899) “Ligeros apuntes sobre higiene de la primera infancia”, tesis inaugural que para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta al jurado calificador el alumno de la Escuela Práctica Militar, ex practicante del Hospital de Maternidad e Infancia y del Hospital de San Hipólito, México, Tipografía, Avenida Juárez número 624,p.1 y 7; Del Pino, Víctor (1911), *Higiene de la primera infancia*, tesis inaugural que para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta el alumno...Texto mecanografiado, pp.2-5.

²⁸⁰ De la Peña, S., *op.cit.*, 1994, pp.38-59; Agostoni,C., Andrés Ríos Molina, *op.cit.* 2010, pp.23-38. La lectura detallada de la obra de Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, *Las Estadísticas de salud en México, Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, UNAM/IIH, Secretaria de Salud, de 2010 y de la obra de Jaime Bustamante, Laura Giraudó y Leticia Mayer, *La Novedad Estadística, cuantificar, cualificar y transformar las poblaciones en Europa y América Latina, siglos xix y xx*, Ediciones Polifemo, Madrid, 2014, han sido de primera importancia en el desarrollo de esta investigación y quizá también para otros investigadores que emprendan estudios históricos sobre la estadística en salud.

²⁸¹ “El primero que ha hecho resaltar entre nosotros la utilidad y ventajas del método estadístico es José María Reyes”. Mejía, Demetrio (1879) p.14.

²⁸² Ruiz Sandoval, Gustavo (1872), pp.7-9.

estaban recolectados con pericia y habilidad? Hasta 1889 existían muy pocos trabajos analíticos y “numéricos” sobre la mortalidad en general y con excepción al realizado por José María Reyes, no se habría realizado ninguno específico de mortalidad infantil.

Mejía encontró que en el periodo de 1869-1873 hubo 37,953 decesos, la mitad de los cuales eran niños menores de 10 años. Los estudios estadísticos demostraban que en la primera infancia y en especial la etapa de recién nacido, las defunciones eran tan numerosas que era necesario y urgente incrementar este tipo de abordajes periódicamente para realizar un seguimiento y buscar un mismo lenguaje metodológico para todos ellos con el fin de “ir purgando algunos errores que como obras humanas pudieran adolecer” y “observar todos y cada uno de los preceptos higiénicos”.²⁸³

Dentro de los grandes problemas que se han presentado en los estudios analíticos demográficos en salud destacan la subestimación y el subregistro de los datos a analizar. Estos son los obstáculos tradicionales con los que se ha enfrentado siempre el sistema de recolección y captura de datos para el análisis estadístico en México. En el periodo de 1869-1872, Mejía llamó la atención de que 31,276 familias no habían registrado a sus niños recién nacidos en los juzgados del Registro Civil. En cambio, la gran mayoría de ellos habían sido bautizados, y quedaba constancia de ello en los libros de las parroquias de la ciudad. Estaba claro que las fuentes de información oficiales eran limitadas y por lo tanto en los estudios e investigaciones demográficas se debería acudir a diferentes tipos de fuentes para obtener una información más segura y confiable, siguiendo y respetando las costumbres y las tradiciones comunitarias.²⁸⁴

Era motivo de inquietud que no se concediera “toda la importancia debida” al ejercicio estadístico en materia de salud y en muchas ocasiones se dependiera más de iniciativas y esfuerzos individuales de personajes líderes del mundo académico y profesional como Antonio García Cubas, Manuel Orozco y Berra, Eduardo Liceaga o el Barón de Humboldt, que de las políticas institucionales. Este tipo de estudios de investigación a la postre enriquecerían notablemente la calidad de la práctica médica prestada en cada nosocomio de la ciudad.²⁸⁵

²⁸³ Quintanar, A., (1889), pp.11-12; Velasco, Santiago, (1909) *Higiene de la primera infancia*, Tesis inaugural del alumno...Edición colectiva de la ENM, p.73.

²⁸⁴ Mejía, D., (1879), p.8. Menciona el tesista que 31,276 familias “dejaron de cumplir con la ley e igual número de niños pasan desapercibidos en los libros de nacimientos del Registro Civil, omisión muy censurable sobre la cual debe fijarse la autoridad” y de esta manera este problema se convertía en la principal fuente de subregistro de datos.

²⁸⁵ “Mucho trabajo ha costado al Dr. Liceaga establecer, aunque sea en bosquejo un registro de estadística de las enfermedades generales del Hospital de Maternidad e Infancia”, Sousa González, Rafael, (1886), *Algunas*

¿Cuál era la metodología estadística más efectiva, práctica e idónea que permitiera explicar las causas de las enfermedades infantiles más mortíferas? Para contestar la pregunta habría que partir de una definición de estadística de la época. “La recopilación de los pormenores de las observaciones que deben servir como datos para obtener la ley de un fenómeno”²⁸⁶ La definición anterior implicaría una “recopilación exacta” de datos y una “interpretación adecuada” de los mismos. Y en el caso de los niños, se agregaría además otro elemento: “lo especial de las enfermedades de los niños”, es decir los elementos que marcarán los factores de diferencia con la patología del adulto y de la mortalidad general, con la finalidad de establecer una metodología más certera, más confiable o útil, para las enfermedades infantiles.²⁸⁷

Otro tesista, Agustín Quintanar, pensaba que un objetivo central de la estadística era dar a conocer las relaciones que ligaban los hechos con sus causas. Esto se lograba “traduciendo en cifras los grados de frecuencia de cada manifestación [...] obteniendo su media y registrando el mayor número posible de cantidades.” De esta manera sería posible ordenar las cantidades encontradas determinando sus desviaciones posibles y probables alrededor de una media, o promedio de los datos obtenidos.²⁸⁸ Aplicado a la medicina, la información así obtenida conformaría en conjunto “documentos preciosos” que, acumulados año con año, verificados o corregidos, conducirían a “neutralizar muchas causas de insalubridad, y a favorecer el mejoramiento físico y moral del pueblo”. En otras palabras, a preservar la vida.

La estadística enseñaba por consiguiente que “tanto en la sociedad como en la naturaleza los acontecimientos están ligados entre sí en una relación causa y efecto” y nos permitía descubrir algunas causas y “prever algunos efectos.” La primera operación consistía en reunir y enumerar hechos, con la mayor exactitud posible, lo que nos llevaría a conocer “verdades reales que servirían de base fija a raciocinios útiles.” Estos “diferirían de aquellos inútiles, que se fundan en conjeturas.” Conociendo los estados patológicos más mortíferos era posible investigar

consideraciones sobre estadística de enfermedades de niños. Tesis inaugural presentada al Jurado calificador para el examen de medicina, cirugía y obstétrica por el alumno...México, Tipografía de Berrueco Hermanos, calle de San Felipe Neri 20, pp.10-11.

²⁸⁶*Ibidem*, pp.21-22.

²⁸⁷*Ibidem*, pp.21-22.

²⁸⁸ Quintanar basaba sus ideas, en gran parte en los criterios formulados por Jacques Bertillon (1851-1922) personaje influyente en el mundo de la estadística sanitaria cuyas ideas impactaron en el ambiente médico mexicano. Este personaje se desempeñó como jefe del Departamento de Estadística en la ciudad de París (puesto similar al que ejercía en México, Antonio Peñafiel) dirigió la comisión que introdujo la clasificación de las enfermedades y las causas de muerte. (1891-1893) que lleva su nombre y que estaba en boga a finales del siglo XIX.

sus antecedentes más comunes y después de numerosas observaciones de casos, poder establecer las relaciones más importantes entre ellos. De esta manera, se fijarían las relaciones de las patologías entre sí y entre sus fenómenos causales. Convenía recurrir a ella sobre todo cuando los fenómenos eran más complicados y menos aplicables a la experimentación. Fue tan grande el impacto que tuvo el método estadístico, que para algunos se trataba de una “nueva medicina”.²⁸⁹

El Congreso Nacional de Higiene, efectuado en 1882, cuya Memoria fue publicada el 4 de diciembre de 1883, estableció un modelo metodológico para ser utilizado en hospitales civiles y particulares. Rafael Sousa González lo adaptó en su tesis *Algunas consideraciones sobre estadística de enfermedades en niños* (1886), a la estadística aplicada en niños internados en el Hospital de Maternidad e Infancia. Su autor lo consideraba más realista y práctico, ideal en la medición de la mortalidad ocasionada por las enfermedades más graves en los niños hospitalizados en este nosocomio entre los años 1881 y 1885.

Sousa dividió las enfermedades padecidas por los pequeños hospitalizados en catorce distribuciones de frecuencias que listaban los casos por aparatos y sistemas y de acuerdo con su tipo o carácter: respiratorio, digestivo, nervioso, órganos de los sentidos, articulaciones, corazón, genito urinario, piel, hígado y vías biliares; padecimientos quirúrgicos, “constitucionales”, infecciosos y contagiosos, “huesosos” y circulatorios. En cinco años de observación registró 103 defunciones (de 530 casos totales) lo que representaba una mortalidad de 19.4%. Uno de cada cinco niños hospitalizados falleció; 20.6 niños por año o sea casi dos niños por mes.

La tesis de Souza González (1886) fue la primera en abordar la estadística aplicada a las enfermedades infantiles para conocer causas y determinantes. Sus datos nos proporcionan una muestra de lo ocurrido en el ámbito sanitario de la capital durante la época estudiada: las variaciones y las constantes en la distribución de frecuencia anual de las enfermedades infantiles, así como la “capacidad aniquiladora” de cada enfermedad que afectaba al niño y desde luego la capacidad resolutoria del hospital para curar o resolver los diferentes problemas de salud y sus limitantes.

²⁸⁹ En la segunda mitad del siglo XIX fue muy grande el impacto que tuvo el método estadístico en el medio de la medicina mexicana y tal vez no exageraríamos si dijéramos que en más de un sentido fue similar al que tuvo en su momento el inicio de la bacteriología y la teoría causal de los gérmenes: “El práctico recurre a la estadística para declarar la utilidad de una nueva medicina” Quintanar, A., (1889), pp.11-12. Ver Agostoni, Claudia, y Ríos Molina, A., *op.cit.*, 2010, pp. 9-164.

Quedaba claro que el Hospital de Maternidad e Infancia era el nosocomio de la ciudad que atendía al segmento más pobre de los niños. Sus historias clínicas y personales revelaban que sus familias sufrían de una gran inestabilidad laboral; sus progenitores, cuando los había, cambiaban con frecuencia de ocupación “según las circunstancias pecuniarias”. Para el autor las condiciones del hábitat en el que crecían los niños, su microambiente, resultaba un elemento crítico a considerar ya que “contribuía demasiado” en el desarrollo y tipo de padecimientos de los pequeños. Este factor podía llegar incluso a establecer la diferencia entre vivir o morir para un niño enfermo. Incidía directamente en la “constitución” del infante, o sea en su “equipamiento biológico y moral” con el que venía “armado”. En estos pequeños habitantes de la ciudad las enfermedades más frecuentes eran también “las más peligrosas” y graves, lo cual los colocaba en una situación de gran riesgo y vulnerabilidad.²⁹⁰

De los niños que fueron hospitalizados por enfermedades del aparato respiratorio (el 6.7% de la totalidad) fallecieron, el 36.1%; es decir uno de cada tres de ellos, y la cuarta parte lo hizo de neumonías y bronquitis agudas. Si esto ocurría en un nosocomio en un ambiente controlado por profesionales, ¿Qué sucedería en sus domicilios? Los niños internados por enfermedades del aparato digestivo fueron el 16% del total falleciendo el 29%; uno de cada tres niños por diarreas simples y por disentería la cifra llegó al 40% de fallecidos. Vemos que evidentemente la disentería era una variedad de diarrea especialmente grave y de alta mortalidad en los pequeños capitalinos. Las enfermedades diarreicas representaban uno de los más grandes problemas de salud en la Ciudad de México de la época; era muy fácil para los niños adquirirlas, y cuando evolucionaban a la cronicidad pasaban a representar un mayor riesgo sanitario por sus complicaciones posteriores.

Dentro de los factores determinantes de la enfermedad diarreica el autor señala la dentición, la pésima alimentación y las características físicas de la ciudad. Focos de infección en el medio ambiente, vecindades estrechas, tipo de alimentos consumidos, influencia atmosférica y climática, estíos o veranos calurosos, destete temprano, enfriamientos. Otro tanto influían el

²⁹⁰ Se consideraba a la “constitución” de un cuerpo infantil, como la suma de elementos tanto hereditarios como adquiridos de los que estaba provisto, lo que finalmente explicaba el comportamiento individual a la enfermedad y la capacidad de respuesta de cada sujeto a la misma. Véase: Souza González, R., (1886) *Algunas consideraciones sobre estadística de enfermedades en niños*, tesis inaugural presentada al jurado calificador para el examen de medicina, cirugía, y obstetricia por el alumno...México, Tipografía de Berrueco Hermanos, calle de San Felipe Neri núm. 20, pp.13-20, 23-32.

sistema de aprovisionamiento de agua para consumo humano y la red de distribución de alimentos: rastro, mercados, expendios de leche y establos.

También llama la atención en la tesis de Souza González la alta mortalidad relativa de las enfermedades articulares, como los “reumatismos” y las llamadas “coxalgias”, muchas de origen tuberculoso, así mismo las artritis supuradas y crónicas de las que murieron el 13% de los niños internados que las padecieron. Quedaba claro que los “reumatismos” no eran padecimientos privativos del adulto mayor. Los niños también los padecían, y podían morir por su causa. Las enfermedades orgánicas del corazón, aunque eran relativamente poco frecuentes tenían una alta mortalidad: cerca del 80% de los niños hospitalizados por esta causa fallecieron.

Otro grupo de enfermedades con un alto índice de mortalidad eran los padecimientos del sistema nervioso que mataban a uno de cada tres niños (31.4%). Las meningitis agudas eran muy temidas y eran responsables del 90.9% de los decesos. Menos estudiadas han sido las hemorragias cerebrales infantiles (100% de sus casos fallecían), los tumores cerebrales 50%, y otras lesiones cerebrales, con el 30% de muertes.

Casos sin duda interesantes eran las enfermedades “constitucionales” como la tisis. La “romántica” tuberculosis era altamente letal para los niños: 75% de mortalidad; escrofulosis, falleciendo el 11.3% de los niños internados por este padecimiento.²⁹¹ La anemia, con el 18.9% de los ingresos registrados podía ir acabando lentamente con la vida de los menores. La anemia de esa época, poco estudiada, era una enfermedad muy frecuente, asociada a otros problemas de salud de tipo crónico. Por las diferentes descripciones y las diversas lecturas que hacen de ella los diferentes autores de la época, se puede lanzar la hipótesis que haya sido una enfermedad con mayores dimensiones que en la actualidad, y quizá contribuido al agravamiento y la mortalidad de muchas enfermedades de la época.

Las llamadas enfermedades constitucionales en su conjunto representaron el 13.9 % de los ingresos, con un porcentaje de fallecidos del 18.9%: la mayoría de ellos por complicaciones de tisis pulmonar y escrofulosis: dos padecimientos muy relacionados entre sí y considerados

²⁹¹ Escrofulosis, enfermedad por “derecho propio” estaba muy asociada a la tuberculosis y se presentaba en niños enfermizos, frágiles, pálidos, con ganglios crecidos en el cuello, grandes pestañas, catarros frecuentes, costras en las narinas, pequeñas flictenas o ampollas en la córnea, parpados inflamados, “escurrimientos” en los oídos, erupciones diversas en la piel. Valenzuela, F., (1895), *Breves consideraciones sobre la coxotuberculosis y su tratamiento*; tesis para examen general, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, p.20; Macouzet, R., *Arte de criar y curar a los niños*, (1910), Barcelona, Editorial de Fidel Giró, pp.153-154.

hereditarios, es decir asociados a una predisposición muy marcada a padecerlos por causas que precedían a la gestación de los niños: padres sifilíticos, alcohólicos, valetudinarios o enfermizos. Por lo tanto, no eran precisamente consideradas congénitas o adquiridas “in útero”. Los padecimientos por resolverse por procedimientos quirúrgicos tuvieron una mortalidad de 14.4%. El mal de Pott, abscesos (fosa iliaca), cuerpos extraños (laringe), heridas (región parietal), quemaduras de tercer grado (tórax,) tumores (cabeza y orbita).²⁹²

4.1.3 Las variaciones y las constantes

Algunas enfermedades infantiles se caracterizaban por tener una mortalidad muy constante; sus cifras se repetían una y otra vez en cada estadística y su incremento en algunos años se explicaba por el aumento global de la población. Tal era el caso de las afecciones del corazón, la alferecía, la eclampsia, las apoplejías cerebral y pulmonar, las anginas, las afecciones de las vías urinarias, las congestiones, la disentería, la encefalitis y los “reblandecimientos”, que por otra parte no eran específicas de los niños, sino que afectaban a todas las edades.²⁹³

Otras enfermedades disminuían sus cifras por la presencia de las epidemias que en ocasiones solían tener tantas víctimas que disminuían estadísticamente las cifras de otras afecciones. También se explicaba en parte por los avances de las técnicas terapéuticas y mayor efectividad de algunos medicamentos cada vez “menos expoliadores y debilitantes”; o bien por el cada vez más creciente “perfeccionamiento de las técnicas y la metodología en el diagnóstico”.²⁹⁴

²⁹² Tablas contenidas y analizadas en las páginas 23-76 de la tesis de Rafael Sousa González, (1886).

²⁹³ “Alferecía” era un término aplicado a las crisis convulsivas desencadenadas por fiebre en los niños. (ver la *Historia de la pediatría en México, op.cit.*, p.288).

²⁹⁴ Mejía, D., (1879), pp.10-11, 21. Tanto Demetrio Mejía como Gustavo Ruiz Sandoval eran originarios de Oaxaca. Mejía nació el año de 1849 e hizo sus primeros estudios en dicha ciudad. estudió en la ENM recibiendo en 1872. Fue catedrático de Clínica Interna, en la escuela de medicina hasta su muerte. En 1873 ingresó a la Academia Nacional de Medicina. Fue presidente de la Academia en 1890 y 1911. Falleció el 11 de noviembre de 1913. Por su parte Ruiz Sandoval nació el 8 de febrero de 1852, estudiando y titulándose médico en la ENM en 1876. Fue coautor junto con el profesor Luís Hidalgo y Carpio en su conocida obra de Medicina Legal. Fue autor de dos Memorias premiadas por la Academia Nacional de Medicina: sobre Estadística Médica y Mal del Pinto. Su centro institucional de trabajo fue el Hospital Juárez, atendiendo diariamente a los 50 enfermos que tenía la llamada “sala de San Miguel”. Fue director de la Escuela de Agricultura, y colaboró -poco antes de fallecer- con el profesor Domingo Orvañanos en la recolección de datos para su *Ensayo de Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana*, -un precedente de la actual Encuesta Nacional de Salud- que salió publicado en 1889. Murió durante una epidemia de tifo en la Ciudad de México el 23 de noviembre de 1884. Véase para ambos personajes: Necrología de Demetrio Mejía, *Gaceta Médica de México*, t. VIII, núm.2, noviembre de 1913, p.261; *Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México*, 6ª edición, 1995, (1ª edición 1964), v III, p.2184; Necrología y datos

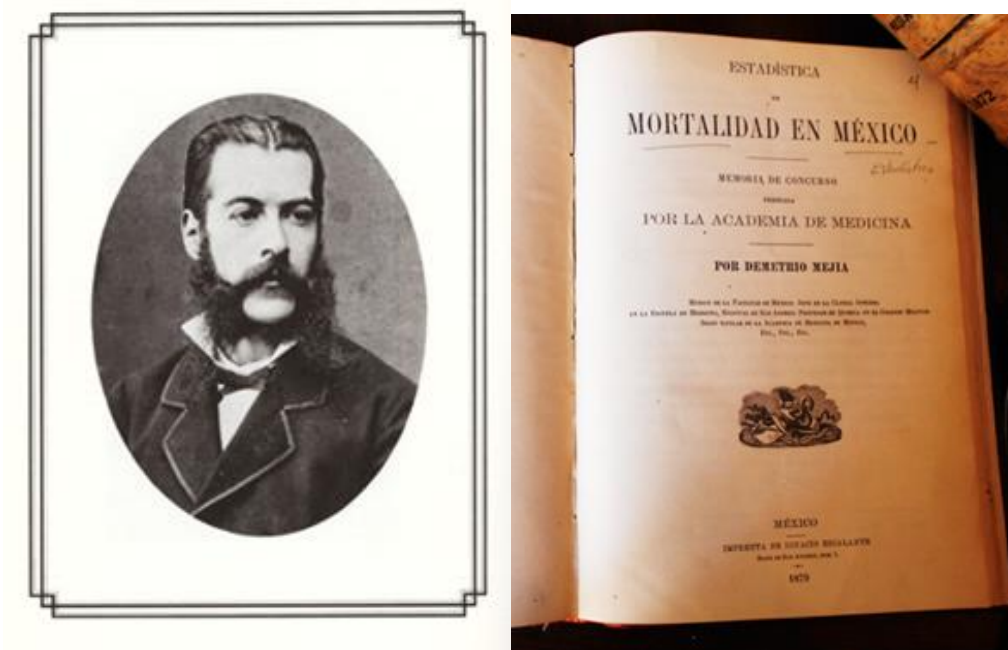
Una vez conocido el comportamiento de la enfermedad en el tiempo, en diferentes escenarios, deduciendo sus causas, factores predisponentes, determinantes y auxiliados convenientemente por la metodología estadística, los profesionales de la salud estarían en mejores condiciones de poder incidir sobre la salud y la muerte del niño. ¿Cómo? Echando mano de otro gran instrumento: la higiene. “Haciendo uso especial sobre las causas de las enfermedades y darnos los preceptos que fielmente observados nos pueden preservar de muchas enfermedades y conocidos los antecedentes podremos prever los padecimientos que afligieran a la humanidad.”

De esta manera la higiene con “sus leyes especiales”, fungía como una guía “para procurar el aumento de la población”, dar a conocer las reglas “para que la migración tuviera el mejor éxito” o bien para disminuir la mortalidad en la unidad de tiempo y alejar hasta donde fuera posible “el termino inevitable de todo ser viviente, la muerte”: frenar la pérdida masiva de esa gran “fuente de riqueza” que representaba para la nación la infancia, incrementar la vida media y la esperanza de vida de los mexicanos.²⁹⁵

biográficos, (de Gustavo Ruiz y Sandoval), *Gaceta Médica de México*, t XIX, núm.25, 1 de diciembre de 1884, p.557, misma revista, t VII, núm.6, junio de 1912, p.361.

²⁹⁵ Quintanar, A., (1889) p.12.

Originario de Oaxaca, el Dr. Demetrio Mejía nació el año de 1849 e hizo sus primeros estudios en dicha ciudad. Estudió en la ENM recibéndose en 1872. Fue catedrático de Clínica Interna, en la Escuela de Medicina hasta su muerte. En 1873 ingresó a la Academia Nacional de Medicina. Era conocido por su gran talento clínico, al grado de llegar a presidir la sección de Medicina Interna en la Academia Nacional de Medicina. Fue presidente de la Academia en 1890 y 1911. Falleció el 11 de noviembre de 1913.²⁹⁶



Cárdenas de la Peña, E., Benjamín Flores, José Ignacio Conde, *Mil Personajes del siglo XIX, 1840-1870*, México, Banco Mexicano Somex, 1979.

²⁹⁶ Necrología de Demetrio Mejía, *Gaceta Médica de México*, t. VIII, núm.2, noviembre de 1913, p.261; *Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México*, 6ª edición, 1995, (1ª edición 1964), v III, p.2184.

Uno de los primeros y principales argumentos y motivaciones de nuestros tesisistas para emprender abordajes y estudios de mortalidad fue la alta mortalidad imperante en la infancia de la capital mexicana.²⁹⁷ Se pensaba que la mortalidad infantil si bien era un fenómeno universal era predominantemente urbana. En el caso de la Ciudad de México morían más niños dado su mayor índice de natalidad y su mayor densidad poblacional. La explicación dependía más de factores biológicos, sociales y culturales que de las leyes poblacionales. Un conjunto de situaciones complejas, diversas y lejos de una causalidad simplista.²⁹⁸ En México la mortalidad general por cada 1000 habitantes era de 53.2 en el año de 1877. En los niños menores de un año se cuadruplicaban estos números por arriba de 200 x 1000 habitantes.²⁹⁹

La existencia de los niños “estaba continuamente amenazada” y esto requería una alianza entre las familias y el Estado. Sin embargo, quedaba claro que esta alianza no había sido suficiente, y se requería una mayor participación colectiva de la sociedad y del gremio de los profesionales de la salud para enfrentar el colosal reto. En esta lucha la higiene se constituiría en un “poderoso escudo” para proteger a la infancia.³⁰⁰ Desde la primera tesis elaborada sobre la temática de Mortalidad infantil, su autor Gustavo Ruíz Sandoval quedó “asombrado” por la alta tasa de mortalidad infantil que caracterizaba a la población infantil en México y sus inquietudes y propuestas marcaron el camino para los tesisistas que siguieron sus pasos.³⁰¹

²⁹⁷ La mortalidad general en el periodo de 1869-1873 fue de 37,953 individuos de los cuales el 50% eran niños menores de 10 años. En el siguiente periodo de 1874-1878, se presentó un incremento progresivo de la mortalidad hasta del 30%, siendo la mayor parte del incremento en los niños. Mejía, D., (1879), pp.10-14.

²⁹⁸ “Si espanta el número de defunciones en la primera infancia, siempre han sido las mismas y lo serán, mientras no se modifiquen en el sentido de la higiene, los procedimientos de las diversas clases sociales desde el matrimonio hasta el embarazo; desde este hasta el alumbramiento; desde este hasta el fin de la lactancia; desde ésta hasta la completa dentición”, Morales Pereira, Samuel,(1888) *Algunas consideraciones sobre las causas que motivan la gran mortalidad de la primera infancia y recursos que deben oponerse para combatirlas*, por... fundador y director del Hospital de Niños de la Ciudad de Puebla; miembro de la Academia Nacional de Medicina de México; medalla y recompensa de la misma etc. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento. Calle de San Andrés núm.15, p.7.

²⁹⁹ En París, una ciudad con más del doble de la población de la Ciudad de México de la época, ese mismo año se reportó un índice de Mortalidad general de 26.4 por cada 1000 habitantes; la mitad de la tasa mexicana. Mejía, D., (1879), p.17.

³⁰⁰ “Hoy se han unido a los esfuerzos de los padres los de los gobiernos [...] para proteger la vida de los niños –sus hijos- y sustraerlos de una muerte segura [...] todos los niños tienen derecho a la vida” Martínez, F., (1899), pp.7-8.

³⁰¹ “No puede uno menos que asombrarse de la crecida mortalidad que hay en los primeros años de la vida”. Y efectivamente era prácticamente la mitad de la población total. Resultaba de “vital interés el tratar de averiguar las causas de esto” y “poner al servicio de la ciencia los intentos de resolverlo, así como incidir en el “lento y paulatino crecimiento” de la población. Ruíz Sandoval, G., (1872), p.20.

¿Por qué se morían tantos niños en la Ciudad de México? La gran mortalidad en los primeros años de la vida se explicaba por una combinación de factores determinantes tanto extrínsecos como intrínsecos: agentes atmosféricos, climatológicos y topográficos que caracterizaban y afectaban a la urbe; las características y el estado de las viviendas, el hábitat en el que crecían los niños, la pobreza “física y espiritual” que rodeaba y afectaba a sus habitantes; los factores biológicos, constitucionales y hereditarios, los fenómenos asociados con la alimentación de los niños, así como algunas etapas de su crecimiento y desarrollo: destete y dentición básicamente.³⁰²

Como determinantes de muerte, los fenómenos asociados a la alimentación, sobre todo la lactancia, tenía una gran importancia en la patología infantil. El caso de la dentición ocupaba un lugar particular en los cuidados del niño de la época ya que provocaba en “la naturaleza del niño una revolución” y su consecuencia era un gran número de achaques y enfermedades que contribuían no poco a la mortalidad de entonces. La dentición era una circunstancia considerada como un momento crítico en el desarrollo de los niños fuertemente asociado a las diarreas infantiles.³⁰³

Mejía observó que los años en los que morían menos niños, coincidían con la presencia de epidemias que “arrebataban muchos adultos” como las de tifo, y también por el incremento de otras enfermedades no exclusivas de la infancia, sino comunes a todas las edades como las enfermedades diarreicas, enterocolitis, pulmonía, meningitis, disentería, tuberculosis y hepatitis. Las enfermedades más mortíferas en los niños no eran las exclusivas a esta época de la vida. También encontró que de las personas fallecidas por enterocolitis más de la mitad eran niños, y la pulmonía tenía una situación semejante. Las tres cuartas partes de los pobladores que padecían

³⁰² Los factores “exógenos” o extrínsecos de la mortalidad infantil son aquellos que dependen del medio ambiente en el que nace y crece en sus primeras semanas de vida un niño, los relacionados con el parto, y con una fuerte dosis social y cultural; los “endógenos” o intrínsecos dependen más de la biología y las características hereditarias y congénitas de los sujetos. Es más fácil para las sociedades incidir sobre los exógenos para bajar las cifras de mortalidad; los endógenos dependerán más de la capacidad tecnológica y científica de los países y por lo tanto serán más lentos en resolverse, sobre todo para los países pobres como el nuestro. Cordero, E., (1968) “La subestimación de la mortalidad infantil en México”, *Demografía y Economía*, t.II, pp.205-225.

³⁰³ “Los excesos o las privaciones en la madre viene a resentirlos el niño con el padecimiento de sus vías digestivas” y la dentición: “trae entre sus fenómenos simpáticos el padecimiento del canal intestinal”. Ruiz Sandoval, G., (1872) pp.20-22.

las mortíferas meningitis y disenterías eran infantes. Una de cada cinco muertes por tuberculosis se trataba de un niño o una niña de la ciudad.³⁰⁴

La elevada mortalidad infantil no era un fenómeno exclusivo de México. Incluso en las capitales europeas se reportaban cifras altas también en el primer año de la vida de los niños. En todos los países del viejo continente se reportaban cifras cercanas a los 200 fallecimientos de niños menores de un año por cada 1000 habitantes. Y en México las cifras eran muy semejantes. Las tasas mexicanas en el primer año de vida llegaban a los 213 por cada mil habitantes. Pero eran cifras incluso menores que las de Francia (216 x 1000), Prusia (220), España (226), Austria (303), Rusia (311) e Italia (254) y ligeramente superiores a Bélgica (186) e Inglaterra (170). En cambio, en el grupo de 1 a 5 años la mortalidad disminuía notablemente en la mayoría de las ciudades europeas en porcentajes descendentes que iban del 67.8% al 34.8% a diferencia de lo que ocurría en territorio nacional donde “la ventaja alcanzada se perdía” y la mortalidad continuaba “muy crecida hasta los diez años”. La mortalidad infantil finalmente excedía, en el país al 50% de la mortalidad general.³⁰⁵

¿Por qué se presentaba este fenómeno en México? Dentro del abanico de explicaciones imperantes resaltaba que en las enfermedades que “atacaban” a los niños dentro de su primer año de vida predominaban “las naturales e inevitables”. Dentro de sus factores determinantes destacaba “el paso del nuevo ser de un medio protegido a otro exterior” impredecible, y el niño “impresionable fuertemente”, sería víctima de “reacciones vivas y peligrosas” que originaban los estados patológicos que finalmente terminarían con su vida.³⁰⁶

³⁰⁴ Las enfermedades exclusivas de la infancia eran consideradas la “alferecía” (crisis convulsivas febriles), “algodoncillo” (hoy sabemos que es causado por el hongo *Candida albicans*), bronquitis capilar, cólera infantil entre otras. Los casos de muerte por tuberculosis infantil eran sobre todo por meningitis, “tabes mesentérica” y casos de tuberculosis broncopulmonar. Mejía, D., (1879) pp.19-20.

³⁰⁵ “Los niños del pueblo, casi desnudos, en habitaciones bajas y húmedas permanecen expuestos a la intemperie y casi abandonados durante todo el día. Muchos de los que sobreviven enflaquecidos y enfermizos vienen más tarde a aumentar el número de tuberculosos y la mortalidad por esa afección”, Mejía, D., (1879) pp.19-20. Uno de los principales referentes de Mejía y en general de los médicos higienistas mexicanos de esa época fue Hyacinthe Kuborn (1828-1910) médico belga autor de *Des causes de la mortalité comparée de la première enfance dans les principaux climats de l'Europe*, editado en París por Delahaye en 1878 (“Las causas de la mortalidad comparada de la primera infancia con los principales climas de Europa”) quien pensaba que las principales causas de la mortalidad infantil entraban dentro de la esfera de la medicina social: miseria, ignorancia, superstición, instituciones “viciosas”. Sus ideas inspiraron el trabajo de Mejía. Tanto Kuborn como el sociólogo Adolphe Quetelet (1796- 1874) también de origen belga, aportaron muchos elementos básicos al pensamiento social e intelectual de la medicina mexicana en la segunda mitad del siglo XIX.

³⁰⁶ Quintanar, A., (1889), pp.27-30.

Otra línea explicativa apuntaba a que las enfermedades que hacían más víctimas infantiles eran precisamente las que no eran privativas de la infancia como las respiratorias y las gastrointestinales. Era evidente que los factores sociales predominaban sobre los biológicos después del año. La pobreza, los usos y costumbres, actitudes, creencias, percepciones; desigualdades, falta de oportunidades y de acceso al bienestar. En esta visión la mayoría de las causas de la gran mortalidad serían evitables y entraban en el terreno de la “voluntad política”, la higiene y de la futura puericultura.

La clase pobre contribuye con un contingente enorme a la mortalidad infantil [...] mantiene en completo descuido de sus hijos [...] en nada se preocupan de la alimentación infantil [...] criaturas muy tiernas aun llevan a la boca mendrugos cuando ni siquiera principia la dentición [...] la madre ocupada en sus faenas descuida la lactancia [...] el precio que se pagaba era “la diarrea tenaz que solo termina con la muerte.”³⁰⁷

4.1.4 La mortalidad infantil en las postrimerías del porfiriato

El médico tesista Agustín Quintanar estudió la mortalidad infantil ya en pleno porfiriato, en el periodo de 1882-1886 reportando 31,160 fallecimientos de niños menores de 7 años. De ellos los menores de un año fueron el 59.6%; de 1 a 3 años el 29.18%; y de 3 a 7 años el 11.17%. Sus cuadros nos seguían señalando una mortalidad muy considerable en la infancia. Una de cada tres personas que fallecía en México, era un niño menor de un año; 15% tenía entre 1 y 3 años y el 5.6 % pertenecía al grupo de 3 a 7 años. 49.81% en general; es decir una de cada dos personas que fallecían era un niño entre 0 y 7 años.

Un dato relevante aquí, es que la principal fuente ya no es el Registro Civil o las parroquias de la ciudad sino el Consejo Superior de Salubridad, (CSS). Quintanar reporta una mortalidad muy semejante a la que había reportado el CSS en 1879. Habían fallecido ese año 10,223 personas, de los cuales 48.9% fueron niños menores de 7 años; 29.8% de 0 a 1 un año; 13% de 1 a 3 años y 5.2% de 3 a 7 años. Este estudio de mortalidad aplicado a la infancia y sus

³⁰⁷ Mejía, D., (1879), p.19. Los países con mayor capacidad económica y tecnológica resolvieron primero los factores “exógenos” de la mortalidad infantil. La resolución de los factores endógenos fue más lenta y difícil y dependió en gran medida del grado como se fue desarrollando la tecnología en salud, que en algunos países desarrollados llegó a ser altamente sofisticada. Suecia representa un modelo de país que ha llegado al grado de tener resuelta más del 75% de su mortalidad neonatal en su variedad “intrínseca” y menos de una cuarta parte de sus muertes en la misma área dependen de factores externos. Para los países más pobres y dependientes económicamente este ha sido un proceso más lento y difícil. Aun así, recientemente se ha demostrado en México que no importa tanto la presencia del recurso en sí sino como se aplica este (eficiencia y criterio). Cordero, E., *op.cit.*, 1968, pp.205-225; Bobadilla, J., “La salud perinatal y la calidad de la atención médica en la ciudad de México” en Bronfman, M., y José Gómez de León, *La Mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*. El Colegio de México, 1988.

enfermedades mostraba que en la niñez “se observa mejor que en ninguna otra edad, predominancia en padecimientos de tal aparato a cuál otro”.³⁰⁸ Una interpretación de esta idea nos puede llevar a pensar que en los niños las enfermedades, en la visión de sus médicos tratantes, se manifestaban con síntomas muy floridos que involucrarían varios órganos y sistemas corporales. No nos informa el autor, sin embargo, si se refiere a estudios de necropsia o solo a observaciones clínicas.

Un dato para destacar que nos descubre la tesis de Quintanar es que los estudios estadísticos implicaban muchas dificultades para realizarlos, por lo que eran poco frecuentes en nuestro país. Era necesario estudiar las causas de todas estas defunciones que se señalaban, pero esto no sería tan fácil ya que existían “muchos obstáculos para saberlas e investigarlas”. Uno de ellos era intrínseco a la misma naturaleza técnica de su metodología: la “gran pluralidad de causas exigía una larga y buena observación”. Dada esta situación el autor Quintanar solo expuso algunas de las muchas causas de las muertes y de la disminución de la población. Los reportes y los resultados resultarían necesariamente limitados y parciales.³⁰⁹

4.1.5 El poder aniquilador de la diarrea y de la pulmonía

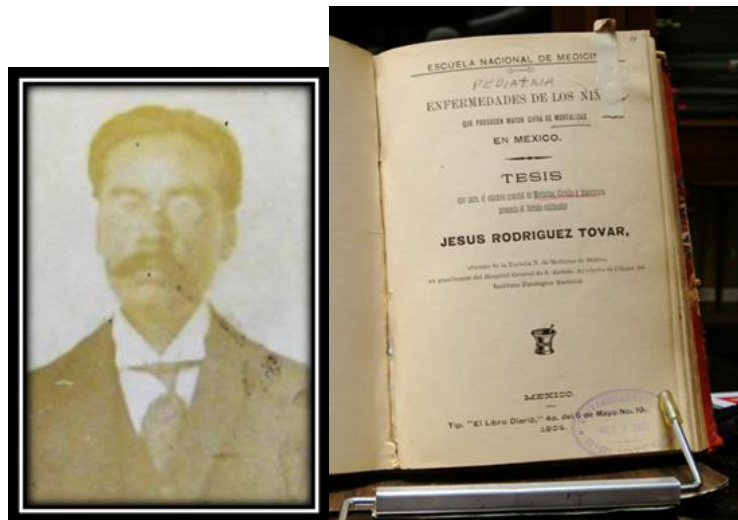
En el periodo final del porfiriato realizó su tesis Jesús Rodríguez Tovar (1904) quien nos presenta una revisión del periodo (1899-1903). Se trata de un recuento estadístico de 5 años. Su fuente es nuevamente el CSS. Su hallazgo principal vuelve a ser la omnipresencia de las enfermedades digestivas y diarreicas que como dato novedoso ya superaban a las respiratorias como las más mortíferas con más de 2000 casos por año. Destacaba el año de 1900 con 2568 casos mortales. El segundo lugar pasó a ser ocupado por las respiratorias con 2688 en 1901 y dos años después con 1548 casos.³¹⁰

³⁰⁸ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.20.

³⁰⁹ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.18.

³¹⁰ Rodríguez Tovar, J., (1904), p.6.

DR. JESÚS RODRÍGUEZ TOVAR (1904), *Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México*, tesis inaugural, México, Tip. "El Libro Diario", 5 de mayo número 19



Jesús Rodríguez Tovar perteneció a la generación del cambio de siglo que estudió la carrera entre 1895 y 1902. Su tesis fue la primera en analizar la epidemiología de las enfermedades infantiles nosocomiales en México, así como la relación entre las parasitosis intestinales con el consumo de agua de pozo en la urbe. Presentó su examen profesional el 13 de septiembre de 1905, aprobado por unanimidad recibió su título el día 20 de ese mes. Sus sinodales fueron los médicos Nicolás Ramírez de Arellano, José María Bandera, José Ramos y Alfonso Ruiz Endorzain. [AHUNAM / IISUE. Expediente 46438, Fondo UNAM, Expedientes de alumnos, expediente núm. 46430]

Esto nos indicaba que los factores de exposición ambiental, topografía y clima, pasarían ya a un segundo término y predominaban ampliamente los factores sociales dependientes del deterioro de la calidad de vida en las clases populares durante el régimen político del porfiriato especialmente en su fase ya postrera.³¹¹ Estos preocupantes hallazgos estadísticos demostraban más que nunca que en la primera infancia y en especial la etapa de recién nacido era necesario y urgente “observar todos y cada uno de los preceptos higiénicos” y aplicar las reglas de esa nueva rama de la ciencia que era la puericultura.³¹²

Víctor Del Pino (1911) en su tesis apuntaba que “la dolorosa mortalidad infantil” era causada en parte “por la ignorancia de las madres de familia que por una educación rudimentaria o defectuosa en lo que a maternidad se refiere no dan a sus hijos los cuidados que necesitan”. Un problema educacional que finalmente restaría a la patria de “hijos que en el porvenir tal vez [la] colmarían de bienestar y de gloria”.³¹³

¿Qué nos dicen los investigadores contemporáneos de esta temática? A mayor escolaridad de la madre, menor es la mortalidad infantil. En madres muy jóvenes, especialmente adolescentes, los niveles de mortalidad pueden llegar a ser hasta del doble. Otros factores muy importantes relacionados con la maternidad son la paridad; doble de mortalidad a partir del séptimo hijo, lo cual como se comentó era una situación muy común en el siglo XIX. A mayor intervalo entre los embarazos, menor será el riesgo de muerte, que también se incrementa notablemente si se agregan niveles bajos de cobertura y calidad de los servicios médicos.³¹⁴

Otro factor considerado por Del Pino como importante en la génesis de la mortalidad infantil era el “amancebamiento” o “ilegitimidad”, la concepción de hijos fuera del vínculo matrimonial. “En todas las naciones, se encuentra un grado variable con la moralidad de sus habitantes”. Muchos son los autores en la literatura médica del siglo XIX que coinciden con este punto de vista.³¹⁵ Del Pino confirmaba en su estudio que, en las postrimerías del porfiriato, la

³¹¹ *Ibidem*, pp.15-27.

³¹² Velasco, S., (1909), edición colectiva de la ENM., p.73.

³¹³ Del Pino, V., (1911), texto mecanografiado, p.2.

³¹⁴ Troncoso, M.C., “Componentes sociales, económicos y culturales del proceso salud-enfermedad en el primer año de vida” en Lattes, A., *Salud, Enfermedad y Muerte de los niños en América Latina*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CIACSO), 1989, pp.53-92; Hernández Bringas, Héctor Hiram; René Jiménez Ornelas., (1991), *Un Panorama de la Mortalidad Infantil en México*. Aportes de Investigación/48, Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca MOR., 1991; González González, N., “El estudio de la muerte como fenómeno social. La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico” en *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, Vol. XVIII, núm.3, septiembre-diciembre, 2000, pp.677-694.

³¹⁵ Del Pino, V., (1911), *op.cit.*, texto mecanografiado, p.2.

mortalidad era muy elevada en los primeros meses de la vida y más especialmente en los primeros días. Hasta 34.7% de los niños fallecía de diarrea y 31% de respiratorias; 58.7% eran niños menores de un año y uno de cada 4 de ellos moría de diarrea. La mortalidad crecía en proporción a la falta de recursos y la gran pobreza en que vivían muchas familias de la capital era uno de los factores principales que intervenían para incrementar el porcentaje de niños fallecidos.

Las gastroenteritis y las afecciones pulmonares seguían siendo de acuerdo con los hallazgos de esta tesis las causas más frecuentes de muerte en los niños más pequeños y eran el principal problema de salud a los que se enfrentaba el sector salud de esa época. Era “particularmente desastrosa” la gastroenteritis sobre todo en los “mortíferos estíos” de la capital mexicana: en tiempo de calores, mayo a septiembre, y las neumonías en invierno.³¹⁶ Era motivo de inquietud y cuestionamiento que estos dos padecimientos, junto a la tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas, fueran tan frecuentes si eran perfectamente evitables. Era posible alcanzar la meta de un 50% cuando la higiene infantil estuviera “más vulgarizada” entre la población de la ciudad.³¹⁷

4.1.6 La mortalidad perinatal: madres, fetos y recién nacidos

Víctor Del Pino también informa que en la capital mexicana fallecían mensualmente 188 niños en distintas épocas del embarazo lo que daba una ligera idea del tamaño del problema en esta etapa de la vida.³¹⁸ La mortalidad perinatal era un fenómeno que estaba en plena expansión en México. En el periodo 1866-1871, las muertes de recién nacidos habían sido de 1.46% a 2.2% de la mortalidad general.³¹⁹ Para el año 1884 la cifra de fallecimientos en esta área de atención se había incrementado casi 900% en relación con las registradas en 1879.³²⁰

Desde tiempos pretéritos el parto era considerado un proceso de gran riesgo en el que además prevalecía la costumbre de no acudir de primera instancia con facultativos para su atención. De acuerdo con la visión de los tesisistas, el control de la mortalidad podría depender en última instancia de la presencia y la acción de un profesional en este “trance”. Los partos con mucha frecuencia eran atendidos por “personas extrañas a la ciencia”. “Sabido es como nos lo

³¹⁶ La fluctuación estacional era un “verdadero revelador de determinantes”, COHEN, A., (1996), p.130.

³¹⁷ Del Pino, V., (1911), *op.cit.*, p.7.

³¹⁸ De acuerdo con las tablas que nos presenta Del Pino, fallecían durante las diferentes etapas del embarazo 2256 niños por año. *Ibidem*, p.5.

³¹⁹ Ruiz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.44.

³²⁰ Quintanar, A., (1889) *op.cit.*, pp.17-20.

enseñan nuestros maestros que, en México, los partos distócicos son raros y por consecuencia la dificultad en el parto y la muerte del niño por asfixia es debida principalmente a maniobras perjudiciales ejecutadas por personas ignorantes.”³²¹

La muerte del producto de la concepción podía ser causada por una multitud de afecciones, que “trastornando la vitalidad del feto o los órganos maternos, venían a causar la muerte del producto antes de ser expulsado”.³²² La sífilis, la prostitución y el alcoholismo formaban una triada que jugaba un papel preponderante en la mortalidad perinatal, a la luz de la visión de los tesistas. “Niños inocentes víctimas de la prostitución de sus padres”; una buena parte de los cuales deberían ser considerados como “fetos nacidos muertos” y la razón de ello se debería “casi seguro a los vicios de nuestro pueblo, contando como primero el alcoholismo”. La sífilis destacaba por su papel en la “degeneración de las constituciones y de la raza”; “la mala alimentación materna, la embriaguez de los padres” influían poderosamente “sobre la concepción de productos débiles y deteriorados [...] y su muerte prematura.”³²³

Una vez más la pobreza, la miseria, las labores extenuantes de la mujer encinta, la violencia en sus hogares, los golpes recibidos por sus parejas, el mal trato “que infligían los hombres a sus compañeras en la época del embarazo”, la “ilegitimidad” procedente de las uniones libres o “amancebamientos”, como eran conocidas, a lo que se sumaban las muertes voluntarias o infanticidios sin descontar los “deslices o infidelidades de las clases acomodadas”.

Los golpes que la infeliz madre [recibe] del padre embriagado [...] las impresiones bruscas de temperatura a que ella está expuesta [...] el producto: su primera inspiración [al nacer] es de aquel aire confinado y deletéreo [...] su primer abrigo: uno de aquellos harapos sucios [...] y su primer sueño interrumpido por la voracidad de la asquerosa chinche que puede atacar en terreno virgen y a mansalva [...].³²⁴

³²¹ Quintanar, A., (1889) *op.cit.*, p.29.

³²² Ruiz Sandoval, G., (1872) *op.cit.*, p.45.

³²³ Aniceto Ortega, catedrático de la clínica de obstetricia en la Casa de Maternidad pensaba que la mayor parte de los casos de nacidos muertos y abortos tenían como causa la sífilis paterna, la mayoría de ellos y algunos casos de origen materno. Ruiz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.45; Mejía, D., (1879), *op.cit.*, p.20.

³²⁴ Morales Pereira, S., (1888), *op.cit.*, pp.18-20; Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.21, pp.46-47; Mejía, D., (1879), *op-cit.*, p.20.

El tesista Manuel De Essesarte (1882) hizo una revisión de los casos atendidos en la Casa de Maternidad entre los años 1877-1882, un total de 1119 partos. De ellos fallecieron 15 de cada 100 niños, 168 decesos. De estos casos, nos señala el autor que los fallecimientos ocurridos en hijos de madres solteras doblaban en número a los niños procedentes de madres casadas perecidos en el mismo periodo de tiempo. “El abandono y la pobreza en que vivían muchas mujeres las obligaba a desempeñar oficios mal remunerados y riesgosos especialmente en su estado gestante”. Se empleaban como trabajadoras domésticas, nodrizas, costureras, planchadoras, lavanderas, desempeñando labores rudas y extenuantes.³²⁵

La mortalidad en esta época de la vida era por la “falta de desarrollo y agotamiento” de los niños debidas a su vez al debilitamiento sumo de los padres debido a “costumbres viciosas”, miseria, consumo de alimentos adulterados poco nutritivos. O sea, hambre, desnutrición y jornadas agotadoras de trabajo. El nuevo ser “engendrado en tan tristes circunstancias” tenía que “brotar a la luz del día marchito y enclenque” y posteriormente alimentándose en forma insuficiente por su madre “tendrá que sucumbir paulatinamente”.³²⁶ A estos factores determinantes de muerte se sumarían muy pronto otros “accidentes” de los primeros días después del nacimiento como la “debilidad congénita, ictericia, esclerema y hemorragia umbilical”.³²⁷

El aborto se relacionaba con frecuencia a la mala alimentación materna, la consanguinidad, la ingestión de alcohol por alguno de los progenitores, el “consumo de virilidad en cantinas y lupanares”. Si el niño lograba nacer, era entonces presa de la escrófula, sífilis o tuberculosis.³²⁸ El papel de la mujer como madre y “primera figura de la creación” era considerado fundamental para evitar esta suma de determinantes. “¿Por qué se mueren tantos niños cuando la mujer además de la facultad de pensar, de discernir tiene lo que, es más, lo que la hace la primera figura de la creación, la conciencia de sus actos?” “¿Por qué la mujer, el género femenino portador de la conciencia de sus actos y la inteligencia ha de exponerse durante la preñez a todo linaje de dificultades y obstáculos que si no matan al producto le acortan las esperanzas de larga vida?”³²⁹

³²⁵ De Essesarte, M., (1882) *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos muertos formado con datos recojidos (sic) en la Casa de Maternidad*, México, tesis inaugural, Tipografía de Berrueco Hermanos, pp.5-20.; Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, p.76.

³²⁶ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.29.

³²⁷ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, p.28.

³²⁸ Morales Pereira, S., (1888), *op.cit.*, p.10.

³²⁹ *Ibidem*, p.14.

Si bien el instinto, el sentido común y la inteligencia jugaban un papel de primer orden en el control de la mortalidad materno infantil, era evidente que existían también otros muchos factores de gran importancia, que estaban fuera del alcance de madres y familias.

4.1.7 Niños prematuros, débiles al nacer y la tecnología neonatal

Los niños prematuros que nacían antes del término fisiológico del embarazo y los que nacían con “debilidad congénita” efectuaban “casi todas sus funciones orgánicas de una manera muy lenta y con una debilidad extraordinaria” que no les dejaba aliento “ni para gritar”. La mayoría de los que pesaban menos de 2000 gramos fallecían con mucha frecuencia. Sin embargo, rodeándolos de una “atmósfera convenientemente caldeada e incrementándoles el número de comidas” que deberían ser más pequeñas, aumentaba sensiblemente sus posibilidades de sobre vida.

“El gran descubrimiento de la incubadora y la alimentación forzada” a finales del siglo XIX había tenido este objetivo. Suministrar al niño calor, “una atmósfera uniforme [...] saturada de vapor de agua por medio de una esponja colocada en su interior”. Y el niño solo era sacado a la hora de sus comidas. Incluso si el pequeño estaba lo suficientemente fuerte, podía dársele el pecho o si estaba débil e “impotente para mamar” se le podían acortar sus tomas de leche o darle “la alimentación forzada” con una sonda de goma.³³⁰ Con esta novedosa tecnología se incrementó la sobrevida de los niños prematuros y débiles hasta en un 62% en la Maternidad de París en 1883, y en México se introdujo en la Casa de Maternidad en 1895, con buenas expectativas iniciales.³³¹

También otros aditamentos tecnológicos y científicos neumáticos, utilizados en la reanimación neonatal como los insufladores, de Chaussier, Ribemont, y las técnicas novedosas como la intubación, además de los métodos de reanimación de Shultze, Silvester o Laborde, jugaron un papel determinado en la disminución de la mortalidad neonatal a finales del siglo XIX y los primeros años del siglo XX.³³² Se tenía la conciencia de que los primeros días y semanas de la vida del niño podían ser críticos y de una especial importancia, dada la gran mortalidad infantil que se vivía. Por lo tanto se ponía énfasis también en algunos detalles higiénicos, que para nuestra época podrían parecer ociosos o exagerados como el baño, el

³³⁰ Martínez, F., (1899), *op.cit.*, pp.16-17.

³³¹ García Luna, Francisco, (1896) *Utilidad de las incubadoras y de su complemento el gavage*, México, tesis inaugural para el examen general de medicina, Imprenta Moderna; Del Castillo C.R., *op.cit.*, 2013, pp.92-93.

³³² Martínez, F., (1899), *op.cit.*, pp.14-17.

lavado de la cara de los pequeños, sus manos, sus regiones glúteas, hasta dos o tres veces al día, cambios frecuentes de ropa, regularización temprana de la alimentación en tiempo y cantidad, mantener a los niños en lugares cerrados y ventilados hasta las dos o tres semanas de vida, tomando en cuenta las estaciones del año como las “mortíferas” primaveras e inviernos de la capital mexicana de esas épocas.³³³

4.1.8 La Ciudad de México y su influencia sobre la enfermedad

A continuación, se analizan los elementos más importantes, en relación con el medio ambiente físico, factores meteorológicos, variaciones climáticas estacionales, características de los vientos, altura sobre el nivel del mar y barimetría, así como los diferentes hábitats que conformaban la Ciudad de México de ese entonces y que, a juicio de los médicos tesistas, tenían una influencia importante y notable sobre la salud de los niños.

4.1.8.1 Clima: “el revelador de determinantes”

En el pensamiento médico de esa época, la proximidad o la lejanía del sol en relación con nuestro planeta ejercía una influencia determinante sobre la severidad, la frecuencia y el carácter de la enfermedad.³³⁴ La Ciudad de México tenía un clima templado, pero no uniforme.³³⁵ Las variaciones atmosféricas bruscas son citadas como presencias comunes en la capital mexicana de la época y jugaban un papel importante en la producción de enfermedades.³³⁶

Las primaveras de la Ciudad de México tenían una “mortalidad exorbitante”, seguidas en frecuencia y severidad por los inviernos y los estíos o veranos.³³⁷ La mayoría de las enfermedades respiratorias, neumonías, pleuresías, bronquitis, tosferinas, solían ser más frecuentes y graves durante las primaveras e inviernos. En cambio, en el estío predominaba el “tiempo de aguas” y la evaporación exponía el medio ambiente a cambios bruscos de temperatura. Aparecían entonces las disenterías, las diarreas y enterocolitis en los niños que

³³³ Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, pp.28-30.

³³⁴ *Ibidem*, pp.28-30.

³³⁵ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, pp.20-21.

³³⁶ Nuestro clima “expuesto a transiciones bruscas de temperatura, a variaciones de presión atmosférica, agregada a esto la variada constitución médica (de los habitantes) las enfermedades todas [...] encuentran terreno abonado para dilapidar organismos”. Morales Pereira, Samuel (1888), *op.cit.*, p.46; Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.29.

³³⁷ La estación del año más benigna era otoño y la más mortífera la primavera y el estío muy cerca. La misma tendencia fue observada por Mejía en su estudio. Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.19; Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, pp.28-29.

llegaban a doblar o triplicar los casos de otras épocas del año. El calor se incrementaba progresivamente de enero a mayo; permanecía estacionario hasta septiembre y comenzaba su descenso paulatino hasta enero.³³⁸

Se presentaban los casos de enfermedades diarreicas desde el mes de abril y seguían una línea ascendente para alcanzar su zenit entre junio y julio, se mantenían hasta agosto y comenzaban su línea descendente hasta invierno y primavera cuando tomaban su lugar las enfermedades respiratorias para cerrar el ciclo. Otras enfermedades solían ser más comunes en los otoños, muy señaladamente la tuberculosis, y en los niños especialmente las meningitis tuberculosas.

Las primaveras de la capital mexicana se caracterizaban por sus vientos procedentes del sur y el sureste, más cálidos, que al pasar por las lagunas se “cargaban de humedad” y explicaban en parte la severidad de las enfermedades, y favorecían la presencia de complicaciones, como las “apoplejías” cerebrales en los adultos y las “congestiones” en los niños. En cambio, en los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero dominaban los vientos fríos, polvosos y secos del norte que avisaban la presencia muy próxima de las pulmonías en los hogares y calles de la ciudad.

Otra enfermedad, el tifo, tabardillo o “fiebre petequial mexicana” considerada “el azote de la capital” ya para entonces venía disminuyendo en comparación con épocas anteriores. Aun así, “cobraba” una gran cantidad de vidas, sobre todo en las primaveras disminuyendo su frecuencia y gravedad en los inviernos. Las llamadas fiebres intermitentes tenían también su mayor presencia en relación con las lluvias y las aguas estancadas de la ciudad. Destacó el año de 1866, con su gran inundación, de todo un año de duración, y sus fiebres “perniciosas” que tuvo un alto costo en vidas humanas de capitalinos.³³⁹ También en las primaveras se presentaban con mayor frecuencia los grandes brotes de fiebre puerperal y su capacidad aniquiladora de madres y niños en las salas y cuneros de la Casa de Maternidad de México.³⁴⁰

³³⁸ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, p.21.

³³⁹ Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.32.

³⁴⁰ Nos dice el profesor Manuel Barreiro que de 1880 a 1889 el 50% de las madres fallecidas en la Casa de Maternidad habían muerto por fiebre puerperal. Durante estas epidemias la mortalidad de los niños recién nacidos se incrementaba notablemente y en algunas ocasiones, como sucedió en el año de 1881 la Maternidad fue cerrada temporalmente por el gran incremento ese año, de madres e hijos fallecidos. Del Castillo, C.R, *op.cit.*, 2013, p.73; Barreiro, Manuel, “Profilaxia de las enfermedades de los recién nacidos” en *Profilaxia de las enfermedades puerperales y proyecto de Maternidad*, tesis de concurso, México, Tipografía de Eduardo Dublan y comp., 1889, pp.48-49.

4.1.8.2 Topografía y salud

La altura de la Ciudad de México, 2227 metros SNM, su desprotección por la tala inmoderada de los “frondosos bosques” que la rodeaban; el estar rodeada de lagos que favorecían que los vientos fueran “húmedos y sucios” serían factores que tenían una notable influencia sobre el desarrollo, frecuencia y carácter de algunas enfermedades.

Los campos en los alrededores de la urbe eran secos y con poca vegetación la mayor parte del año. Por lo tanto, cuando fluían, los vientos llevaban una gran cantidad de polvo. Los habitantes se veían obligados a inhalar verdaderas nubes de tolveneras. La elevación de la ciudad sobre el nivel del mar tenía a los ojos de los médicos una influencia muy poderosa sobre las afecciones correspondientes a dos grandes aparatos y sistemas orgánicos de los capitalinos: respiratorio y circulatorio. El enfisema pulmonar era bastante frecuente y de acuerdo con personajes connotados como el profesor Gabino Barreda era debido a la gran elevación “sobre el terreno”.

También las frecuentes apoplejías y congestiones cerebrales eran explicadas por esta situación topográfica tan singular de la ciudad. La gran altura, la baja presión que caracterizaba a la atmósfera –que además estaba sujeta a variaciones bruscas de la temperatura– incidían todos los días sobre la salud de los habitantes de la capital. Además de la proximidad de los lagos, destacaba en la urbe la presencia de la “Zanja Cuadrada”, un cuerpo de aguas negras estancadas que circundaba a la ciudad y en la cual se vertían diariamente grandes cantidades de materias orgánicas de origen animal, vegetal y desechos humanos que “entran en descomposición” y jugaban un papel importante en la génesis de enfermedades “paludeanas”, diarreicas, disintéricas y en brotes de hepatitis.³⁴¹

Los pobladores que habitaban en las inmediaciones de esta zanja pertenecían a los sectores más pobres de la urbe y a sus miserables condiciones de existencia, se sumaba el medio ambiente tan desfavorable que rodeaba a sus vidas cotidianas, condiciones que en su conjunto podían explicar con amplitud las enormes dimensiones que tenía la mortalidad infantil de la época.³⁴²

³⁴¹ Ruiz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.39.

³⁴² En las estadísticas elaboradas por Reyes para el año de 1871 el 57.6% de las personas fallecidas en la capital de la República, debido a complicaciones de enfermedades diarreicas, residían en el momento de su muerte en las inmediaciones de “la cuadrada”. La mayoría de ellos habían sido niños. “La cuadrada” era la denominación coloquial como era conocida la zanja que rodeaba a la ciudad y que a finales del siglo XVIII habría sido utilizada

4.1.8.3 Hábitat, economía familiar y violencia urbana

Prácticamente todos los habitantes que moraban en la ciudad capital, tanto en su centro como en su periferia, estaban expuestos a los efectos deletéreos del medio ambiente. Los que habitaban en las calles orientadas de norte a sur eran más vulnerables a las “mortíferas pulmonías” que aquellos que tenían sus viviendas orientadas de oriente a poniente. Los que vivían en los “arrabales periféricos” eran las principales víctimas de las afecciones tifoideas, paludeanas e intestinales. Allí donde se originaban los “miasmas” habitaban entre “muladares, depósitos de materias orgánicas, atarjeas descubiertas” y acúmulos humanos.³⁴³

Subsistían en “miserables cuartos de accesorias y casas de vecindad”, habitaciones reducidas “sin más que una puerta que llegada la noche quedaba cerrada, guardando allí a todos los seres vivientes sin ventilación.”³⁴⁴ En estos reducidos microambientes, los niños pequeños “llevaban a su boca mendrugos de pan cuando ni siquiera principiaba la dentición.”³⁴⁵

Muchos de los residentes de los sectores populares se empleaban como peones y habitaban con sus familias “arrimados” con algún compañero, cuidando predios o casas de campo, habitualmente en “jacales” contruidos de madera, sin puertas o piso. De los cinco “reales” ganados en su jornada, el peón invertía el 60% en pulque y lo demás quedaba repartido en maíz, frijol, carne, chile, tomates, manteca y sal. No quedaba para “alumbrado, combustible ni casa”.³⁴⁶ De acuerdo con otra fuente, la comida del peón y su familia conformaba una dieta “uniformemente monótona e insuficiente”; en ocasiones se agregaban a las “gordas” de maíz “unas hojas de piloncillo” y solo muy de vez en cuando se sumaba “mole” de guajolote o “barbacoa”. Iba acompañada siempre de pulque y muchas veces aguardiente, que “mantenían a

como una suerte de “acuaférico”. Ya para el siglo XIX estaba convertida en un “fétido canal de aguas negras” Véase: Ruiz Sandoval (1872), *op.cit.*, p.39; Orozco Ríos, Ricardo, “Temas sanitarios en el Porfiriato”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 5(2) 2002, p.13; pp.10-14.

³⁴³ Ruiz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.21.

³⁴⁴ Los niños más pequeños y pobres vivían con sus familias en “vecindades sucias en cuartos asquerosos y muy mal ventilados durmiendo hacinados respirando un aire muy caliente y viciado con tantas emanaciones humanas [...] que envenenan la atmósfera y de la cual tiene que alimentarse el nuevo y tierno hijo”, Quintanar, Agustín (1889), *op.cit.*, p.28; Morales Pereira, S., (1888), *op.cit.*, p.42.

³⁴⁵ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.28.

³⁴⁶ Rodríguez Tovar, J., (1904) *op.cit.*, pp.18-19.

los infelices entre el furor bestial y el embrutecimiento”. Se bebía a diario, pero más los días de “raya” y los domingos.³⁴⁷

Un oficial de albañil, carpintero o zapatero llegaba a ganar hasta 10 “reales”. La mitad de ellos eran gastados, habitualmente en pulque y se preparaba una infusión de hojas de naranjo y aguardiente por las mañanas. Ya no quedaba “partida” para la leche de los niños. Cuando enfermaban, muchos de ellos morían sin llegar a recibir ningún auxilio o bien alcanzaban a llegar de último momento a la consulta de alguna botica.³⁴⁸

La capital mexicana, era en la realidad un lugar muy alejado de la paz porfiriana que nos pintan y transmiten algunas fuentes románticas y pintorescas tradicionales. Los días de pago de jornaleros y artesanos, o en los festejos religiosos o patrióticos surgía la violencia en barrios marginales, pulquerías y cantinas; en los mercados, plazas públicas y aún en el ámbito doméstico. Se incrementaba el número de heridos en los hospitales públicos por el “exceso de bebidas alcohólicas que inducían a la riña”.³⁴⁹ En 1865 el profesor Luis Hidalgo y Carpio afirmaba ante los miembros de la Academia de Medicina que era algo muy notable el hecho de que “solo en México –entre las grandes ciudades– existía un hospital exclusivo para heridos”.³⁵⁰

³⁴⁷ El 77% de la población de la capital eran peones y el 14% eran obreros, lo que sumaría un 91% de capitalinos pertenecientes al sector más pobre. Salazar M.M., “La salud de México durante el Porfiriato y 50 años después”, *Revista de la Sociedad Mexicana de Historia Natural*, 1960; 2: 335.351 referido por Rivera Tapia, José Antonio, “La situación de la salud pública en México (1870-1960) *Revista del Hospital Manuel Gea González*, vol. 16, núm.1, 2003, p.41; pp.40-44.

³⁴⁸ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, pp.19-20.

³⁴⁹ “México, un país situado en la zona intertropical donde son más frecuentes las riñas y las lesiones que de ellas emanan”, Ruiz Sandoval G., (1872), *op.cit.*, p.48.

³⁵⁰ Haciendo referencia al Hospital de San Pablo, situado en la plaza del mismo nombre. Ruiz Sandoval, G., (1879) *op.cit.*, p.50.



Fot. Núm. 1.—Col. Morelos, México, D. F.
Habitán.—Ocho personas, de ambos sexos y diferentes edades.
Conviven.—Un perro y un gato.

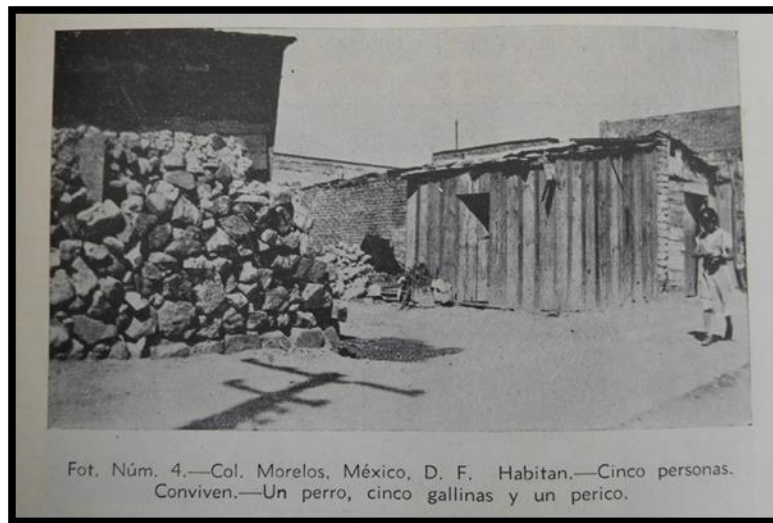
— 23 —



2.—Col. Morelos, México, D. F. Habitán.—En cada jacal
de ambos sexos y diferentes edades. Conviven.—Dos perros.

— 24 —

“Habitán ocho personas de ambos sexos y diferentes edades; conviven un perro y un gato”



Fot. Núm. 4.—Col. Morelos, México, D. F. Habitán.—Cinco personas.
Conviven.—Un perro, cinco gallinas y un perico.

“Cinco personas conviven...un perro, cinco gallinas y un perico”

DR. SAUL SANCHEZ (1933) *La habitación tipo en las clases menesterosas*, tesis para examen profesional de médico cirujano; p.23, 24, 25, 26.

La situación prevaleciente en las primeras décadas del siglo XX, no cambió sustancialmente en la narrativa de las tesis universitarias de los médicos formados en las diversas generaciones de la ENM. Seguían señalando hacia el hábitat, las viviendas y alojamientos en el que crecían los niños, conviviendo con sus familias como los escenarios principales donde se verificaba la adquisición y transmisión de diversas enfermedades, sobre todo las infecto contagiosas: tuberculosis, diarreas, tifoideas, piodermis, pediculosis, tiña, bronquitis, neumonías, tifo, influenza, fiebres exantemáticas y hasta venéreas como la sífilis y la blenorragia. Un sinnúmero de problemas de salud, que dependían de la aglomeración humana, contaminación fecal, promiscuidad, suciedad, ausencia de drenaje y de abrigo contra frío, humedad y las inclemencias climáticas.

El subsuelo semi acuoso característico de la Ciudad de México, construida en el lecho de un lago, seguía siendo determinante en el tipo y las características de muchas afecciones infantiles a los ojos de los profesionales de la medicina a lo que se sumaba el tipo de materiales de construcción y la disposición espacial de las viviendas.³⁵¹

4.1.9 La “triada degenerativa”: alcoholismo, prostitución y sífilis

Estos tres elementos eran vistos no solo como importantes determinantes de males sanitarios y sociales, sino también como índices de incivildad y atraso social. En la mente de los tesisistas formaban parte de las primeras prioridades a resolver en la lucha cotidiana contra la alta mortalidad infantil. Si nuestros nacimientos aumentan, “procuremos disputar a la muerte a seres inocentes dignos de toda protección”.³⁵²

¿Cómo? “Combatiendo la ignorancia e indolencia de nuestro pueblo” mostrándole “lo que pasaría con sus hijos si persevera en los dos grandes vicios de nuestros días: la embriaguez y la prostitución” porque “¿Qué clase de generación será la que nos sustituya si viene de existencias gastadas en los placeres y abreviada con la embriaguez? “Hombres degenerados física y moralmente no podrán seguir las huellas de nuestros padres ni tener su virilidad y su patriotismo para honrar y hacer respetar a su atribulada patria”.³⁵³ Curiosa combinación de

³⁵¹ Sánchez, Saul (1936) *La habitación tipo de las clases menesterosas*, tesis para examen profesional de médico cirujano, México, casa impresora no señalada; Marín, Efrén (1903) *Accesorias*, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipografía “El libro diario”.

³⁵² Una alusión más a los derechos de la niñez. Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.17.

³⁵³ *Ibidem*, p.17.

biología y moralidad, eran incorporados y concebidos como elementos conformantes de la fisiopatología de la enfermedad, y principios modeladores del carácter y temperamento de padres y niños.

El vicio de la embriaguez. “Impedir que se propague al grado de que hoy se verifica, pues allí vienen muchos males que repercuten en el niño y el estigma del linfatismo y del empobrecimiento de la sangre que forman el tipo de nuestra raza.”³⁵⁴ “Los que se han entregado a la embriaguez deterioran de tal modo su constitución, trastornan a tal grado su fuerza física e intelectual que de hombres útiles en todos los sentidos para la sociedad en que viven se transforman no solo en seres inútiles sino gravosos y perjudiciales por demás.”³⁵⁵ Son numerosas las bebidas alcohólicas de que el pueblo dispone para embriagarse” que además son “extremadamente baratas”.³⁵⁶

En la mirada de nuestros tesisistas los casos de muertes atribuidas al consumo de alcohol se habían duplicado de 1869 a 1878. Del México descrito por Reyes en 1866, al panorama que nos presenta Mejía en 1878 había grandes diferencias, con un incremento notable de las enfermedades atribuibles al consumo de alcohol y su respectiva mortalidad. La clave según los profesionales de la salud estaría en un incremento de la “inmoralidad y el vicio” de ciertos sectores de la población y no tanto en un aumento real de la población.³⁵⁷

En todo este orden de ideas, el grupo poblacional más vulnerable sin duda eran los indígenas.

El estado de opresión en que se encuentra desde los tiempos de la dominación española, sea porque la insuficiencia de la alimentación les obliga a buscar un vigor ficticio en las bebidas de esta naturaleza [...] el pulque, el deseo de vigorizarse que pasa insensiblemente de la necesidad al vicio [...] la mayor parte de los alcohólicos que pueblan nuestros hospitales pertenecen a la clase indígena pura o muy poco mezclada.³⁵⁸

³⁵⁴ Morales Pereira, S., (1888), *op.cit.*, p.46.

³⁵⁵ Ruíz Sandoval, G., (1872) *op.cit.*, , p.75.

³⁵⁶ *Ibidem*, p.75.

³⁵⁷ Las afecciones asignadas al alcoholismo eran el alcoholismo agudo y crónico, diarrea, el delirio; cirrosis hepática, hepatitis intersticial. 553 casos reportados en 1869-1873 y 1186 casos en el periodo 1874-1878. Mejía, D., (1879) *op.cit.*, p.13, pp.20-22.

³⁵⁸ Mejía, D., (1879), *op.cit.*, pp.20-22; “los indígenas de los pueblos y habitaciones de los suburbios de la ciudad son los que presentan los caracteres de la decadencia de la raza [...] oprimidos y abatidos por las otras clases con quienes están en contacto [...] queriendo ahogar todos sus sufrimientos en el uso de bebidas alcohólicas contribuyen poderosamente a su mayor degradación”, Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, p.40, pp.74-77.

Las bebidas alcohólicas como el pulque o el aguardiente eran muy baratas, perfectamente al alcance de un obrero que ganaba 25 centavos al día. Las autoridades prestaban protección a los comerciantes del ramo lo que daba el auge de este ramo comercial: el “influyentismo”, la impunidad y la corrupción favorecían su multiplicación, y “no se seguía el ejemplo de los buenos gobernantes, como el señor Trigueros que mandó rebajar el aguardiente y puso limite a este comercio.”³⁵⁹

De acuerdo con Ruiz Sandoval, en el Hospital de San Andrés existía una sala de 100 camas destinada exclusivamente a hombres alcohólicos, lo que nos habla del tamaño de este problema de salud en la capital mexicana.³⁶⁰ El médico tesista Ramón Estrada nos describe una enfermedad infantil exclusiva de la zona pulquera del centro de México: el “agavismo” una enfermedad transmitida en la lactancia materna.

“[...] hemos visto casos de agavismo debidos al abuso de pulque en las madres [...] lo hemos visto en niños a quienes se daba pulque para destetarlos o procurarles el sueño, estas afecciones según nos decía nuestro profesor el Sr. Vértiz no son raras lo cual se comprende dadas las costumbres e ideas de nuestro pueblo [...] el alcohol que se elimina por la leche como por las otras secreciones produce en los niños la eclampsia, la epilepsia, el idiotismo y los catarros gastro intestinales.”³⁶¹

El “agavismo” era un estado descrito por el consumo de pulque, una verdadera entidad clínico-patológica caracterizada por algunos signos en las áreas oculares y del intelecto como “pigmentación de las conjuntivas, pterigiones, pingüeculas, carnosidades perikeráticas, degeneración grasosa de la papila óptica, entorpecimiento intelectual, idiotismo etc.”³⁶²

Uno de los grupos humanos más inermes y expuestos a las enfermedades en la época era el gremio dedicado al trabajo sexual. Las “prostitutas clandestinas” como eran conocidas y etiquetadas por los tesistas de la ENM, en su marginalidad social se ganaban el pan fuera del abanico vigilante de las autoridades sanitarias. Pertenecían a “la última clase de la sociedad”. Vivían y se desempeñaban en la miseria más absoluta y estaban totalmente abandonadas por la sociedad. Eran usuarias y pacientes frecuentes del Hospital de San Juan de Dios de la Ciudad de México, donde eran atendidas muchas de ellas por el médico Gustavo Ruíz Sandoval en forma

³⁵⁹ Las tabernas “tanto para la clase baja como para la media y la alta de nuestra sociedad se multiplican día a día” Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, pp.74-77.

³⁶⁰ *Ibidem*, pp.74-77.

³⁶¹ Estrada, R., (1888), *op.cit.*, p.49.

³⁶² *Ibidem*, p.49.

reiterada de una enfermedad que el autor consideraba “una verdadera plaga para la humanidad”.³⁶³

Se trataba de la sífilis. Muchas de estas enfermas tenían alteraciones de sus órganos tan avanzadas “que parecía imposible que pudieran permanecer sin atenderse”. Era considerada por muchos como la causa más frecuente de muerte del producto de la concepción en todas sus formas: abortos, mortinatos, partos prematuros, muerte neonatal.³⁶⁴ Una buena parte de estos casos eran “fetos” que deberían ser considerados como nacidos muertos. La mayoría de las defunciones por esta enfermedad pertenecían a niños. Sin embargo, el número de ellas era muy escaso comparado con la gran cantidad de casos de sífilis que se veían en la “práctica civil” en los consultorios y hospitales de la ciudad.³⁶⁵ Agustín Quintanar también analizó los casos mortales de sífilis encontrando datos muy semejantes a los hallazgos de Mejía.³⁶⁶

En el quinquenio 1882-1886 computado por Quintanar sus cifras están conformadas principalmente por niños fallecidos menores de un año. Para entonces la mortalidad asignada a la sífilis tendía a disminuir en forma notable en los últimos tres años. Quintanar se cuestionaba si esta tendencia era real o los incrementos dependían de casos ocurridos por otras causas de nacidos muertos –óbitos– y abortos. De todas maneras, siguió muchos años percibiéndose a la sífilis como el principal estado patológico determinante del aborto y del parto prematuro. Otra posible razón de esa disminución era la siguiente. “Nuestra anémica sociedad despojada de su egoísmo y oyendo la voz sana de la razón le remuerde la conciencia ser autora de la muerte de seres inocentes que expían las culpas de sus padres perdiendo prematuramente la vida entre los mayores sufrimientos.”³⁶⁷

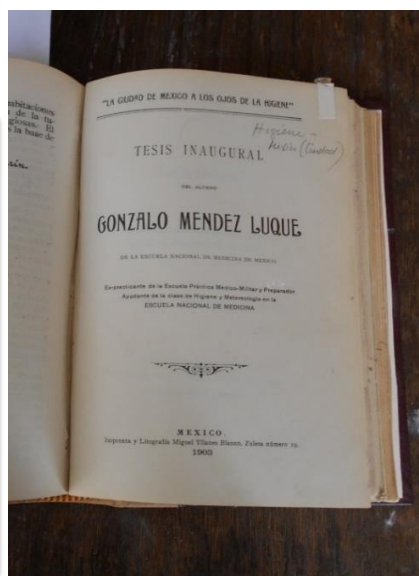
³⁶³ Ruíz Sandoval, G., (1872), *op.cit.*, pp.77-79.

³⁶⁴ *Ibidem*, pp.78-79.

³⁶⁵ Mejía, D., (1879), *op.cit.*, pp.23-24.

³⁶⁶ Mejía reportó 110 casos en 1869-1873 y 167 fallecimientos en el periodo de 1874-1878; las cifras de Quintanar en 1882-1886 son de 167 casos. La mortalidad por sífilis tenía un comportamiento estadístico mucho más estable que otras enfermedades infecciosas. En los inicios del siglo XX Rodríguez Tovar reporta 56 casos en 1901 y 76 en 1903. Para finales del siglo XIX vemos una franca disminución en la mortalidad: comparadas con el número de defunciones por neumonías, diarreas y aún más por viruela infantil no llegarían ni al 10%. Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, pp.24-25; Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, p.27.

³⁶⁷ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.25.



DR. GONZALO MÉNDEZ LUQUE (1903) *La Ciudad de México a los ojos de la higiene*, tesis inaugural del alumno...de la Escuela Nacional de Medicina, México, Imprenta y Litografía Miguel Ylanes Blanco.

Fue discípulo de los primeros profesores de pediatría de la ENM, Carlos Tejeda Guzmán y Roque Macouzet, a quienes dedicó su tesis. Perteneció a una generación de cambio de siglo ingresando a la carrera el año de 1897, culminándola el año de 1903. Su tesis es una verdadera síntesis de las condiciones topográficas y sanitarias de la capital mexicana de su tiempo. Presentó su examen profesional los días 6 y 7 de julio de 1903, aprobado unánimemente por sus sinodales, los profesores Nicolás Ramírez de Arellano, Luís E. Ruíz, Ramón Icaza, Alfonso Ruiz Endorzain y Demetrio Mejía. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes Alumnos, núm. 46253]

Pasando el año de edad, la mortalidad infantil por esta causa descendía en forma drástica. Había algunos casos reportados, pero muy escasos, que no pasaban de cuatro. Los casos de sífilis en niños, que se presentaban antes del año, correspondían a la sífilis congénita que la más de las veces más bien causaba abortos o partos prematuros. Los niños que lograban nacer y presentaban la enfermedad posterior al parto solían ser muy débiles, “arrugados”, con pénfigo y morían al poco tiempo de una sífilis visceral; mamaban poco, se desarrollaban muy mal y terminaban falleciendo.³⁶⁸

La sífilis hereditaria en los niños recién nacidos se detectaba relativamente pronto porque manifestaba las más de las veces, signos muy evidentes: “coriza purulenta y rebelde, fisuras labiales sobre todo comisurales, cicatrices de pénfigos o descamaciones en la cara plantaría *sic* o palmaria de las extremidades, sífilides diversas, hipertrofia del hígado y del bazo.” Existían ya en este momento histórico, pruebas de laboratorio bacteriológicas y sero inmunológicas de la sífilis que habían facilitado mucho su estudio y su diagnóstico. Tal era el caso de la “investigación del treponema al estado fresco” en ultramicroscopia y la sero-reacción de Wasserman.³⁶⁹

4.1.10 La Mortalidad infantil en la etapa Revolucionaria, 1911-1921

El periodo de 1911 hasta 1921, estuvo marcada por tiempos aciagos para nuestro país. Las consecuencias de la guerra civil: desabasto, carestía, hambre, crisis agrícolas, enfermedades, incluyendo la “peste roja”, se hicieron sentir con fuerza en la población. La llegada de productos comerciales e insumos desde el exterior estaba frenada por la Primera Guerra Mundial. Gran parte del presupuesto no se empleó en el gasto social sino en el ramo militar. Una importante proporción de la fuerza laboral estaba inutilizada o había emigrado hacia el país vecino del norte.

³⁶⁸ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, p.27.

³⁶⁹ Del Pino, V., (1911), *op.cit.*, p.19; Había también opiniones contrarias a este punto de vista como veremos más adelante. El científico alemán August Paul von Wassermann (1866-1925) en 1900 junto con Carl Bruck en Breslau desarrolló una prueba de detección de anticuerpos en personas infectadas por la espiroqueta (*Treponema pallidum*), proporcionando la base para el desarrollo del serodiagnóstico de la infección sifilítica. El uso de la prueba de Wassermann se extendió rápidamente y a finales de la década de los años veinte del siglo XX ya eran miles los trabajos que la citaban. Laín Entralgo, P., “Inmunoterapia e inmunología”, En: Laín, P. (director, *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1974, vol. 6, pp. 192-201; el tesista de la ENM, Eulogio de Nicolás analiza con detalle las características de esta prueba en esa época y su aplicación en México, véase De Nicolás, Eulogio (1918) *Algunas consideraciones acerca de la reacción de Wasserman y sus similares*, 30 p., inaugural.

Se vivió un retroceso demográfico por los hechos de armas, enfermedades epidémicas, migraciones y abatimiento de la fertilidad.³⁷⁰

El tesista Astolfo Cano Trujillo llevó a cabo un análisis numérico de la mortalidad infantil en el periodo correspondiente de 1912 a 1921.³⁷¹ En esos años de acuerdo con sus datos hubo un promedio de 8,234 niños fallecidos por año, con un rango de 5,343, en 1919, a 9,797 en 1916. El año de mayor mortalidad fue el de 1916 con 9,797 niños fallecidos, lo cual podría explicarse en gran parte por la crisis agrícola que se vivió en el país en 1915. Los precios de los cereales se encarecieron en forma desmedida y quedaron fuera del alcance de muchas familias mexicanas. Los niños de los sectores más pobres pagaron con sus vidas los sobrepuestos: el maíz elevó su costo 1,500%, el arroz 800%; frijol 700%.

En estos años, siguieron predominando como causas de muerte las enfermedades diarreicas oscilando entre 35 hasta 48% del total de la mortalidad infantil, ocupando el segundo lugar las respiratorias con fluctuaciones de 24 hasta 38%. A pesar de la gran cantidad de fallecimientos asignados a las epidemias: tifo de 1915 y la llamada influenza “española” con sus 450,000 muertes.³⁷²

Ese último año fallecieron en la Ciudad de México un total de 9,709 niños, de los cuales 2,987, el 30.7%, lo hicieron por padecimientos respiratorios, gripe, bronquitis aguda, neumonías y bronconeumonías. También en 1918 se registraron 7,375 decesos en todas las edades únicamente por enfermedades respiratorias, incluyendo las ocurridas durante la pandemia mencionada, lo que significa que la mayoría de las víctimas mortales de la epidemia fueron adultos, cuando menos el 60%.

³⁷⁰ De acuerdo con los censos oficiales de 1910 y 1921, la población pasó de 15 160 369 a 14 334 780 habitantes, lo que significa que se perdieron cuando menos 825 589 mexicanos. Hay referencias que hablan hasta de 450,000 muertes solo en la epidemia de influenza de 1918 y hasta 2 000,000 de decesos por los hechos armados. La separación de las parejas por la Revolución disminuyó sensiblemente la fertilidad. Véase a Márquez Morfín, L., y América Molina Del Villar, “El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México”, *Desacatos* núm.32, enero-abril, 2010, pp.121-144.

³⁷¹ Cano Trujillo, A., (1922) *La mortalidad infantil en la Ciudad de México. Sus causas y maneras de remediarla*, México, Compañía Editora Latino Americana, Humboldt 15, 17 p., documento incompleto, Inaugural.

³⁷² Epidemia de tifo de 1915: Rodríguez, Martha Eugenia, “El tifo en la Ciudad de México en 1915” en “Simposio: México en 1915. Epidemias, hambre y asistencia médica” en *Gaceta Médica de México*, 2016; vol. 152: pp. 252-258; América Molina del Villar, “El tifo en la Ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana, 1913-1916, en *Historia Mexicana*, t.LXIV: 3, 2015, pp.1163-1247; Alejandro Romo (1918), *Estudio crítico de la campaña que el Consejo Superior de Salubridad hizo contra el tifo en 1915-1916*, tesis inaugural de la ENM, 21p.

Ahora sabemos que los casos más graves en esta desastrosa epidemia no ocurrieron en niños, sino en jóvenes adultos de 20 a 40 años.³⁷³ El médico tesista de la ENM Manuel Mazari nos refiere que la mayor cantidad de casos de la epidemia se presentó en los tres últimos meses de 1918 cuando fallecieron 1995 personas, la mayoría de ellos en el mes de noviembre de ese año. En relación con ello se reportó ese último mes la muerte de 312 niños, la mayor parte de 3 a 14 años contra 1,090 adultos lo que representa 3.4 veces más muertes en estos últimos, sobre todo entre 21 y 40 años de edad. A pesar de ello se reportaron ese noviembre 559 casos mortales de enteritis, que representaron el 39.8% con relación a los casos de influenza.³⁷⁴

Es interesante señalar que fue en el Hospital General de México donde se atendieron los casos más graves que requirieron de hospitalización. Los primeros que llegaron a este nosocomio fueron remitidos de la Escuela Correccional para Varones situada en Tlalpan. Entre octubre y diciembre de 1918 ingresaron un total de 805 pacientes, de los cuales 200 eran menores de 15 años. De ellos la mayoría procedían del municipio de Tlalpan. Muchos de ellos eran varones que procedían de la Escuela Correccional. Sin embargo, de los casos atendidos en lo general, las víctimas más frecuentes fueron mujeres jóvenes entre 16 y 25 años y muy de cerca de ellas, en el segundo puesto le siguieron los menores de 15 años.

³⁷³ Con relación a la pandemia de influenza de 1918-1920 se habla de 50 millones de defunciones en el mundo en el periodo de 1918-1920 (del 2.5 a 5% de la población mundial). El virus ingresó al país los primeros días de octubre de 1918 por la frontera norte y el puerto de Veracruz recibiendo una amplia cobertura por la prensa. El tesista Manuel Mazari menciona que en los primeros días de septiembre de 1918, ya habían aparecido casos en Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, procedentes de EUA. El primer caso en la Ciudad de México se presentó el 10 de octubre de ese año en un cuartel de la Villa de Guadalupe Hidalgo. Se reportan en nuestro país cerca de 436 200 fallecimientos, y en el Distrito Federal hasta 100 muertes diarias. En España murieron 127 799 y en EUA de 500 000 a un millón de personas. Los enfermos fueron atendidos en el pabellón 26 del Hospital General de México, donde se hicieron las evaluaciones clínicas de los enfermos más graves y se realizaron la mayoría de los estudios necrópsicos. La enfermedad recibió el mote popular de “peste roja” por la presencia de hemorragias pulmonares y el aspecto rojizo de los pulmones en las autopsias y de “muerte purpura” por el aspecto cenizo de los rostros de los enfermos; Reporte de Manuel Mazari referido por Lourdes Morfin y América Molina del Villar, op.cit, 2010, pp. 121-144; Cano Trujillo, Astolfo, (1922) *La Mortalidad Infantil en la Ciudad de México. Sus causas y maneras de remediarla*. México, prueba escrita que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta el alumno..., Compañía Editora Latino Americana, Humboldt 15, pp.9-17; San Martín, *Salud y Enfermedad. Ecología humana, Epidemiología, Salud pública, Medicina preventiva, Sociología y Economía de la salud*; Prensa Médica Mexicana, 1993, p.329; *El Demócrata*, “diario libre de la mañana” inició una amplia cobertura de la epidemia a partir del día 3 de octubre de 1918 [Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de México, acceso libre, en www.hndm.unam.mx]; Mazari, Manuel, *Breve estudio sobre la última epidemia de influenza en la ciudad de México*, tesis inaugural, México Imprenta Nacional S., 1919, p.21; Ramírez Rancaño, Mario, *La Revolución en los volcanes*, México IIS UNAM 1995, p.202.

³⁷⁴ Mazari, Manuel., (1919), *Breve estudio sobre la última epidemia de influenza en la Ciudad de México*, tesis inaugural (ENM), México, Imprenta Nacional, Av. Uruguay 41, pp.57-74.

Murió uno de cada tres enfermos (28%). El mayor número de defunciones se dio entre los 16 y 25 años de edad, entre los cuales como se comentó había muchas mujeres. De los menores de edad atendidos, fallecieron el 16%. Casi la mitad de los fallecimientos, 47.7% eran niños y jóvenes hasta de 25 años. En ellos las hemorragias fueron muy frecuentes y por distintas vías: epistaxis, nariz; hematemesis, boca; metrorragias, vagina; otorragias, oídos; gastrorragias, estómago; piel, petequias y moretones. Dentro de los factores determinantes de estas muertes, destacó que muchos enfermos no recibieron atención médica temprana, muchos de ellos estaban abatidos y debilitados por la hambruna, la desnutrición y la miseria en la que se vivía. Abundó la aglomeración en las salas clínicas, la carencia de material y de profesionales de la salud, médicos y enfermeras, en la atención.³⁷⁵

4.1.11 Las propuestas para combatir y detener la alta mortalidad infantil imperante en el país

A continuación, se hace un recuento puntual de los principales remedios que los médicos tesistas de la ENM recomendaban poner en práctica para mejorar la salud infantil e incrementar la sobrevida de los niños mexicanos de gran parte del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. A la luz de nuestra modernidad algunos de ellos podrían aparecer como ingenuos, ilusorios o rebasados por el tiempo, pero para los personajes que los sugirieron en su momento, resultaban perfectamente serios, lógicos y practicables.

El primer principio fundamental era de naturaleza educativa y pedagógica. Se proponía la “Instrucción difundida entre todas las clases de la sociedad”; la obligatoriedad de la enseñanza elemental, multiplicando el número de escuelas, tanto diurnas para niños como nocturnas para adultos. Añadir a los planes de estudio del programa escolar a la higiene como materia obligatoria. Mejía planteaba también en su tesis efectuar donaciones y “sacrificios” de los que más tenían, es decir los poseedores de los grandes capitales, de “muy pequeñas partes de sus riquezas” para beneficiar a los que menos tenían. Los que no contaban con el gran capital también sacrificarían “parte de su tiempo en servicio de la niñez desvalida”.³⁷⁶

³⁷⁵ Carrillo, Rafael (1920) “La epidemia de gripa en el Hospital General en el año de 1918”, *Gaceta Médica de México*, 1920, t.I, pp.226-236; Reproducido en las páginas 193-205 del libro *Estadística...* de Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina.

³⁷⁶ Mejía, D., (1879), *op.cit.*, pp.30-32.

Niños y madres en los conflictos bélicos



Bombardeo en Vallecas, Madrid, 1936



México en 1910

“El niño y los pediatras en la Guerra Civil Española” en *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*, Núm.10, oct. 2015 y la Revolución Mexicana de 1910 en la Colección Casasola.

Otra propuesta señalada era fundar asociaciones protectoras de la infancia y casas de asilo para niños de madres obreras pobres que habían sido clausuradas previamente en la capital “con perjuicio de la clase obrera”. Se expuso también la necesidad de establecer un registro de nodrizas, bajo la vigilancia de varios médicos.³⁷⁷

Un planteamiento más iba en el sentido de reabrir la Botica de la Casa Central que también había sido cerrada con la salida de las Hermanas de la Caridad del país. Esta medida debía ser puesta en práctica con el objetivo de “auxiliar con medicinas a una porción de familias pobres”. Este establecimiento debería ser instituido por el Ayuntamiento o la Junta de Beneficencia preferentemente con dos sucursales en diferentes rumbos de la ciudad. La idea era facilitar al pueblo “el gran recurso de los medicamentos” con la finalidad de “aceptar con todo gusto la caridad de los médicos”. Este punto se complementaría con la labor efectuada por algunas “conferencias” o sociedades ligadas a entidades religiosas que no extendían sus beneficios, en los hechos, más allá de los límites de algunas parroquias.

También se expuso la urgencia de enfocar las baterías de las autoridades competentes en la prostitución clandestina “que reclamaba seria atención” debido a la propagación creciente de la sífilis “resintiendo sus perniciosos efectos la nueva generación enfermiza y raquítica”. Otro pronunciamiento iba en relación con la regulación del comercio de licores, “que no tiene restricción hasta hoy [...] Entre nosotros se tolera la inmoralidad hasta el grado que viene a influir con cifras alarmantes en el aumento de la mortalidad”. Como complemento de esta medida se planteaba la restricción en el número de cantinas y pulquerías; rebajar el grado del aguardiente. “Recargar” las contribuciones de este comercio y aumentar los derechos de la importación de bebidas alcohólicas a la capital: “Tolerar el vicio es censurable y nos hace aparecer como protectores de él.”³⁷⁸

La solicitud de que se llevaran a cabo las obras del desagüe directo del Valle y limpia de la ciudad era un reclamo que se hacía desde varios años atrás, cuando menos desde el Congreso

³⁷⁷ Una propuesta que ya había hecho Reyes desde tiempo atrás y fue retomada por los tesisistas de la ENM. La Asociación Protectora de la Infancia se hizo realidad como proyecto social hasta 1929-1934 con el gobierno de Emilio Portes Gil; Mejía D., (1879), *op.cit.*, pp.30-32.

³⁷⁸ Mejía, D., (1879), *op.cit.*, pp.30-32.

Médico de Higiene efectuado en 1876. “Su beneficio resultará en favor de nuevas generaciones aún muy remotas”, un presagio futurista de Mejía.³⁷⁹

Agustín Quintanar señalaba que para evitar los grandes males que señaló en su tesis, se debían de emitir dos tipos de consejos: los morales y los médicos. Este autor ponía el énfasis en el parto y la crianza del niño. La asistencia debía ser llevada a cabo “por personas inteligentes” durante el parto; y las madres dirigidas con idénticas características durante el amamantamiento del niño. Ambos serían esenciales para criar hijos robustos y sanos.

En otras medidas coincidía con los puntos de vista de los tesisistas ya comentados: la “Ilustración de nuestro pueblo”, la propagación y difusión de los preceptos higiénicos, tanto públicos como privados; el cumplimiento por parte de las autoridades en sus responsabilidades: vigilar la observancia de las leyes, especialmente las higiénicas, ya que con su infracción “se perjudican los ciudadanos a sí mismos, a su posteridad y a la República”. A grandes dolencias les correspondían grandes remedios.³⁸⁰

Jesús Rodríguez Tovar consideraba que la profilaxis de las enfermedades se reducía a las siguientes medidas. Observar estrictamente las reglas de la alimentación de la primera edad. Especialmente llevar a cabo el proceso del destete prudentemente, evitando que los niños ingirieran sustancias no aptas para ellos, o cuerpos extraños y en forma prioritaria recurrir siempre al agua potable en la alimentación de los niños. Asegurarse siempre que el niño tuviera una atención médica inmediata al enfermarse, en clara alusión a evitar la atención por curadores alejados de la academia. Énfasis en hábitat y abrigo, habitación familiar limpia y ventilada; vestido adecuado a la edad del niño y a la época del año. Baños fríos, especialmente en niños mayores con la finalidad de “estimular” su vigor y su crecimiento. Evitar la “herencia neuropática”. Evitar las insolaciones, enfriamientos y traumas de cráneo. Combatir el alcoholismo en las familias. No besar a los niños en la boca. “No escupir en el suelo y regar agua al barrer”. Aislar a los enfermos y desinfectar sus habitaciones y ropas.

³⁷⁹ “Al Congreso Médico de Higiene tocó hacer este estudio con toda escrupulosidad”, Mejía D., (1879), *op.cit.*, pp.31-32; Reyes, J.M., Gabino Barreda, Luis Hidalgo y Carpio, Gustavo Ruíz Sandoval, “Crónica Médica. Congreso Médico y de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, t.XI, núm.18,15 de septiembre de 1876, p.379; t.XI, núm.20, 15 de octubre de 1876,pp.393-395; t.XI, núm.22, 15 de noviembre de 1876, pp.430-436; t.XI, núm.23, 1 de diciembre de 1876, p.464; t.XI, núm.24, 15 de diciembre de 1876, pp.479-480; Liceaga, Eduardo, “Los congresos de los médicos”, (1º y 2º-1876 y 1878 respectivamente) de la capital” en *Mis Recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, pp.161-173.

³⁸⁰ Quintanar, A., (1889), *op.cit.*, p.30.

Los adultos: evitar casamientos en enfermos de sífilis y recibir tratamiento específico durante el embarazo. Cuidados en el embarazo, régimen tónico, reconstituyente con la finalidad de prevenir padecimientos debilitantes en los niños: “esclerema, debilidad congénita y parto prematuro”. Atención del parto por personas “competentes”. Darle importancia y curar las escoriaciones y heridas de los niños: evitar infecciones dérmicas y de los ojos.

Rodríguez Tovar planteaba la necesidad de fomentar en las familias la conciencia y la cultura del cuidado de la vida de los niños. Evitar la mentalidad del “destino fatídico” que permeaba en muchas conciencias, que propagaban la idea de que la salud y la vida de los niños no era prioritaria; este tipo de mentalidades pensaban que el niño no era un miembro prioritario en la familia. Otros integrantes serían más importantes como la madre, o el padre, ya que su ausencia afectaba y desequilibraba a una familia seriamente.

Este autor no ponía el énfasis en los aspectos de la economía familiar ya que pensaba que el incremento del salario al padre de familia no resolvería el problema social y económico. “Cuanto más dinero tienen tanto más alcohol ingieren” la respuesta estaba en la “moral y competencia”. La clave era “educar a nuestras masas populares.” ¿Cómo? “Valgámonos de la conversación, el periódico, la tribuna y sobre todo la escuela, esa moderna redentora del género humano [...] la vida de los niños es un tierno capítulo que el menor viento puede marchitar.”³⁸¹

Como colofón debemos asumir que los padecimientos respiratorios funcionaron en los estudios de los tesisistas como indicadores muy sensibles a la exposición al medio ambiente, topografía de la ciudad, hacinamiento y promiscuidad en hogares, protección de las viviendas, abrigo de los niños, eficacia de los programas de vacunación; y que igualmente las enfermedades diarreicas eran más sensibles como indicadores para la calidad de vida y el impacto sobre el crecimiento y desarrollo infantil, de los procesos relacionados con la alimentación y crianza de los niños. Otros aspectos que destacaron fueron la Nutrición y la cadena de suministros; el aprovisionamiento, repartición equitativa de víveres; la situación imperante en el campo: agricultura y ganadería del país. Desde luego a la dependencia de México a la inversión y el comercio exterior.

También están involucrados otros factores importantes como vigilancia y control de establos, mercados y rastros de la ciudad; la economía y el poder adquisitivo de las familias; la

³⁸¹ Rodríguez Tovar, J., (1904), *op.cit.*, pp.29-32.

red de agua potable y el drenaje de la ciudad. Se concluye entonces que el grupo de niños del sector social más desfavorecido de la sociedad mexicana resultó el más afectado en una de las etapas de mayor riesgo y vulnerabilidad por las que ha cursado nuestro país. Una etapa histórica especialmente desequilibrante y conformada por grandes movimientos sociales, demográficos y políticos; las epidemias y la guerra. Tal como sucedió especialmente en el transcurso de los días adversos para la salud infantil durante el movimiento armado, especialmente en los amargos momentos que se vivieron en 1915 en la Ciudad de México. Los impactos del hambre y la desnutrición infantil, las enfermedades emergentes producto de la guerra y la exacerbación de la insalubridad modelaron el perfil de la atención a la salud de los niños en el nuevo siglo XX.

La estadística en salud se convirtió en un medio fundamental para conocer la enfermedad y sus relaciones con la colectividad, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX mexicano. De las principales influencias que recibieron nuestros tesisistas destaca en primer término la de Humboldt cuyo rigor metodológico impactó en sus análisis y discusiones. Los afanes comparativos del científico alemán, el cotejo de diversos elementos entre grupos poblacionales, razas, diferentes regiones y países; el establecer puntos de convergencia y de contraste fue indispensable para determinar variables y constantes que dieran certidumbre al gremio médico sobre la situación real de la salud pública, tomar decisiones y plantear estrategias en base a un conocimiento verdaderamente objetivo, se convertía en una prioridad.³⁸²

Otra influencia importante que tuvieron los médicos que emprendieron estudios poblacionales en sus tesis fueron las del ingeniero Antonio García Cubas, quien desde su foro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística publicó sus observaciones, puntos de vista y análisis sobre la población y el territorio, tanto del país como de la ciudad y el Valle de México. García Cubas estudió detalladamente las características físicas del espacio geográfico, su distribución de grupos poblacionales en su territorio, sus recursos zonificados desde una perspectiva histórica.³⁸³

³⁸² Agostoni, C., y Andrés Ríos Molina, *op.cit.*, 2010, pp. 9-163.; Otra gran influencia que tuvieron los estudios estadísticos emprendidos por los médicos tesisistas especialmente Gustavo Ruiz Sandoval y Demetrio Mejía fue la de Adolphe Quetelet [1796-1814], científico belga que convirtió a la clásica estadística económica del siglo XVIII y de origen inglés, es una ciencia con visos verdaderamente sociales; véase a Bustamante, Jesús, Laura Giraldo y Leticia Mayer, *La novedad estadística: cuantificar, cualificar, y transformar las poblaciones en Europa y América Latina*, siglos XIX y XX, Madrid, Ediciones Polifemo, 2014, pp.17-61.

³⁸³ Dos textos muy importantes originales de García Cubas, donde podemos conocer muy bien su pensamiento y sus propuestas son *Geografía e Historia del Distrito Federal*, México, Antigua Imprenta de E. Murguía la segunda edición publicada en 1894 y se cuenta con un facsimilar editado por el Instituto Mora en 1993 y el otro es *El libro de*

En el espacio geográfico de la Ciudad de México, la política de urbanización desplegada por las autoridades municipales y el Gobierno de la ciudad exacerbó de alguna manera la brecha social, conduciendo a diferentes calidades de vida territoriales, que terminaron trazando un mapa epidemiológico muy nítido entre las “enfermedades de la miseria” y de aquellas derivadas de los excesos de la población con mayores recursos. Asunto también analizado en las tesis que tratan la repartición del espacio territorial, la calidad de vida de los niños y las características de las viviendas entre otros aspectos.

4.2 Crianza y nutrición infantil

El tema es tratado como “binomio nutrición- desnutrición”, término que alude a la visión integral con la cual es comprendido el fenómeno de la alimentación infantil desde el punto de vista de la salud y la enfermedad. Para fines prácticos y facilitar el análisis, el tema de la desnutrición infantil se desarrolla dentro del bloque de las enfermedades en el siguiente apartado. Esta sección está construida a partir del análisis de las tesis elaboradas por las generaciones de médicos egresados entre 1883 y 1920, que tratan temáticas relacionadas con la lactancia materna, alimentación y nutrición infantil. Es un grupo muy homogéneo de autores, con fines y temáticas comunes que presentan un *corpus* colectivo de conocimientos y experiencias. Ver Tabla 5 Capítulo 1.

Desde el punto de vista de la historiografía de la salud y la enfermedad en México, podríamos considerar sorprendentemente escasos los trabajos publicados sobre el tema en la literatura médica en general. Como muestra de ello en el periodo de 1839-1956, tenemos en las revistas publicadas por la Academia Nacional de Medicina en *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*, 1839 y 1840; *Unión Médica de México*, 1856-1858 y *Gaceta Médica de México*, 1864-1956) únicamente un total de 39 artículos publicados. Mientras que, en la *Revista Mexicana de Puericultura*, una revista especializada, solamente en 2 años, 1930-1932 se habían

mis recuerdos. Narraciones históricas, anecdóticas y de costumbres mexicanas anteriores al actual estado social, México, Imprenta de Arturo García Cubas, Hermanos Sucesores, 1904. El autor es ampliamente analizado por Arias Gómez, María Eugenia, *El Distrito Federal y la Ciudad de México a los ojos de nueve autores porfirianos (1887-1913)*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016; Hernández Franyuti, Regina, *El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994*, México, Instituto Mora, 2004.

publicado ya 8 artículos sobre el tema.³⁸⁴ Sin embargo, un material más rico y numeroso, proveniente del área de la puericultura, está contenido en las tesis escolares y universitarias de la Escuela de Medicina. Sus ideas y planteamientos parten de diferentes áreas de la teoría y la práctica de la medicina infantil: alimentación, higiene, puericultura y binomio nutrición/desnutrición infantil.

Entre los años de 1883 y 1935 se escribieron un total de 29 tesis con temáticas relacionadas con la alimentación y nutrición infantil, la mayoría a partir de 1920, lo que denota la importancia que fue cobrando con el tiempo el tema para el estudiantado y la comunidad de la ENM. En el siglo XIX entre los temas de más interés destacaban entre otros, la lactancia como parte del ciclo biológico de la vida humana y la supervivencia de los niños, la alimentación del niño que no contaba con una madre y urgía de la necesidad de la búsqueda y la elección de una nodriza.³⁸⁵

El destete o inicio en el niño de una alimentación diferente a la del seno materno, especialmente en el entorno climático y topográfico de la capital mexicana y donde todos los veranos morían miles de niños por contaminación del agua, alimentos y adulteración de la leche expendida en las plazuelas de la ciudad; el protagonismo de la mujer como madre y la responsabilidad del médico ante los fenómenos de la maternidad y la crianza; a finales del siglo todavía era común comentar las ideas ilustradas originarias de Rousseau en el medio clínico mexicano a través de autores como Joaquín Cosío y Roque Macouzet que exponían las ideas de Fonssagrives y Marfán en sus textos.³⁸⁶

³⁸⁴ Tenemos artículos dedicados a lactancia (5), nodrizas (2), leche (15), análisis de la leche (3), destete (2), desnutrición (10), Fernández Del Castillo, Francisco, *Bibliografía General de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*, México, Editorial Fournier, 1959.

³⁸⁵ Uno de los grandes conflictos que se vivió en muchas familias y en escenarios capitalinos, se presentaba cuando la madre había muerto en el parto o se trataba del abandono de un niño que quedaba en calidad de huérfano en el orfanatorio o sencillamente por diferentes razones la madre no podía lactar ella misma, era un problema mayúsculo que debería resolverse. Conseguir una “segunda madre” que criara al niño y evitara su muerte. Para la década de los treinta del siglo XX el tema de la nodriza desaparece de las tesis, paralelamente a un gran desarrollo de la industria alimenticia y productos comerciales.

³⁸⁶ Antoine Bernard Marfan (1858-1942) es uno de los fundadores de la pediatría moderna francesa. Fue médico del *Hôpital des Enfants Malades* de París hasta el año de su jubilación en 1928. En 1901 organizó una de las primeras clínicas para la nutrición infantil discutiendo los problemas con las madres jóvenes. En 1914 se convirtió en el primer profesor de Higiene infantil –cátedra de nueva creación– en la clínica pediátrica de la Universidad de París. Además de su *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, París, 1899; (llegó a la 4^a edición, en 1930.) y su traducción castellana *Tratado de la lactancia materna y alimentación de los niños en la infancia* (París: G. Steinheil de 1899) escribió junto con Grancher y Comby el *Tratado sobre las enfermedades de la infancia*, Editado por J. Grancher, J. Comby A.B. Marfan, París: Masson, 5 volúmenes, 1897-1898 que fue galardonado con el premio de la Academia Francesa de Ciencias. Marfan también estudió la mortalidad de los niños

Otro tema decimonónico relevante es sin duda la inexistencia o ausencia de una leche garantizada o saludable para el consumo de los niños dentro del contexto urbano, en el cual la adulteración y contaminación de la leche eran la regla y uno de los grandes problemas de salud pública. A partir de la década de 1880, “la década de oro de la investigación microbiológica”, aparece el tema de la bacteriología de la leche con su cúmulo de interrogantes y nuevas prioridades: esterilización y pasteurización de la leche, controles en la cadena de distribución y normatividad.

El cuerpo infantil, era todavía concebido y reconocido por muchos con la marca del desamparo y la debilidad sobre todo en los casos de los niños procedentes de familias estigmatizadas, alcoholismo, sífilis, tuberculosis, pobreza, o habitantes en asilos, residentes de vecindades en barrios populares. Se empiezan también a vislumbrar y a reconocer las características nutricionales de la leche, especialmente la destinada a los más pequeños: recién nacidos y dentro de ellos al grupo más vulnerable, los prematuros.³⁸⁷

En la Escuela de Medicina se ponía también el énfasis en los análisis químicos como herramienta para asegurar la pureza y la calidad de la leche, especialmente aquella que estaba dirigida al consumo infantil y a asilos y hospitales; las características microscópicas y microbiológicas del líquido blanco, el uso de pruebas e instrumentos como “lactobutirómetro” de Gerber, “lactodensímetro” de Marchand, o ensayos químicos. Algunas tesis son publicadas como artículos en revistas o integradas como partes de capítulos en libros.³⁸⁸

Se toca también como tema decimonónico el problema de la alimentación con leche de origen no humano, la llamada “lactancia artificial” con todo su cúmulo de obstáculos y problemáticas. Son interesantes las miradas médicas recuperadas en las descripciones de los intentos de reproducir en México los ensayos clínicos con leche artificial o “maternizada”

alimentados con diferentes regímenes alimentarios. A pesar de todas sus múltiples aportaciones a la pediatría, Marfan es más conocido actualmente en nuestro país por el síndrome clínico que lleva su nombre; notas al respecto en Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, p.102.

³⁸⁷ Destacan los primeros intentos de combinar los nuevos desarrollos tecnológicos con técnicas depuradas de alimentación para mejorar el pronóstico de los niños recién nacidos prematuros y débiles. Véase la tesis de Francisco García Luna (1896) *Utilidad de las incubadoras y de su complemento, el gavage* (o alimentación por sondeo).

³⁸⁸ Como ejemplo de ello destaca la tesis de Mariano Zertuche (1899) *op.cit.* Parte de su contenido fue integrado en el capítulo XII “Alimentos” del libro *Tratado Elemental de Higiene* del profesor Luis E. Ruíz, en la cátedra de Higiene y Meteorología Médica de la ENM en su edición de 1904 (pp. 193 a 211). Cabe señalar que este alumno tesista fungió como preparador del laboratorio de leches en la cátedra del profesor Ruíz y nos plasma en su tesis su experiencia docente.

realizados originalmente por Gaertner en Alemania o Boissard y Budin en Francia y sus resultados desastrosos en los pequeñitos desnutridos de la Casa de Cuna mexicana en los primeros años del siglo XX.³⁸⁹

Las tesis elaboradas a partir del siglo XX se caracterizaron por un incremento progresivo en el interés del alumnado por seleccionar los temas de la alimentación infantil. La nutrición de los niños y su contraparte la desnutrición se fue convirtiendo en una prioridad para el Estado, el gremio médico y la medicina pediátrica mexicana, especialmente desde la década de 1920. Destacan los nombres de varios médicos especialistas en medicina infantil fundadores de la Sociedad Mexicana de Puericultura (1929) como lo fueron Mario Alfonso Toroella, Anastasio Vergara, Isidro Espinosa de Los Reyes, Manuel Cárdenas de La Vega, Hermilo Castañeda, Alfonso G. Alarcón, Federico Gómez entre muchos otros, quienes asesoraron y dirigieron en sus trabajos de tesis a varios alumnos y alumnas estando en sintonía con los temas difundidos y promovidos en su foro, la *Revista Mexicana de Puericultura* desde 1931.

Las investigaciones en las tesis fueron cada vez más sistematizadas, profundas, detalladas y diversificadas a otras aristas como la fisiopatología y el metabolismo infantil como ejes de análisis y hacia el desarrollo de otros recursos terapéuticos en la nutrición infantil como las leches ácidas, yogurt, “*babeurre*”, así como la descripción de novedosas proteínas vegetales, “maíz de Thomas”, o la harina de garbanzo entre muchas otras alternativas para el tratamiento del niño desnutrido.

Por medio de las tesis, nos enteramos de que la mayoría de los niños que acudían a los Centros de Higiene Infantil de la capital estaban desnutridos y de ahí la necesidad de ofrecer soluciones urgentes a esta problemática médico social que caracterizaba a los niños en el periodo

³⁸⁹ Ferrer, G., (1897) *Breves apuntes sobre higiene alimenticia en los recién nacidos*, tesis para examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, F.P. Hoeck, Tipográfica, pp.20-22; Camarillo, Lauro, (1905) *Algunas consideraciones acerca de lactancia artificial*, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, A., Carranza y Comp., Impresores, Callejón de Cincuenta y siete, num.7; El alumno tesista Lauro Camarillo Ibáñez fue practicante de los Hospitales San Andrés, Juárez y Español; así como de la Casa de Cuna, y ayudante del “Repetidor de Operaciones”, p.16, p.18. Nació en Tepexi de Rodríguez, Puebla, el 18 de agosto de 1876, estudió en el Colegio del Estado la preparatoria, y la carrera de medicina en la ENM, recibíendose en el año de 1905; en 1910 le tocó realizar la autopsia de Aquiles Serdán, junto con su colega, el Dr. Farquet, le extrajo el corazón y lo conservó por mucho tiempo hasta que pudo entregarlo a su familia. Durante la Revolución, se incorporó a las filas zapatistas (en calidad de jefe de la Brigada Sanitaria del Sur) y posteriormente fundó en Puebla el Hospital de Jesús; también fue presidente de la Junta de Beneficencia de la misma ciudad pasando posteriormente a ser director de la Escuela de Medicina del Antiguo Colegio del Estado. Murió en Puebla el 28 de septiembre de 1944. Véase sitio tepeviderodriguez.com (vista el 2 de enero de 2011); Pineda Gómez, Francisco, (2013) *Ejercito Libertador, 1915*, Editorial Era, referencia (49).

posrevolucionario. Un aspecto revelador que vale la pena comentar es la presencia cada vez mayor de los productos comerciales e industriales en el área de la nutrición clínica, que llegaron a utilizarse ampliamente por los médicos en los Centros de Higiene Infantil, consultorios que eran en esa época el principal recurso asistencial dirigido a los niños capitalinos y a sus madres. Estaban ampliamente distribuidos en los barrios populares de la ciudad de México de la época. Eran los lugares privilegiados donde los médicos y las enfermeras tenían la oportunidad de alternar y convivir con los niños y sus familias, y son detalladamente descritos en algunas tesis.³⁹⁰

Muy significativa también, fue la presencia de la mujer por vez primera en esta esfera del conocimiento médico, como autora de tesis de medicina, en el área infantil. La Dra. Emilia Montes de Oca presentó “La alimentación en la primera infancia” en 1929, Ana María Plaza Arana, “Consideraciones sobre puericultura pre y postnatal” en 1934 y Dolores Idalia Peregrina hizo lo propio con “La desnutrición en la primera infancia, estudio etiopatogénico, clínico y terapéutico” de 1936; trabajos que fueron analizados en nuestro proceso de investigación. Por lo general muy bien escritos, detallados y claros en cada aspecto y que enriquecen la historiografía de la desnutrición infantil. En la historia de la salud y enfermedad infantil de nuestro país destaca muy relevantemente la presencia femenina en las políticas y acciones dirigidas a los niños no solo por las labores llevadas a cabo por las madres, sino también por las enfermeras visitadoras de los Centros de Higiene Infantil y las profesionales médicas.

Un aspecto de mucho interés en las tesis es la presencia de la iconografía presentada en algunos trabajos, como fotos, diagramas y dibujos de niños enfermos y señalando en algunos casos las prioridades y las políticas públicas con relación a algunas enfermedades muy significativas entre las que destacaba la tuberculosis y la sífilis infantil. La nutrición infantil es un tema íntimamente relacionado con su contraparte, la desnutrición. Como veremos dentro de la historiografía de la desnutrición y el hambre se presentan estos dos fenómenos como un binomio relacionado con mucha frecuencia a epidemias, catástrofes naturales y sobre todo a los grandes conflictos bélicos y sus desastrosas consecuencias para millones de seres humanos entre los que se destacan a niños, mujeres, ancianos y minorías étnicas.

³⁹⁰ Este tema es ampliamente tratado por la Dra. Mercedes Alanís en *La Atención Médica infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones, 1861-1943*, editado por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, México, 2016.

El hambre y la desnutrición como temas de análisis adquieren mayor sistematización en el marco de las Guerras Mundiales, especialmente en la segunda posguerra. En México no tuvimos participación de la población en la última conflagración, pero sí hubo una Revolución Mexicana que tuvo consecuencias análogas sobre todo en los grupos sociales más vulnerables.

4.2.1 El Siglo XIX: el proceso de medicalización de la crianza y la lactancia

El tema de la lactancia resultó muy atractivo y sugerente para la mayoría de los tesisistas que lo abordaron y algunos lo hicieron con lujo de detalle. La leche era considerada por muchos como un elemento vivo y parte esencial del ciclo de la vida conteniendo sus pequeños corpúsculos microscópicos esféricos análogos a los contenidos en la sangre, constituidos en su caso, de mantequilla –nutritiva, calorífica y vivificante– compartiendo con el líquido rojo, características propias del fenómeno de la vida. Como en el caso del fenómeno de la coagulación y sus elementos conformadores proteicos, grasos y azucarados que parecían tener a los ojos del médico autor de tesis una existencia propia e independiente entre sí. La leche, un elemento vivo y dador de vida resultaba vital y trascendental en la supervivencia infantil.³⁹¹

Existen dos grandes vertientes en las que los niños podían ser alimentados: al seno materno y fuera de él. Cuando el niño pequeño llegaba a formar parte del contingente de esta última práctica, en la mirada del médico su vida peligraba y su destino quedaba en la mayor de las incertidumbres. Se consideraba a la primera infancia como “el periodo de la vida más frágil”, cuando la existencia estaba “a merced de casi todas las causas de destrucción” y era precisamente cuando la acción puericultora y por lo tanto la intervención del profesional tendría “su más poderosa influencia preservadora”. Desde esta mirada la lactancia resultaba un elemento vital que influía de manera crítica sobre la vida y la muerte de los niños más pequeños expuestos

³⁹¹ Navarro Cardona (1883), Agustín, *Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia*, tesis para obtener el grado profesional en Medicina y Cirugía, México, Imprenta de Epifanio D. Orozco, p.7; Ferrer, Guillermo (1897) *Breves apuntes sobre higiene alimenticia en los recién nacidos*, tesis para examen profesional, México, F.P. Hoeck, Tip., 1897, p.12; Fernández Ortigoza, Ignacio (1884) *Apuntes para la alimentación de la primera edad*, tesis para examen profesional, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, pp.5-107; Zertuche, Mariano (1899), *Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales*, prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta Universal, D.C., Smith, pp.5-52; Silva, Austreberto, (1906) *Ligeros apuntes sobre lactancia, la gota de leche*, tesis para examen de médico cirujano y partero, México, Tipográfica “El Lápiz del Águila”, p.10. ; Del Castillo, C.R., *La Atención Médica y los Cuidados del Infante en la Ciudad de México (1880-1915)*, tesis de maestría en historia UNAM, 2013, pp.97-104.

al grave peligro de las enfermedades diarreicas percibidas como la causa más frecuente de su muerte, especialmente en la estación del estiaje de la capital mexicana.

El amamantamiento, una práctica connatural a la humanidad como especie formando parte del ciclo de la vida y del gran fenómeno de la reproducción.³⁹² “La lactancia es una función que completa y corona al fenómeno de la reproducción.” La diarrea “se llevaba” en el último cuarto del siglo XIX entre 2000 y 2500 niños de la capital mexicana, sobre todo durante los estíos o veranos.

Como ya se ha señalado, la gran mortalidad de las primeras etapas de la vida de los infantes era explicada por los médicos autores de las tesis por una combinación de factores determinantes tanto extrínsecos como intrínsecos a los sujetos. Entre ellos los fenómenos asociados a la alimentación tenían para el médico, una importancia capital, dentro de la patología infantil.³⁹³

Por otra parte, la mortalidad perinatal era un fenómeno de enormes proporciones, de acuerdo con la mirada de nuestros tesisistas. Para 1884 la cifra de fallecimientos en esta área de atención se había incrementado casi 900%.³⁹⁴ De alguna manera estaba presente el verdadero agente causal de la muerte de los niños: el abandono en el que se encontraban por parte del Estado y de la sociedad la mayoría de las mujeres y los niños de la ciudad.³⁹⁵

La escasez de recursos puede obrar o bien porque el insignificante salario del marido tenga en un estado tal de miseria a su esposa que ésta no pueda lactar debidamente por la deficiente alimentación [...] porque se vea obligada a compartir las rudas labores del marido para poder llenar sus necesidades en cuyo caso deja a su hijo abandonado a manos extrañas que no podrán dar nunca los cuidados que prodiga una madre.³⁹⁶

³⁹² Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, p.52.

³⁹³ El tesisista Mariano Zertuche menciona una cifra de 8570 niños menores de un año fallecidos en la capital en 1896, de los cuales cuando menos la tercera parte habían muerto de diarrea, una mortalidad infantil con la increíble tasa de 508 por 1000 nacimientos vivos. Zertuche, Mariano (1899) *Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales*, prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Universal, p.6

³⁹⁴ Del Pino, Víctor (1911), *Higiene de la primera infancia*, tesis inaugural, mecanografiada, p.4; Ruíz Sandoval G., (1872), *op.cit.*, pp. 43-48; Quintanar, Agustín (1889), *Ensayo de estadística de mortalidad infantil en México*, trabajo para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, p.29.

³⁹⁵ Silva, Austreberto (1906), *Ligeros apuntes sobre lactancia, la Gota de Leche*, tesis para examen de médico cirujano y partero, México, Tipografía “El Lápiz del Águila”, pp.10-15; De Essesarte, Manuel (1882), *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos-muertos formado de datos recogidos en la Casa de Maternidad*, trabajo inaugural, México, Tipografía de Berrueco Hermanos, pp.8-23; este tesisista nos presenta una muestra de casos de mujeres atendidas en el Hospital de Maternidad donde se puede ver que campeaba la pobreza y el abandono de muchas pacientes usuarias del nosocomio, siendo muchas de ellas madres solteras.

³⁹⁶ Silva, A., (1906) *op.cit.*, p.11.

Las muertes de un enorme número de niños se relacionaban con el tipo de alimentación que recibían y eran sometidos en sus primeros días de vida y las enfermedades gastrointestinales consecutivas a ello estaban al acecho. Mientras más pequeño era el niño, mayores las probabilidades tenía de morir. “transgredir las reglas de la lactancia”: consumo de leche no humana en los niños más pequeños.³⁹⁷

Frente a este sombrío panorama la lactancia materna se configuraba como el principal factor protector de los niños ante la acechanza de una gran cantidad de peligros y amenazas y también como un medio para lograr un desarrollo armónico alejado de enfermedades, riesgos y eventualidades que empujaban a la muerte. Trastornos digestivos, malas digestiones y debilitamientos corporales.

Dentro de las estrategias utilizadas por los profesionales de la medicina para promover el amamantamiento destacaba el exaltar las ventajas que significaba para madres e hijos. En ellas las molestias y perturbaciones digestivas consecutivas al embarazo y al parto desaparecían o mejoraban con relativa rapidez, así como los “accidentes y achaques nerviosos” mejoraba el apetito, se incrementaba el peso, se adquiría un buen color y “un semblante floreciente”; se restablecían más rápido las funciones uterinas, desaparecían las congestiones, edemas y varices así como las perturbaciones nerviosas y digestivas. Y desde luego también estaban las ventajas espirituales de la maternidad.³⁹⁸ “El amor maternal llena por completo su espíritu intranquilo [...] será capaz de sacrificarlo todo, su bienestar. Su belleza, su buena constitución [...] sus placeres sociales, por aquella tierna criatura, foco purísimo donde irradian todas esas alegrías del hogar.” En cambio, la madre que decidía no amamantar a su hijo quedaba expuesta a situaciones muy molestas. “La madre se resiente cuando no amamanta a su hijo [...] los infartos de leche retenida producen en los pechos intensos dolores [...] a la aparición de flegmones y abscesos.”³⁹⁹

O bien:

[...] Sabe de los riesgos que amenazan a su hijo al entregarlo a otra mujer desconocida y su espíritu intranquilo no disfruta del placer de los que el honor prohíbe o bien lo olvida

³⁹⁷ Ferrer, Guillermo (1897) *Breves apuntes sobre higiene alimenticia en los recién nacidos*, tesis para examen profesional, México, F.P. Hoeck, p.12; Navarro y Cardona, A., (1883), *Apuntes sobre la alimentación en la primera infancia*, tesis para obtener el grado de profesional en medicina y cirugía, México, Imprenta de Epifanio D. Orozco, p.7; Silva, A., (1906), *op.cit.*, p.10.

³⁹⁸ Fernández Ortigoza, I., *op.cit.*, p.59.

³⁹⁹ Fernández Ortigoza, I., *op.cit.*; Macouzet, Roque, *Arte de criar y curar a los niños*, Barcelona, Editorial Fidel Giró, 1910, pp.1-33.

todo en medio del bullicio social en cuyo caso ensucia su dignidad de madre y deja de pertenecer a la categoría que nos ocupa.⁴⁰⁰

En esas épocas la crianza era considerada como una dura práctica que requería una gran dosis de resistencia, paciencia y gran voluntad, y la mayoría de los médicos apostaban por una crianza duradera. Por lo tanto, en su discurso abundan exposiciones de apoyo emocional a las madres, así como consejos para hacerles menos ingrata su labor, como los ejercicios al aire libre, información sobre los alimentos más adecuados para consumir de acuerdo con su situación particular. Libres de excitantes y bebidas fermentadas, alcohólicas, café. Otro remedio para lograr estos fines era de acuerdo con la óptica de los médicos el método y disciplina en el ejercicio cotidiano de la lactancia: metodizar, regularizar, ordenar las “tetadas” en las sesiones de seno materno, entre otras varias medidas.⁴⁰¹

Muchos galenos pensaban que la mayoría de las madres estarían en condiciones de amamantar a sus niños, por lo que sus razones para la declinación del amamantamiento eran contra argumentadas. Entre ellas destacaba la estética, o “el temor a que se marchitara la belleza”, a que se perdiera “la buena constitución” o bien el “evitar las molestias de una esclavitud pasajera”. “Las exigencias sociales” y el temor a “enfermedades imaginarias, según la mirada médica eran las argumentaciones y discrepancias expuestas por las madres para no criar ellas mismas a sus hijos.⁴⁰²

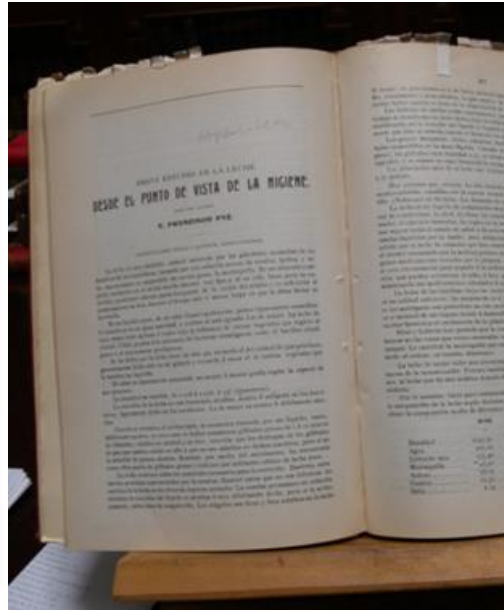
Después de haber estudiado cuidadosamente cada caso, si el médico decidía que la crianza era posible debería convencerse a las madres por medio del diálogo. El diálogo basado en la confianza y la autoridad moral de que gozaba el facultativo en su paciente. En síntesis, el profesional debería ser para sus pacientes una figura de gran autoridad moral, concientizadora y motivadora. Su estudio del caso no debería ser superficial sino integral, suficiente y completo.

⁴⁰⁰ Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, p.63.

⁴⁰¹ Macouzet, Roque, “Higiene, lactancia” en *Gaceta Médica de México*, t.IV, núm.2, 15 de enero 1904, pp.20-23; Herrera, Daniel (1889), *Ligero estudio sobre la alimentación de los niños*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta del Gobierno en el Ex arzobispado, p.36. El tesista Daniel Herrera nos ofrece una síntesis de la historia de la lactancia materna y los cambios ocurridos en la alimentación infantil, en diferentes periodos de la historia tanto antigua como moderna (p.9).

⁴⁰² Este tipo de ideas estaban de acuerdo con la óptica médica, muy arraigadas en determinados sectores sociales. Los argumentos médicos estaban apoyados en ejemplos clásicos de la historia griega o de la Biblia (las madres espartanas “bellas y fuertes” que amamantaban ellas mismas a sus hijos, o “la hermosa Rebeca madre y nodriza de Essai y Jacob”), Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, pp.60-61.

DR. FRANCISCO PAZ (1908) *Breve estudio de la leche desde el punto de vista de la higiene*; México, edición colectiva p.170.



Estudió la carrera de medicina en la ENM entre los años 1901 y 1907. Presentó su examen profesional y llevó cabo la defensa de su tesis el día 3 de abril de 1908. En ella realiza una contribución al campo de la nutrición infantil, presentando los últimos avances en su época, en relación a los experimentos realizados en México, sobre la leche de consumo infantil, especialmente en la lucha mantenida por el Consejo Superior de Salubridad contra la adulteración del vital líquido blanco en la urbe, así como las estrategias de laboratorio practicadas en la Escuela de Medicina, entre otros temas importantes. Su título le fue expedido el 15 de mayo de 1908. El año 1947 continuaba atendiendo a sus pacientes en la calle de Salvador Díaz Mirón 147 de la capital mexicana. [Expediente 12 210, Fondo Alumnos, AHUNAM/IISUE]

Las enfermedades durante la crianza deberían ser detectadas y tratadas con oportunidad para poder continuar con ella sin mayores contratiempos. Dentro de estas enfermedades había algunas muy significativas, debilitantes y consuntivas como la tuberculosis, otras seriamente incapacitantes como las cardiopatías orgánicas, las anemias severas o el cáncer, y otras más transmisibles y no menos significativas como la sífilis que tenía sus propias reglas en la lactancia.⁴⁰³

Destacaban los trastornos locales en el seno, que eran causa frecuente del abandono de la crianza materna. En especial presencia de las grietas: “una de las afecciones más dolorosas y frecuentes, sobre todo en las mujeres que dan de lactar por primera vez y al principio de la lactancia” o bien las “deformaciones del mamelón” (pezón) difíciles de corregir. También eran señalados como muy dolorosos y molestos los “infartos de leche” y la “supuración de la glándula” que llegaban a causar en no pocas mujeres inflamaciones e infartos dolorosísimos que llegaban hasta las cadenas ganglionares de axilas y brazos.⁴⁰⁴

Para evitar estos trastornos y “entrenar” a la futura madre para la lactancia, un ejercicio muy común era “preparar los pezones” desde los tres meses anteriores al parto con “toques endurecedores” a base de soluciones alcoholadas y tanino o bien con agua boricada y la aplicación posterior de polvo de bismuto. Destacaban las fórmulas magistrales para tratar el dolor, como agua destilada, clorhidrato de cocaína, protargol, bálsamo del Perú, vaselina y glicerina; aceite de linaza purificado, cera y tintura de benjuí. Los galenos recomendaban también el uso de “pezoneras” en esa época fabricadas de madera, marfil, caucho o cristal, dependiendo del presupuesto de cada familia o las posibilidades de la madre.⁴⁰⁵

La madre lactante debía llevar una vida tranquila, alejada de las emociones y los ajetreos de la vida social; concentrarse en su trabajo y evitar las “cóleras” que tenían “una influencia perniciosa sobre la leche” y la fatiga, tomando un baño tibio cada tercer día dedicando una hora de ejercicio al aire libre por las mañanas y una buena dosis de sueño.⁴⁰⁶

⁴⁰³ La madre que padecía sífilis solo podría lactar a su propio hijo y no a otros extraños por el riesgo de contagio; el niño con sífilis solo era alimentado por su madre o una nodriza que ya padeciera dicha enfermedad. Herrera, D., (1889) *op.cit.*, p. 33.

⁴⁰⁴ Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit*; p.13.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, pp-8-9.

⁴⁰⁶ Macouzet, Roque, “Higiene, lactancia” en *Gaceta Médica de México*, t.IV, núm.2, 15 de enero 1904, pp.20-23, p.21. Jean-Baptiste Fonssagrives, influyente médico e higienista francés incluye esta reveladora frase en su obra: “La madre que cría debe arreglar su vida a esta función tan importante como delicada, y hacer por ella el sacrificio

Como se puede inferir la mayoría de las ideas y de los consejos de los médicos, solo se podían poner en práctica en determinados grupos sociales que tenían satisfechas todas sus necesidades básicas. La madre proletaria no contaba con el auxilio de un experto y debía nutrir a su pequeño hijo con todas las condiciones que caracterizaban a “la lactancia de la pobreza”, es decir en “la triste realidad de una debilidad constitucional muy avanzada [...] en medio de los horrores del hambre y el frío, patrimonio de la gran clase proletaria de nuestra sociedad.”⁴⁰⁷

4.2.2 Nodrizas: entre la necesidad y la norma

El tema de la nodriza era muy debatido por los médicos de la época. En la mayoría de los casos se trataba de mujeres pobres que se veían obligadas a poner a su propio hijo en un plano secundario para criar a otro extraño. La nodriza, personaje vigilado, criticado, denostado, estigmatizado por la sociedad y la medicina. Epítetos y calificativos denigrantes como “inmorales, mercenarias, ignorantes, pérfidas” abundan en la literatura médica y a pesar de todo ello las nodrizas sustitutivas o de apoyo llegaron a ser elementos centrales en la supervivencia de muchos niños.

Muchos profesionales de la medicina consideraron a las nodrizas como “un mal necesario” y al tener clara su participación indispensable en muchos casos optaron entonces por utilizar estrategias de control y normatividad.⁴⁰⁸ Para el médico el oficio de nodriza debería ser reglamentado con el fin de “proteger tanto al niño de la nodriza, con los abusos que se pudieran cometer en la práctica de esta industria”.⁴⁰⁹ La elección de una nodriza era un tema delicado que requería de acuerdo con la opinión médica de la presencia del profesional. La nodriza “de pie” o de “leche entera” criaba al niño en la casa de sus padres; la de “media leche” criaba a su propio hijo y al de los “patrones”; y la nodriza “auxiliar” acudía a la casa algunas veces al día. Algunos médicos aconsejaban mantener un tiempo al hijo de la nodriza con la finalidad de contrarrestar la diferencia de “las edades de las leches” y para evitar que se le “retirara la leche” a la nodriza.

que la impone de todos los gustos y placeres. No se puede estar con el mundo y con su hijo”, Fonsagrives, J.B., *Tratado de Higiene de la Infancia*, Madrid, Librería de “El Cosmos”, 1885, paginas 119, 121, 124 y 141.

⁴⁰⁷ Fernández Ortigoza, I., (1883), *op.cit.*, p.61.

⁴⁰⁸ Del Castillo, C.R., *La Atención Médica y los Cuidados del Infante en la Ciudad de México (1880-1915)*, tesis de maestría en historia UNAM, 2013, p.103; Renté, Santiago (1900), *Algunas consideraciones sobre la importancia del reconocimiento médico a las nodrizas*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Tipografía y litografía de Juan Flores, México, p.19; Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit.*, p.15; Silva, A., (1906), *op.cit.*, p.15.

⁴⁰⁹ Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit.*, p.14.

El recurso a una nodriza muchas veces estaba mediado por la clase social a la que pertenecía la madre: cuando era rica y tenía los recursos suficientes para tener y mantener los servicios de una “ama de cría” contrataba una; pero cuando “era demasiado pobre para comprar la leche de una mujer” alimentaba a su hijo con la de un animal: esto es la lactancia artificial.”⁴¹⁰ La elección de una nodriza era por lo general un proceso que los profesionales de la medicina consideraban muy delicado e importante y no resultaba nada sencillo para ellos que rara vez quedaban totalmente satisfechos con la persona seleccionada. “De la buena elección de la nodriza dependerá en gran parte la salud y el porvenir del niño” El examen médico al que eran sometidas las mujeres era por lo general detallado, así como el efectuado en las características de su leche. Se revisaba especialmente su faringe, encías, sus ganglios, su piel y mucosas buscando erupciones, cicatrices, que indicaran huellas de una enfermedad consuntiva o “constitucional” como la escrofulosis o la sífilis.

Existía todo un imaginario sobre las características que debería llenar una nodriza. Rubia, morena, determinada forma y tamaño de sus senos, ni muy joven ni muy grande, de 20 a 30 años, múltipara, de carácter “dulce, agradable en su fisonomía y en su temperamento”. En México se prefería generalmente a una mujer morena, básicamente indígena o mestiza, resistente para una labor tan fatigosa y dura como era amamantar a un niño. Elegir una “buena nodriza”, solía ser con frecuencia una misión difícil, reservada a personas experimentadas que podían ser no necesariamente médicos sino parteras, más cercanas a las familias gozando de su confianza y que no precisamente contaban con el beneplácito de los galenos. En México las nodrizas procedían frecuentemente de los lugares aledaños como Tacuba, Tacubaya, Azcapotzalco, Tlalnepantla y de otros lugares del Valle de México y estados circunvecinos.⁴¹¹

Podría en ocasiones resultar difícil para ellas, aclimatarse a los riesgos que se corrían en la urbe, a una dieta extraña y a las particularidades de una familia desconocida. Se buscaba alimentarla bien, con una dieta lo más balanceada posible, sin privarlas de los alimentos a los que estuvieran acostumbradas, incluyendo el pulque “al que las nodrizas miran como la fuente de la riqueza de su leche.” La transmisión del carácter y del temperamento a través de la secreción láctea de una nodriza, o de una madre biológica, era una creencia muy antigua que se remonta a

⁴¹⁰ Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, p.11; Zertuche, M., (1899), *op.cit.*, p.9.

⁴¹¹ Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, pp.70-71; y Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit.*, p.14.

épocas ancestrales cuando prácticamente todos los médicos pensaban que sí existía la transmisión de pautas temperamentales a los niños.⁴¹²

“La nodriza debe tener buen carácter porque las impresiones morales sobre la secreción láctea se hacen sentir algunas veces sobre la salud del niño si la nodriza es de carácter violento o impresionable.”⁴¹³ “Las emociones provocan indigestiones en el niño y aun convulsiones después de que la nodriza tuvo una cólera u otra emoción violenta.”⁴¹⁴ La menstruación era otro fenómeno fisiológico asociado a la secreción láctea, la fisiología corporal no escapaba al imaginario. “La menstruación influye sobre la composición de la leche cuyas cualidades nutritivas disminuyen, el niño desecha el seno y su constitución se altera notablemente” o bien: “La leche de mujer sufre una concentración y se vuelve menos digerible en el momento de la menstruación.”⁴¹⁵

4.2.3 La alimentación y nutrición infantil vista desde la perspectiva puericultora a partir de 1920

Como podemos observar, la alimentación y nutriología infantil han sido una temática que se manejó siempre como un objetivo fundamental en la higiene infantil y la puericultura. En esta época a falta de estudios más profundos y especializados en nuestro país, los autores europeos – en los escenarios donde se llevaba a cabo la investigación “de punta” de esos tiempos– siguieron teniendo una influencia decisiva en los facultativos y estudiantes mexicanos. Especialmente Pierre Constant Budin (1846-1907) y Antoine B. Marfan (1858-1942) en Francia y más adelante los investigadores germanos Otto Heubner (1846-1926), Wilhelm Cammerer (1842-1910), Heinrich Finkelstein (1865-1942) y Leopold Langstein (1876-1933) en Viena.⁴¹⁶

⁴¹² Este tipo de creencias tanto en el mundo profesional como popular, continuaban presentes a pesar de que las ideas ilustradas iban en sentido contrario. Una frase de Fonsagrives nos ejemplifica este asunto: “un niño puede ser nutrido por una tigresa de Hycrania y no ser feroz o por una cabra sin ser por ello indócil y caprichoso”. Fonsagrives se refería a una especie de tigres, (tigre del Caspio o persa) hoy extinguido que habitó alguna vez en la península de Anatolia (Turquía) durante la Edad Media.

⁴¹³ Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit.*, p.15; Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, p.63.

⁴¹⁴ Fernández Ortigoza, I., (1884), *op.cit.*, pp.84-86, 91-93.

⁴¹⁵ Navarro Cardona, A., (1883), *op.cit.*, p.16.

⁴¹⁶ Budin, Pierre C., *Le Nourrison : Alimentation et hygiene enfants débiles, enfants nés a terme: Leçons cliniques*, París, O. Doin, 1900; Marfan, A.B., *Traite de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age*, París, Masson, 1920; Finkelstein, H., *Tratado de las Enfermedades de los niños de pecho*, Madrid, traducción de Editorial Labor, 1932.

Los parámetros que van a decidir el tipo de alimentación que reciba un niño, pasarán a ser en el transcurso del siglo XX casi exclusivamente la anatomía y la fisiología digestiva del organismo del niño; así como indicadores metabólicos que inciden directamente en su crecimiento y desarrollo. La labor promocional a favor de la lactancia materna seguirá en esta década especialmente dirigida a los menores de 6 meses. La pedagogía sobre la alimentación infantil no cambia mucho en relación con la del siglo XIX en lo referente a la argumentación moralista, reforzada en ocasiones por la literatura mexicana popular costumbrista que estaba muy de boga en las primeras décadas posrevolucionarias.⁴¹⁷

La investigación bacteriológica pasará a proporcionar los argumentos que servirán para explicar el diferente comportamiento de la flora bacteriana y la diferente respuesta clínica de los niños que son alimentados con leches no humanas. “Microbios que responden exaltando su virulencia e incrementando su patogenia ante el trastorno más ligero de la alimentación o con el cambio más ligero en la temperatura o de la estación.”⁴¹⁸

Las observaciones y las investigaciones realizadas en grandes series de niños de diferentes edades, tallas y pesos empezaron a servir de base a diversos autores para la confección de tablas para valorar y comparar parámetros antropométricos, tallas, pesos, perímetros corporales. Autores de diversos países europeos y americanos hicieron lo propio para aplicarlas a niños de cada país. En México se construyeron las primeras tablas referenciales en 1920, Santiago Ramírez publicó la primera tabla referencial para niños lactantes y en 1930 apareció la del profesor Manuel Cárdenas de la Vega.⁴¹⁹

El tema de la nodriza siguió estando en la mesa de la discusión en esta década. En lo cotidiano, la leche de una nodriza se convertía en un bien más de consumo y su trabajo obedecía cada vez más a las leyes del mercado, que a los aspectos biológicos e incluso éticos. En el país,

⁴¹⁷ Véase el caso del popular autor José Joaquín Fernández de Lizardi, “el Pensador Mexicano” citado por Castillo Vivas (1920), describiendo *La Educación de las mujeres o la Quijotita y su prima, historia muy cierta con apariencias de novela*, originaria de 1852; se narran las peripecias de las personajes Eufrosina Contreras quien contrata a una “chichigua” (nodriza) para criar a su pequeña hija, mientras su prima Matildita, industriosa y trabajadora perteneciente a la clase media, amamanta ella misma a su hija. Se exponen los prejuicios y las molestias que generaba a algunas mujeres especialmente de las clases privilegiadas urbanas, y el desprecio con el que veían a la crianza materna. Edición de Editorial Porrúa de 1967, Véase a Castillo Vivas, J. (1920), *op.cit.*, p.29.

⁴¹⁸ Castillo Vivas, J., (1920)., *op.cit.*, p.25.

⁴¹⁹ Cárdenas de la Vega, M., “Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano”, *Revista Mexicana de Puericultura*, Julio de 1932, pp.317-322. Sirvieron como modelo las numerosas poblaciones de niños que acudían a los Centros de Higiene Infantil.

“la realidad superaba una vez más al espíritu de las leyes.”⁴²⁰ Contratar a una nodriza seguía siendo caro para las familias y solo la clase privilegiada podría darse ese lujo. Para el médico resultaba claro que alguno de los niños moriría en el proceso, generalmente el hijo de la nodriza, por lo que resultaba una práctica muy controvertida que se convertía en un argumento importante para aquellos que preferían los productos industriales para alimentar a los niños.

Sin embargo y de acuerdo con la opinión de Castillo Vivas (1920), la razón más común para recurrir a lactancia artificial, leche de mamíferos o industriales, era la pobreza o la precariedad social. La madre proletaria requería del trabajo para subsistir y no podía erogar los gastos de una nodriza. Tenía que dejar a sus hijos en manos de terceras personas y su crianza quedaba en el terreno de la incertidumbre. Cuando el médico se llegaba a decidir por una lactancia artificial, lo hacía siguiendo el “modelo de la lactancia materna” es decir apegándose a los parámetros fisiológicos de la normalidad, siguiendo atentamente el desarrollo del niño. Tenía que conocer muy bien el contenido de la leche de distintos mamíferos y de los abundantes productos comerciales que ya estaban en boga.

Debía estar, o permanecer muy atento a las investigaciones “de punta” en la materia y conocer muy bien las características fisiológicas de la digestión infantil a diferentes edades y también las características bacteriológicas tanto de la leche como del intestino de los niños. En la Ciudad de México representaba un riesgo sanitario el consumo de la leche de vaca, tanto en el renglón de su producción, como en el de su cadena de distribución. Los establos por lo general no llenaban los requisitos higiénicos indispensables, sin cuidados veterinarios y situados casi siempre lejos de los sitios de consumo. De este modo el consumidor terminaba dependiendo de los intermediarios que expendían la leche en las plazuelas de la ciudad, a precios más altos, generalmente adulterada con agua contaminada y sustancias extrañas y riesgosas para la salud como yeso, cal, sesos de animales, especialmente para los niños pequeños.

En esta década de los veinte empieza a incrementarse la oferta de productos industriales comerciales tanto de leches de diferentes características como de alimentos complementarios como harinas de cereales. Castillo Vivas (1920) nos describe varios ejemplos de alimentos lácteos como la “Leche humanizada” de Wintier y Vigier, la leche condensada o evaporada que era muy popular en el México de la década, siendo el primer producto comercial que apareció en el mercado. Era muy fácil de preparar, incluso para personas que no fueran madres, ya que solo

⁴²⁰ Castillo Vivas, J., (1920), *op.cit.*, p.37.

se le agregaba el agua, se conservaba fácilmente sin contaminarse y se vendía en latas al vacío. Los niños que consumían este tipo de productos podían evaluarse por sus “evacuaciones intestinales menos compactas, más amarillas y de mejor olor.”⁴²¹ Otra variedad era la marca *Bakhaus* a base de caseína semidigerida, la “homogeneizada” con sus glóbulos de grasa más finos y homogéneos; también podía optarse por las harinas industriales y los complementos a la leche de diversas marcas comerciales: *Nestlé*, *Kufeke*, *Knorr* y una larga lista de productos.⁴²²

Para la década de 1920 al médico mexicano, le interesaba obtener una información pormenorizada de la alimentación de cada niño estudiado desde su nacimiento, haciendo énfasis en los cambios y en la presencia de padecimientos digestivos concomitantes.⁴²³ Se contaba con diversos manuales realizados por autores de diferentes nacionalidades, en los que se establecían regímenes dietéticos variados, diferentes maneras de preparación para diversos escenarios. Se fijaban reglas que incluían tablas de contenidos, cantidades, edades de niños; secciones especiales para niños con retardo de crecimiento, normas de administración entre otros muchos asuntos.⁴²⁴

Resultaba claro que todos esos manuales iban dirigidos con especial dedicación a los niños originarios del país de cada autor. Ante la falta de información sobre los niños mexicanos, las observaciones realizadas y los datos recabados en los Centros de Higiene Infantil de la Ciudad de México, así como las descripciones consignadas por los autores de las tesis dedicadas a la puericultura y a la alimentación infantil tuvieron una connotación práctica especial para los médicos que asesoraban y aconsejaban a las madres.

A pesar de todas las bonanzas y comodidades que parecían ofrecer los productos industriales, para Castillo Vivas, un niño criado artificialmente nunca alcanzaría o igualaría el estado de salud de un niño criado naturalmente y se exponía con mucha más frecuencia a los problemas enterales. De acuerdo con las creencias de la época, estos riesgos eran mayores en los cambios estacionales y se dependía mucho de factores externos, varios de ellos como el estado

⁴²¹ Castillo Vivas, J., (1920), *op.cit.*, p.47.

⁴²² *Ibidem*, p.47. La inclusión cada vez mayor de la mujer en el mercado de trabajo y de las madres en lo particular favoreció probablemente la expansión de todos estos productos en el mercado internacional.

⁴²³ Véase la tesis de Gamiz Izurieta, Carlos (1925), *op.cit.*, p.14.

⁴²⁴ Un ejemplo que nos proporciona el autor Castillo : Michel, C.H., et Perret, *La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'age de deux ans*, [« La ración alimenticia del niño desde su nacimiento hasta la edad de diez años »] *Soc.Scient. Hyg. Alim.*, 1907.

de salud del ganado vacuno o la cadena de distribución de la leche y aun la falta de observancia de las leyes.

La tesis escrita por la Dra. Emilia Montes De Oca (1929) destaca entre las otras porque ofrece un panorama detallado del estado del arte nutricional mexicano a finales de los años veinte.⁴²⁵ Su texto presenta una visión femenina del tema, como la misma autora nos lo manifiesta, lo que enriquece en más de un sentido la información. Para la autora, cuando el niño no era alimentado por su propia madre quedaba expuesto a muchas enfermedades, no solo las clásicas digestivas, sino que también al disminuir su resistencia natural a diversas bacterias como el bacilo de Koch, generador de la tuberculosis y se incrementaba su receptividad a otras enfermedades infecciosas diversas.

En la época de la doctora Montes de Oca, la mortalidad infantil en la Ciudad de México era aún muy cercana a las 200 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos de acuerdo con la misma autora, siendo una cifra urbana y afortunada comparada con otras regiones más apartadas del país a donde se alcanzaban las 500 muertes. En México se vivían con toda su crudeza los resabios del movimiento armado revolucionario y su terrible balance en materia de salud y de las desastrosas consecuencias sociales del porfiriato.

Dentro de los argumentos contra la alimentación artificial temprana en los niños, la autora maneja los aspectos de contaminación bacteriana de la leche y también los relativos a la composición diferente de la leche humana y la de animales. Esta diferencia de composición era “insuperable a las manipulaciones más sofisticadas y delicadas”. Debía tomarse en cuenta la alimentación del ganado con residuos tóxicos e industriales y la manipulación fraudulenta de la leche por parte del comercio.⁴²⁶ El progreso de la tecnología de los alimentos iba en paralelo a la dificultad y a la sutileza de la fisiología digestiva del niño al consumir productos ajenos a su naturaleza. “Esos mismos progresos han hecho de la leche un alimento particularmente delicado de digerir [...] es todo un arte, un arte difícil alimentar a un niño sin el recurso materno.”⁴²⁷

A pesar de ello, la leche de origen no humano, bien administrada y de buena calidad, permitía alimentar a muchos niños. Muchas madres “un poco insuficientes” ayudándose del biberón podrían llegar a criar a sus hijos. Sin embargo, había lactantes que aun “la alimentación

⁴²⁵ Montes de oca, Emilia (1920), *La alimentación en la primera infancia*, México, impresora “Eureka”, Mesones 51, tesis inaugural, 45p.

⁴²⁶ *Ibidem*, p.10.

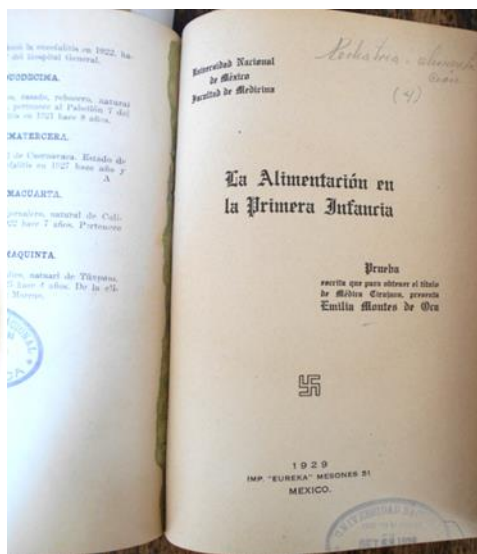
⁴²⁷ *Ibidem*, p.10.

artificial mejor dirigida” no la aceptaban y morían cuando no recibían la leche de una mujer. Para la autora, el amamantamiento materno siempre debía ser dirigido por un (a) profesional. Cuando esto no ocurría o este requisito no se cumplía cabalmente podía ser casi igual de peligrosa que la alimentación artificial.

La lactancia materna, era el método más seguro y menos costoso para disminuir la mortalidad infantil.⁴²⁸ Vemos a la crianza materna como un recurso de supervivencia prácticamente indispensable en las grandes etapas críticas como fue el caso de la Revolución y la reconstrucción nacional que la siguió. Dentro de las causas que impedían a una madre lactar, destacaban las de orden médico, fisiológico y las de orden “moral” o social. La falta o insuficiencia de leche era considerada muy poco común por los médicos. En esos casos habría que buscar una causa de fondo de tipo “moral” o social y contra argumentar para convencer a la madre.

⁴²⁸ *Ibidem*, p.11.

DRA. EMILIA MONTES DE OCA (1929) *La alimentación en la primera infancia*; México, tesis recepcional, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina, Impresora "Eureka"



Nació en la Ciudad de México el 10 de enero de 1904. Fueron sus padres D.Lorenzo Montes de Oca y Dña. Luz Sánchez. Se formó como maestra normalista (Escuela Normal para Maestras) los años 1917 y 1918. En 1923 inicia sus estudios de medicina, terminando la carrera en 1929. Hizo su internado médico en el Hospital General de México el año de 1928. Presentó su examen profesional el día 24 de septiembre de 1929 siendo su jurado conformado por los médicos Carlos Franco, Rafael Rojas, Francisco de P., Miranda, Ignacio González Guzmán, Francisco Cuevas y Oscar Hernández Cárdenas. Se le extendió el título de Médico cirujano el 24 de marzo de 1930. El año de 1947 prestaba servicios médicos en su consultorio ubicado en la Calle de Ayuntamiento 87 interior 2 de la Ciudad de México. Falleció el 19 de marzo de 1989. [Expediente 4326, AHUNAM, Fondo UNAM / IISUE, Expedientes de Alumnos.]⁴²⁹

⁴²⁹ Gabriela Castañeda López, *Estudio y análisis de la trayectoria académica y profesional de todas las mujeres inscritas en la carrera de médico-cirujano en la Escuela Nacional de Medicina de México, 1882-1932*, tesis de Doctorado en Historia, UNAM, 2017, p.360.



La ley era considerada como un elemento que debía proteger a la mujer y favorecer el amamantamiento, para entonces ya había varios países en los cuales se habían expedido leyes protectoras y obligatorias dirigidas a madres trabajadoras especialmente de los países pobres. En estos países con reglamentaciones al respecto, la mortalidad infantil había disminuido, por lo que era un importante paso que había que dar.

Para valorar las diferentes composiciones de leche de mamíferos y contrastarlas con la leche humana, Montes de Oca nos refiere a la obra del francés Marfan.⁴³⁰ La autora nos hace ver que la succión del niño que amamanta de su madre era de mayor intensidad sobre el pezón que en un biberón; esto excita con mayor eficacia la secreción de ácido gástrico, preparándolo para la digestión de la caseína. Esto no ocurre con el biberón, lo que dificultará la digestión de este componente de la leche.

De acuerdo con los parámetros fisiológicos manejados en esa época, la mayor cantidad de ácido clorhídrico libre contenido en el estómago del niño de pecho, comparado con el “niño de biberón”, lo colocaba en mejor disposición para resistir las frecuentes y peligrosas infecciones de esa época. Esta era una de las principales razones de la mayor frecuencia de procesos infecciosos comúnmente mortales que se presentaban en los niños alimentados artificialmente. La flora intestinal es más simple y continua en los niños nutridos naturalmente. “El solo hecho de nutrir a un niño con leche animal crea un estado de subinfección intestinal”.⁴³¹

Se reconocía que la leche de vaca demandaba de un mayor gasto calórico y de trabajo fisiológico por parte del niño, lo cual disminuía su resistencia “que lo pone en un estado de inminencia morbosa”. La alimentación con leche de vaca, en los niños pequeños demandaba “reglas muy complicadas” y aun así se llegaban a producir en algunos casos “desordenes graves, a veces mortales.” Montes de Oca menciona las duras reglas higiénicas a las que debería someterse una madre lactante: estilos y condiciones de vida, reposo relativo, alimentación adecuada, limpieza, fricciones alcoholadas en los pezones para endurecerlos y evitar grietas, evitar caries, administrar cal en los alimentos. Necesidad de suplementos de calcio, una vida de mayor aislamiento del mundo exterior.

⁴³⁰ Marfan, A. B. (1858-1942), *Traite de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age*, París: G. Steinheil, 1899, 442 p.

⁴³¹ Montes De Oca, E., (1929), *op.cit.*, p.14.

“No es suficiente que el niño sea nutrido por su madre para evitar trastornos gastrointestinales, sino que además será necesario que el amamantamiento sea inteligentemente practicado.” La “maternidad científica” sometida a preceptos “basados en numerosas observaciones clínicas y estudios fisiológicos”; esto es la lactancia “racional y científica”, dirigida por profesionales ya sea institucionalmente o en los hogares.⁴³²

El médico puericultor era un “pedagogo de la salud” que compartía sus experiencias y sus ideas con las madres. Siendo la lactancia materna un ejercicio que requería de mucha paciencia y tenacidad, especialmente en sus primeras etapas, se llevaban a cabo los ajustes fisiológicos necesarios y propios del organismo con el objeto de establecer una secreción láctea regular y en una cantidad capaz de nutrir a un niño de tal manera que éste subiera su peso de 20 a 50 gramos diarios a partir del quinto día de vida. Este “estándar de oro” era evidentemente variable de un niño a otro y de madre a madre. La meta del galeno era acompañar al binomio: esperar, perseverar, corregir; verificando peso progresivo del lactante, valorando continuamente la calidad de la leche ingerida, vigilando la salud de madres y niños.

Siempre estaría al acecho la necesidad de complementar las “tetadas” con leche artificial. Pero era una posibilidad que se dejaba siempre como último recurso. Las evaluaciones del conjunto de parámetros clínicos propios de la nutrición infantil se realizaban por lo general cada semana, para llevar a cabo los reajustes necesarios. El peso era desde luego el más importante parámetro antropométrico; se pensaba que el incremento de peso tenía también connotaciones estacionales: se incrementaba sobre todo en los meses del estío y del otoño.⁴³³

La autora hace énfasis en la gran variabilidad que presentaban los niños. Algunos crecían bien con la “ración mínima”, organismo con trabajo “económico”, otros requerían de más de la ración media para crecer. También la cantidad ingerida variaba muchas veces incluso en el mismo niño en las diferentes “tetadas” del día. Esto mostraba la gran versatilidad de los organismos infantiles, y la gran capacidad del organismo del niño para adaptarse a las diferentes necesidades, a diferentes tipos de leches, madres y nodrizas.⁴³⁴

⁴³² Este tema lo analiza con amplitud Ana María Carrillo, en “La alimentación “racional” de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y lactancia artificial”, en Tuñón, Julia (comp) *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, 2008, pp.227-280.

⁴³³ Montes De Oca, E., (1929), *op.cit.*, p.19.

⁴³⁴ *Ibidem*, p.21.

En esa época el médico mexicano se veía en la necesidad de utilizar tablas referenciales de autores extranjeros ante la ausencia de parámetros originales de nuestro país. Una de las más utilizadas eran los cuadros publicados por Marfan que muestra la edad del niño, cantidad de tetadas o tomas de leche al día, cantidades ingeridas en cada toma y al final del día; hasta los 12 meses de edad. Se trataba de una guía aplicada a valoraciones comparativas en relación con la fisiología particular de cada niño.

Se conocían como “niños neurópatas” aquellos que se movían mucho, exageradamente inquietos, lloraban mucho, dormían poco, y por lo general requerían de una mayor dosis de leche para tener un buen crecimiento, por su mayor gasto de calorías y energía. Las emociones (especialmente intensas) influían sobre la cantidad y la calidad de la leche secretada por lo que se procuraba atemperarlas durante la lactancia. Para entonces el consumo de leches industrializadas, “conservadas” o “conservas”, ya estaba en expansión.

Las madres de clase media eran un blanco muy ubicuo y lucrativo para las empresas productoras. La autora nos describe tres tipos de productos: Leche homogeneizada en la que sus glóbulos de grasa habían sido llevados a un estado de división extrema; leche condensada, reducida al tercio de su contenido acuoso y la leche en polvo desecada o deshidratada. Se ofrecía un amplio abanico de posibilidades en el comercio. Leche descremada, “polvo de leche magra”; leche entera o “grasa” y la semi-descremada o semi “grasa”. El proceso industrial de “descremación parcial” implicaba una pérdida de calorías que era compensada por los fabricantes con adición de azúcar.⁴³⁵ Como podemos observar la industria de los alimentos para niños, llegó temprano a México, se expandió vigorosa y rápidamente y se ha mantenido desde entonces como un negocio muy rentable.

Emilia Montes de Oca nos muestra y ofrece en su tesis una serie de reglas prácticas en el manejo cotidiano de la alimentación infantil. En esa época se intentaba que todo niño tuviera en lo posible cuando menos un porcentaje de componente materno en su alimentación; que los niños pequeños no perdieran el contacto con sus madres con el fin de quedar bien preparados para el momento del retiro de la leche materna, el destete. El llamado destete es una práctica y un fenómeno nutricional que se caracteriza por la separación definitiva del niño del pecho de su

⁴³⁵ *Ibidem*, p.37.

madre o nodriza, con leche de vaca y/u otros alimentos. La “ablactación” es fase del destete en la que el niño va pasando progresivamente de la alimentación láctea al “régimen común”.

Se trataba en esa época, de un momento en la vida de muchos niños de gran incertidumbre, ya que se abandonaba la seguridad que ofrecía la leche de la madre y se exponía el funcionamiento digestivo del niño y el organismo infantil a otro tipo de sustancias extrañas entre las que no se descartaba la presencia de toxinas y microorganismos patógenos como frecuentemente se vivía en el ambiente que privaba en la Ciudad de México. La mortalidad de los niños se incrementaba sensiblemente. Esto explica la gran importancia concedida a este periodo de la infancia por la medicina mexicana.

De acuerdo con las reglas en boga en esa época los niños debían tomar exclusivamente leche, mínimo hasta el octavo mes de su vida. En esa etapa disminuía o desaparecía la leche de la madre o nodriza, por lo cual el médico debía decidir si se recurría a otra nodriza o a la alimentación mixta, dependiendo de cada caso. Solamente en los niños “bien constituidos” se recurría a alimentos diferentes a la leche a partir de los siete meses.

El primer alimento no lácteo al que era sometido un niño comúnmente eran los almidones, harinas amiláceas, generalmente bien tolerados por los niños desde el séptimo al décimo mes aproximadamente, que lo consumían en los tradicionales atoles. De acuerdo con nuestra autora los niños que habían sido alimentados al pecho toleraban más pronto y mejor las harinas o los atoles de harina que los alimentados artificialmente o mixtos.

Las harinas eran elegidas por el médico de acuerdo con su grado digestibilidad y a su composición. Las había ricas en “principios azoados”, contenido de nitrógeno como el trigo, cebada, centeno, avena y maíz; ricas en materias grasas y azoadas: avena y maíz; las que tenían además albumina y minerales como la avena y en las pobres en azoe, nitrógeno, como el sagú y la papa. Dado su arraigo popular y su tradición, los atoles eran ampliamente empleados en la nutrición infantil de los niños mexicanos. Los médicos recomendaban sobre todo los que eran a base de trigo o arroz; aunque el maíz era ampliamente utilizado en México, y la Dra. Montes de Oca recomendaba en todo caso mezclarlos.

En vista de que el destete era un proceso considerado crítico en la vida de los niños, de acuerdo con los médicos requería de la participación cercana del profesional de la medicina y la puericultura, en las decisiones y ajustes. Como se señaló anteriormente en los Centros de Higiene Infantil las madres contaban con el acompañamiento y seguimiento en este proceso, de

enfermeras entrenadas en la materia y eran el enlace entre la medicina y el entorno familiar. Como regla general debería ser llevado a cabo lo más tarde posible en la vida de los niños, nunca antes de los 15 meses de edad, jamás en una estación calurosa del año, lejos de las erupciones dentarias y nunca durante el transcurso de una enfermedad.⁴³⁶

Como parte de la puericultura, la práctica de la nutrición infantil se empezó a desarrollar en México a partir de la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX en concordancia de lo que ocurría en el concierto internacional modulado por los acontecimientos sociales y políticos desarrollados en nuestro país, muy especialmente las consecuencias políticas, económicas y sociales del porfiriato y muy señaladamente la Revolución Mexicana sobre las madres y los niños mexicanos que fueron detectados por el gremio de la salud de nuestro país, echando andar programas institucionales y pedagógicos.⁴³⁷

4.3 Enfermedades: los grandes retos para la salud infantil

En esta sección entramos de lleno en el análisis de las enfermedades infantiles, tales como fueron percibidas y comprendidas por los médicos graduados de la Escuela de Medicina de la capital mexicana. El material analizado se ha dividido en cuatro apartados para facilitar su abordaje. En el primero de ellos se construyen una serie de pequeñas viñetas con la finalidad de presentar un breve recorrido por el mundo de las enfermedades padecidas por la niñez capitalina de la época, poniendo el énfasis en algunas de ellas que fueron significativas para los profesionales de la salud y la sociedad, por haber representado en su momento serios problemas de salud pública. Estas enfermedades generaron en los niños síntomas por lo general graves y fueron causantes de altos índices de mortalidad.

⁴³⁶ *Ibidem*, pp.43-45; La Dra. Montes de Oca se formó como maestra normalista antes de estudiar la carrera de medicina (1917-1918) lo que explica la claridad en el discurso pedagógico que caracteriza a su tesis. Recibió su título de especialista docente por parte de la Escuela Normal para Maestras y la Facultad de Altos Estudios de la Universidad Nacional de México en el año de 1921. Era originaria de la ciudad de México, siendo sus padres D. Lorenzo Montes de Oca y Dña. Luz Sánchez. Ingreso a la ENM el 21 de agosto de 1923. Recibió su entrenamiento clínico de internado médico en el Hospital General de México durante el año 1928; se graduó como profesional de medicina el 24 de septiembre de 1929, siendo aprobada por unanimidad por un jurado comprendido por los médicos Carlos Franco, Rafael Rojas, Francisco de Paula Miranda, Ignacio González Guzmán, Francisco Cuevas y Oscar Hernández Cárdenas. Recibió su título profesional el 24 de marzo de 1930. En el año de 1945, ejercía la profesión en la calle de Ayuntamiento núm. 87, interior 2. Archivo Histórico de la UNAM, IISUE. Fondo UNAM, Expedientes de alumnos, expediente 4326.

⁴³⁷ Las miradas de las tesis de la carrera de medicina de la época nos ofrecen un panorama muy particular y enriquecedor de este proceso. Se concreta con el análisis de las ideas, planteamientos y las propuestas de otros textos realizados por tesisistas de la década de 1920 poniendo el énfasis en miradas diferentes, novedosas, que complementan o contengan aristas y ángulos diversos a los que ya se han señalado con antelación..

Algunas de ellas llegaron a requerir de nuevos desarrollos terapéuticos y tecnológicos en su curación. Se revisan los casos de las enfermedades diarreicas, difteria, oftalmia purulenta de los recién nacidos, escarlatina y tiña infantil. En los siguientes tres apartados se revisan a mayor detalle, las enfermedades que atraparón con mayor intensidad la atención y el interés de nuestros médicos testistas, por tener un especial significado y trascendencia para la medicina mexicana: sífilis, tuberculosis y desnutrición de la infancia.⁴³⁸

4.3.1 Una mirada médica al arte de curar a los niños

a) Los estíos mortíferos de la capital

En la segunda mitad del siglo XIX, las enfermedades diarreicas eran percibidas y vividas como graves problemas de salud en la niñez capitalina, especialmente durante los meses “de grandes calores” y lluviosos. Eran generadoras del 30% de la cifra total de muertes, en niños de 0 a 8 años. Llegaron a constituirse como el primer motivo de consulta en los servicios médicos infantiles durante buena parte del año. Resultaban los más afectados los más pequeños y los más pobres.⁴³⁹

El consumo de leche de origen no humano en los niños y la ingesta de alimentos de naturaleza no láctea, la alimentación “artificial”, sobre todo en los más pequeños, estaban considerados entre los factores de riesgo más importantes para convertirlos en las principales víctimas de las epidemias de diarrea durante los meses estivales de la ciudad de México. En contraposición con ello, la alimentación al seno materno era vista como un factor protector.⁴⁴⁰

⁴³⁸ El catálogo de enfermedades abordadas en la siguiente sección (enteritis, oftalmia purulenta, difteria, escarlatina y tiña) se basa en el material reunido y discutido por el autor en su tesis de maestría dedicada a “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)” realizada en 2013 y dirigida por la Dra. Patricia Aceves. En ella se presenta un primordio -desde la particular óptica médica del autor- sobre las enfermedades infantiles de las épocas analizadas. Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, páginas 163-177, 149-162, 177-179, 204-231, 232-246.

⁴³⁹ Reyes, J.M., G. Barreda, L. Hidalgo y Carpio, G. Ruíz y Sandoval, “Congreso Médico de Higiene” en *Gaceta Médica de México*, tomo XI, núm.18, 15 de septiembre de 1876, pp. 379-39.; Garduño, Ramón, (1904) *Tratamiento de las formas clínicas de la diarrea infantil*, tesis inaugural para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta de A.L. Parra, pp. 35-36; R. Macouzet, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Editorial de Fidel Giró, 1910, pp. 98-100; Contreras, Crisóforo, (1902) *Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia*, prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y obstetricia, México, F. Laso y Compañía, impresores, pp. 7-19.

⁴⁴⁰ Narro, Reynaldo., (1898), *Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento*, tesis inaugural, México, Tipográfica “El libro diario”, p. 6; Romero Gámez, Francisco., (1896) *Breve estudio sobre las diarreas en los niños*, prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta de J. Joaquín Terrazas e Hijos, 1896, pp. 15-18; M. Zertuche, (1889), *Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales*, prueba escrita para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Universal, D.C. Smith, 1889, pp. 5-8; I. Fernández Ortigoza, (1884), *Apuntes sobre la alimentación de la primera edad*, México, tesis para examen profesional, Oficina Tipográfica de la Secretaría de

El destete, exposición de los niños por primera vez a la leche no humana y a alimentos no lácteos, era considerado un elemento determinante para la presencia de males diarreicos. Un niño debería ser siempre “destetado” en un momento oportuno de su desarrollo y lejos de los meses estivales calurosos de la capital mexicana, en esos años de abril hasta julio. Era la época del año en la que había un aumento de niños deshidratados internados en el Hospital de Infancia de la ciudad. El papel que jugaba la “herencia mórbida” como factor determinante era fundamental: los niños de “constitución débil”, o aquellos que procedían de “cepa tuberculosa”. En la sociedad mexicana y en el mundo sanitario en general la pobreza era vista por muchos como un “déficit genético”. La frontera ideológica entre las costumbres, la moralidad, y los aspectos biológicos de la enfermedad en esa época era muy difusa y a veces no existía.⁴⁴¹

La contaminación fecal de la ciudad con la gran cantidad de desechos de animales y humanos que plagaban las calles de la urbe, la ausencia de drenaje en la mayoría de ellas, y los millones de moscas consideradas como vehículo privilegiado que acarreaban los gérmenes a los mercados, al Rastro y a las viviendas de los capitalinos, completaban el ciclo, para hacer de los males gastrointestinales infantiles un enorme problema de salud.⁴⁴²

A este cuadro, tenemos que agregar el grave problema, muy frecuente en esa época, de la adulteración de la leche, por los expendedores en las plazuelas de la ciudad. Los niños que la consumían llegaban a padecer “diarreas copiosas” que no eran sino verdaderos envenenamientos. En los diferentes servicios médicos que brindaban atención a los niños capitalinos se clasificaban las presentaciones de los síndromes diarreicos de acuerdo con sus características clínicas.⁴⁴³

Fomento, 1884, pp. 5-9; Vértiz Freyra, Ricardo, (1913) *La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil*, tesis mecanografiada, México, pp. 9-11.

⁴⁴¹ Franco y Cortés, Eduardo., (1908) *Higiene infantil. Consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia*, tesis del alumno Eduardo Franco Cortés, México, (edición colectiva, sin indicación de imprenta) pp. 410-415; Romero Gámez, F., (1896), *op.cit.*, pp. 17-19; Rubio, Salvador, (1929) *Destete*, tesis para examen profesional de médico cirujano, México, Industrias gráficas Excelsior, pp. 18-21.

⁴⁴²Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, p. 106; Narro, R., (1898), *op.cit.*, p. 8; Romero Gámez, F., (1896), *op.cit.*, p. 18; Vértiz Freyria, R., (1913), *op.cit.*, p.13.

⁴⁴³ Romero Gámez, F., (1896) *op.cit.*, p.18 y 43; Cosío, J., “Leche garantizada” en *Gaceta Médica de México* tomo IV, núm. 7, 7 de julio, 1909, p.536; Santos Vallejo, Francisco, (1918) *Contribución al estudio de las diarreas infantiles*, tesis de recepción, mecanografiada, pp.1-3. La adulteración de la leche en la Ciudad de México: la leche que se expendía en las plazuelas de la ciudad era frecuentemente adulterada, agregando agua, pepitas de calabaza, almidón, sesos de perro. Se calculaba que cada año se llegaban a vender hasta 100 000 pesos de “mezcla de leche con agua”. El líquido utilizado para “bautizar” la leche era generalmente procedente de fuentes sucias como las acequias. Este asunto es comentado por varios médicos-tesistas que trataron las temáticas de alimentación infantil, González Navarro, M., “Porfirismo Vida Social” en Cosío Villegas, Daniel, *Historia Moderna de México*, Editorial Hermes, 1973, p.96 comentado por Herrera Ortega, Silvia, *La Eugenesia en México*, tesis de licenciatura en historia, UNAM, 2007, pp.18-19.

El más temido de ellos era sin duda el “cólera infantil”, denominado así por su semejanza con el cólera de los adultos, el *cholera morbus* o asiático que se caracterizaba por sus evacuaciones muy frecuentes acuosas, abundantes y con vómitos pertinaces. Llevaban a los niños a una deshidratación severa que llegaba con frecuencia al colapso circulatorio y en ocasiones convulsionaban, lo cual era considerado de muy mal pronóstico.⁴⁴⁴

En el tratamiento de estos padecimientos la dieta desempeñaba un papel capital y “era la clave para su curación”. Se reforzaba la alimentación al seno materno y cuando el bebé recibía biberón, se diluía su contenido con clara de huevo, solución conocida como “agua albuminosa”, rica en proteínas que “inhibía el desarrollo y propagación de gérmenes”. Se agregaba a la leche un cocimiento de “cebada perla” que facilitaba su digestión, y por su contenido de almidón y mucilago, tenía propiedades inhibitoras sobre la diarrea. A veces se les daba también tizanas, a las que se agregaban una o dos gotas de *cognac* o jerez que contribuiría al fortalecimiento del niño que recuperaba el apetito.

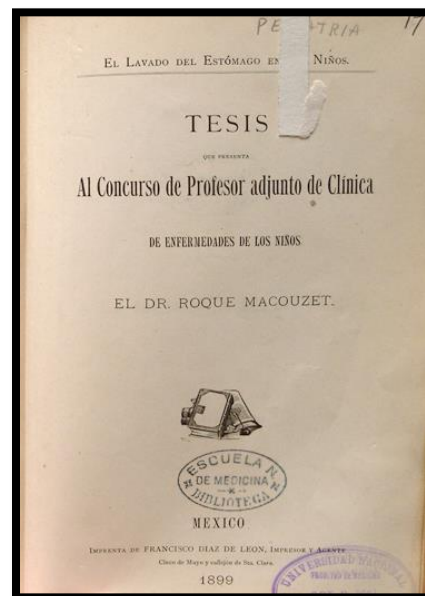
Eran de uso común los purgantes como el calomel y el aceite de ricino y los antisépticos o “desinfectantes” como el subnitrato de bismuto que disminuía el número de evacuaciones, a veces mezclados con unas gotas de láudano, preparaciones opiáceas, para disminuir los intensos dolores y la inquietud de los pequeños, una práctica muy delicada del arte pediátrico, llevada a cabo por los curadores más diestros. En las diarreas “ácidas” se acostumbraban los remedios “alcalinos” como la magnesia calcinada y el agua de cal y la aplicación de fricciones o “friegas laudanizadas” en el vientre de los niños para que durmieran más tranquilos.

Los remedios tradicionales, compartían espacio con las “novedades” como el lavado de estómago por medio de sondas para “el arrastre de mucosidades glerosas, esporos, bacterias y masas de fermentación” recomendado por Roque Macouzet y Carlos Tejada Guzmán, quienes fueron los primeros profesores de la clínica médico-quirúrgica infantil en la Escuela Nacional de Medicina a finales del siglo. Se utilizaba también el “suero artificial” en el tratamiento de la deshidratación infantil. No siempre era fácil prepararlo ni disponer de él.

El profesor Fernando Altamirano (1848-1908) director del Instituto Médico Nacional (1888 a 1907), diseñó un método para difundir suero por vía parenteral al tejido celular subcutáneo introducido con una aguja hipodérmica y mantenido a través de un sistema tubular cerrado y sellado, así como una fórmula para preparar el suero a partir de cloruro de sodio

⁴⁴⁴ Garduño, R., (1904), *op.cit.*, p. 20; Vértiz Freyria, R., (1913), *op.cit.*, p. 8; Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, pp. 79-81.

DR. ROQUE MACOUZET (1899) *El Lavado de estomago en los niños*, tesis para el Concurso de Profesor adjunto a la Clínica de Enfermedades de los Niños; México, Imprenta de Francisco Díaz de León, impresor y agente.



Nació en la ciudad de Morelia, Michoacán el 16 de agosto de 1870. Fue hijo de D. Juan Macouzet y de Dña. Lucía Malo. Vivió su infancia en su tierra natal, y realizó sus primeros estudios universitarios en el Nacional Colegio de San Nicolás de Hidalgo. Se trasladó a la capital, donde inició sus estudios profesionales en la ENM en 1887. Culminó la carrera en 1893 e inicio su trayectoria docente como profesor de pediatría en 1899. Laboró en el Consultorio de Beneficencia y en los hospitales de Infancia, General y en el del Divino Salvador para Mujeres Dementes como neurocirujano durante varios años. Participó en el Primer Congreso del Niño, presidiendo la sección de cirugía pediátrica. El cáncer truncó su vida el año de 1921.⁴⁴⁵

⁴⁴⁵ Lázaro Pavia, *Reseña Biográfica de los doctores más notables de la República Mexicana*, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1897, pp. 259-265, catalogo R468.A1 P3, ANM; *Residentes Prominentes de la Ciudad de México* (material fotográfico de 640 personajes del Porfiriato) editor no identificado, p.100; catalogo F 1386.23 A2, IIH, UNAM; Macouzet, R., “Estudio de las causas, síntomas y tratamiento de la epilepsia parcial (jacksoniana)” ponencia en el Primer Congreso Médico Panamericano los días 5,6,7 y 8 de septiembre, de 1893 en Washington; véase *Transactions of Panamerican Medical Congress* , vol.2., pp.1825-1830, editado por el Congreso de Estados Unidos en Washington, 1895, disponible en línea.

cristalizado. Se expendió en las boticas de la ciudad, y la técnica se utilizó exitosamente en niños deshidratados en el Hospital de Infancia de la capital. Las enfermedades gastrointestinales, reforzaron un gran anhelo de la sociedad capitalina de esa época: la necesidad de que sus hijos crecieran en un medio ambiente más saludable.

Los usos y costumbres familiares que habían pasado de generación en generación se mantuvieron a través del tiempo y el desequilibrio social mantuvo todavía muchos años las altas cifras de mortalidad por diarrea en el país.⁴⁴⁶

b) La amenaza de la ceguera

La oftalmia purulenta de los niños recién nacidos estaba considerada en México como un severo problema de salud pública. En la década de 1870-1880, uno de cada tres capitalinos con debilidad visual habían perdido la vista a consecuencia de este padecimiento, y la mayoría de ellos eran pobres y con escasos recursos de vida. La prevalencia de esta enfermedad oscilaba de acuerdo con diferentes autores entre 4 y 19%. En los casos más graves de la enfermedad, los niños la adquirían durante el parto, a partir de sus madres que padecían blenorragia. La “temible blenorragia” causada por el gonococo, era padecida por no pocas mujeres, contagiadas por sus parejas sexuales.⁴⁴⁷

⁴⁴⁶ Narro, R., (1898), *op.cit.*, pp. 22-27; Garduño, R. (1904), *op.cit.*, pp. 9-15, págs. 22-27, 31-32 y 36; Macouzet, Roque (1899), *El lavado de estómago en los niños*, tesis que presenta al concurso de profesor adjunto de Clínica de Enfermedades de los niños, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, impresor y agente, 1899, pp. 9-19.; Romero Gámez, F., (1898), *op.cit.*, pp. 46-51; Velasco, Ildefonso, (1869), *Estudio sobre algunos purgantes indígenas*, tesis para el examen profesional de medicina y cirugía, México, Establecimiento tipográfico Tomás F. Neve, 1869, pp. IX, X, XII, XV y XVI; Revueltas, Juan N., (1879), *Ensayo sobre la clasificación de los purgantes*, tesis inaugural, México, (sin indicación de imprenta) 1879 pp.7 y 10; Rubalcava, Enrique., (1884), *Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Poliglota, 1884, pp.9-22; Vilchis, Leopoldo, (1887) *Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago*, México, Tipografía Berruero Hermanos, pp.10-31.

⁴⁴⁷ Graue, Enrique, (1897) *Oftalmía purulenta de los recién nacidos*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Tipográfica y Litográfica “La Europea” de Fernando Camacho, 1897, pp. 10-12; Vértiz Berrueros, Ricardo., (1881) *La oftalmía purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento*, tesis para concurso para la plaza de catedrático de obstetricia, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1881, pp. 4-6 y 9-11; Villafuerte, Ricardo (1902), *La profilaxia de la oftalmía purulenta de los recién nacidos*, prueba escrita para el examen general de medicina, México, Tipografía y Litografía de Miguel Ylanes Blanco, p. 5-7; Izquierdo, José Joaquín, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmía purulenta del recién nacido” en *Publicaciones de la Asociación para evitar la ceguera en México*, núm.1, octubre 1918, p.5; Christian, J., “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la ciudad de México, 1870-1928” en C. Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y Sociedad en México, siglos XIX y XX*, Universidad Nacional Autónoma de México y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2008, pp. 43-70.

La enfermedad era muy aguda, y se caracterizaba por la presencia de “hinchazón” y escurrimiento de pus en los ojos, fiebre y convulsiones en los casos más graves. Si no se efectuaba con prontitud un diagnóstico y se instalaba el tratamiento, el mal avanzaba rápidamente y conducía a opacidades corneales y perforaciones en el ojo. Demandaba del médico una rápida capacidad de respuesta, destreza y minuciosos conocimientos anatómicos para emplear instrumental especializado sobre los pequeños ojos de los niños y poseer el arte suficiente para aplicar medicamentos mucho más “rudos” o agresivos de los que se usan en la actualidad.⁴⁴⁸

Se empleaban cauterizaciones con una solución acuosa de nitrato de plata, y derivados yodados como el yodoformo o la tintura de yodo diluida en agua de laurel cerezo, como la usaba el profesor Ricardo Vértiz Berruecos (1848-1888) en el Instituto Valdivieso, hoy Hospital de Nuestra Señora de la Luz. Inaugurado en 1876 fue el primer centro de investigación y atención clínica de su género en México y América Latina. Sin embargo, estaba claro, dada la dimensión de la enfermedad, así como la situación política, social y cultural prevaleciente en nuestro país que solo unas cuantas familias capitalinas podían tener acceso a la atención de un médico especialista.⁴⁴⁹

Esta enfermedad también demostró una faceta poderosa y eficaz de la terapéutica: la efectiva respuesta que tenía la aplicación de protocolos sistemáticos y uniformes en los cuneros de los hospitales. El berlinés Carl Siegmund Franz Credé (1819-1892) investigador y obstetra de la Maternidad de Leipzig “sistematizó en 1880 el uso del nitrato de plata a todos los niños recién nacidos y sentó las bases para dar uniformidad en las maternidades a la profilaxis de las infecciones oculares de los niños”.⁴⁵⁰ Su protocolo de trabajo, pronto se aplicó en otros países europeos y del resto del mundo logrando disminuir sensiblemente las prevalencias regionales de la enfermedad, en cada país.

⁴⁴⁸ Graue, E., (1897), *op.cit.*, pp. 15-16; Uribe, Enrique, (1905), *Breves consideraciones sobre la oftalmía purulenta y su tratamiento*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta “La idea del siglo” México, 1905, pp. 8-9.

⁴⁴⁹ Villafuerte, R., (1902), *op.cit.*, pp. 5 y 26; E. Uribe, E., (1905), *op.cit.*, p.12; Vértiz Berruecos, R., (1881), *op.cit.*, pp. 4-6 y 16-21; Lozano–Alcázar, J., “El primer hospital oftalmológico de México” en *Cirugía y Cirujanos*, 2002, vol. 20, pp. 124-128; J. Christian, *op.cit.*, 2008, pp. 43-70; Neri Vela, Rolando, “La oftalmología en el México del siglo XIX” en E. Graue Wiechers (editor), *XXV Aniversario, Instituto de Oftalmología, Fundación Conde de Valenciana*, México, Composición Editorial Laser, S.A de C.V., 2001, pp. 26-27.

⁴⁵⁰ Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, p.156; Villafuerte, R., (1902), *La profilaxia de la oftalmia purulenta de los recién nacidos*, prueba escrita para el examen general de medicina, México, Tipografía y Litografía de Miguel Yllanes Blanco, Zuleta 19; Graue, E., (1897), *op.cit.*, p.22.

En México los profesionales de la medicina tuvieron su propia dinámica de investigación farmacológica y bacteriológica. Se destacaron por la búsqueda de una terapéutica más segura, más “amigable” y más efectiva para los niños. Los medicamentos “cáusticos” como el nitrato de plata solían producir mucho dolor en los pequeños, sobre todo cuando no eran adecuadamente utilizados. Se emplearon medicamentos más tolerables; como un ejemplo tenemos al protargol. Se buscó también la presencia de otras bacterias causales, que explicaran los fracasos terapéuticos en algunos casos. Siendo una enfermedad evitable, era motivo de preocupación tanto de oftalmólogos como de parteros. Y fue generadora de grandes campañas tanto educativas como de difusión pública.⁴⁵¹

c) *Hacia una nueva era en la terapéutica*

La difteria era considerada como una enfermedad pediátrica ya que afectaba con mucha mayor frecuencia a los niños de 2 a 8 años. Sus casos más graves eran sumamente agudos y se caracterizaban por fiebre, ataque al estado general, y por la aparición de unas placas blanquecinas de consistencia plástica que obstruían la faringe y la laringe. Se inflamaban los ganglios cervicales y se liberaba una toxina que afectaba gravemente sobre todo la víscera cardíaca y el sistema nervioso.⁴⁵²

Una presentación clínica muy temida por los médicos y la sociedad de la época era el “garrotillo” o “aterrador cuadro del *croup*” en el que los niños “sucumbían” después de un terrible sufrimiento provocado por la asfixia, ante la impotencia de sus padres y del profesional de la medicina, quedando muy pocas probabilidades de sobrevivida para el pequeño.⁴⁵³ Era más frecuente en los niños mexicanos que vivían debilitados por las enfermedades, como el

⁴⁵¹ J.J. González, “La oftalmía purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia” en *Publicaciones de la Asociación para evitar la ceguera en México*, núm. 5, marzo de 1919, pp. 1-12; Guerola, Nicolás, (1900), *Oftalmía purulenta de los recién nacidos. Bacteriología y tratamiento*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta, litografía y encuadernación de Ireneo Paz, México, 1900, p.13; Vértiz Berruecos, R., (1881), *op.cit.*, pp. 16-21.

⁴⁵² F. Rilliet, A.E. Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, tome troisieme, París, Germer Bailliére, 1843, p. 301; C.M., Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et a la mamelle*, París, J.B. Bailliére, Libraire de l’Academie Royale de Médecine, 1837, p. 522; Macouzet, R., 1910, *op.cit.*, p. 100.

⁴⁵³ Macouzet, R., 1910, *op.cit.*, p. 100; E. Bouchut, 1890, *op.cit.*, p. 99; Cuevas, José, (1890), *Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup*, México, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta del Gobierno en el Ex-arzobispado, 1890, p 11.

sarampión, escarlatina, viruela y que vivían en familias hacinadas, en lugares fríos, bajos y húmedos que favorecían la presentación de la enfermedad.⁴⁵⁴

De acuerdo con la mayoría de las fuentes consultadas la enfermedad hizo su aparición en México en 1862, traída por las tropas galas durante la invasión francesa, expandiéndose en territorio nacional. Entre los primeros médicos que la detectaron y atendieron en nuestro país destacaron Rafael Lucio, Miguel Francisco Jiménez, Luis Hidalgo y Carpio, Manuel Carmona y Valle, José María Bandera, Juan María Rodríguez, entre otros. Los maestros mexicanos de la clínica conocían muy bien los trabajos de Pierre Fidele Phillipe Bretonneau (1778-1862), y de su “adelantado discípulo” Armand Trousseau (1801-1867) quienes clasificaron y “bautizaron” entre 1826 y 1855, a este padecimiento con el nombre de “difteria” por el parecido de sus placas obstructivas con el cuero.⁴⁵⁵

Los niños mexicanos enfermos demandaban de mucha habilidad por parte del terapeuta, durante el tratamiento local de las lesiones. Se buscaba resolver el problema retirando los obstáculos para que los pequeños pudieran respirar y al mismo tiempo tratarlos con la mayor gentileza posible en las maniobras que eran dolorosas y difíciles: aplicación de “embrocaciones” irritantes y corrosivas, a base de amoniaco y ácido clorhídrico o salicílico, o bien agua oxigenada y agentes azufrados que se combinaban con sustancias más “amigables” como los balsámicos, el alcanfor, los aceites y la miel en la faringe o laringe de los niños. Sin duda un mundo hostil para el niño y su familia, que exigía en el médico una respuesta y una actitud muy peculiar, conciliatoria y a la vez resolutiva. La realización de un *tubage* o intubación de la tráquea, o llevar a cabo una traqueotomía para resolver la asfixia, exigía en los niños pequeños de mucha pericia y

⁴⁵⁴ L. E. Ruiz, *Tratado Elemental de Higiene*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1904 p. 367; J. Cosío, L. E. Ruíz, M. Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, Inspección General de Higiene del Ramo de Instrucción Pública, México, en *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 23-25 y 30 y 32.

⁴⁵⁵ P.C. English, “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine” en *Pediatrics*, 1985, vol. 76, pp. 1-9; G. Mendizábal, “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México” en *Gaceta Médica de México*, tomo IV, núm. 21, 1 de noviembre de 1904, pp. 263-271; J. Gayón, ¿La difteria vino a México con el ejército francés? en *Gaceta Médica de México*, tomo XXVIII, 15 de julio de 1892, pp. 50-54; J. Álvarez Amézquita *et al*, *Historia de la salubridad y la asistencia en México. Año de la patria. Siglo y medio de Independencia y cincuentenario de la Revolución Mexicana*, edición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, tomo I, pp. 275-276; G. Villeté, “Una observación de *diphtheritis* traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villeté”, *Periódico de la Academia de Medicina de México* (sic), tomo segundo, 1 de agosto de 1837, pp. 338-340; González Vázquez, Jesús, (1873), *¿Es grave por sí misma la traqueotomía?*, tesis para el examen profesional de medicina y cirugía, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1873, pp. 11-20.

de un alto nivel de comunicación con la familia, que en muchos casos se resistía a estos procedimientos.⁴⁵⁶

El tratamiento de la difteria sufrió un parteaguas con la introducción del suero antidiftérico, que representó un símbolo sin parangón en la historia de la terapéutica infantil, una nueva era mucho más resolutiva y curativa. En el ciclo de la investigación clínica y bacteriológica de la difteria abierto con Bretonneau en 1826 y cerrado por Emil Von Behring (1854-1917), con el descubrimiento de la antitoxina en 1890, del reino de la superstición, el mito, la especulación y el temor, se entraba a un mundo de esperanza, certeza y confianza en la ciencia. En 1901 Behring fue galardonado con el primer Premio Nobel y en 1910, la Universidad Nacional de México le otorgó el grado de *Doctor Honoris Causa*, en representación de la niñez mexicana.⁴⁵⁷

Sin embargo, la realidad mostraba que esta nueva terapéutica, estaba aún muy lejana para muchos niños mexicanos. El alto costo de las importaciones y la exigua producción nacional impedían que muchos enfermitos se vieran beneficiados. De ello estaban conscientes las autoridades sanitarias, como el profesor Ángel Gaviño (1855-1921) -director del Instituto Bacteriológico Nacional en 1907- quien expresaba su esperanza de que “llegaría el día en que esta institución pudiera producir cantidades abundantes y de buena calidad”. Mientras tanto los pequeños enfermos debían conformarse con las antiguas y tradicionales medidas terapéuticas.⁴⁵⁸

A pesar de todo, la terapéutica inmunológica y el perfeccionamiento de viejos procedimientos como el *tubage* empezaron a convertir a la medicina infantil, en una práctica más segura y “amigable”. Se convirtieron en asuntos de interés y preocupación y fueron incorporados

⁴⁵⁶ Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, p. 104 ; Cuevas, J., (1890), *op.cit.*, pp. 25-29; F. Rilliet, A. E. Barthez, *op.cit.*, 1843, p. 308; E. Bouchut, *op.cit.*, 1890, p. 1060.

⁴⁵⁷ G. Mendizábal, *op.cit.*, 1904, pp. 263-271; G. Gachelin, “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institute Pasteur (1888-1900): “The role of a supranational network of microbiologist”, *Dynamis*, 2007, pp. 45-62; A. Hüntelmann, “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle* Germany”, *Dynamis*, 2007, pp. 107-131; E. Rodríguez-Ocaña, “La producción social de la novedad. El suero antidiftérico: nuncio de la nueva medicina”, *Dynamis*, 2007, pp. 33-44; véase la obra *La Universidad Nacional de México 1910*, editada por la Coordinación de Humanidades y el Centro de Estudios sobre la Universidad, México, Edición facsimilar, 1990, pp. 157-160.

⁴⁵⁸ Cita en: C. Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)” en *Historia Mexicana*, vol. VII, núm.1, julio-septiembre, 2007, pp. 53-89, p. 63.

a los nuevos planes de estudio en los cursos clínicos de medicina infantil de la carrera de médico cirujano de la Escuela Nacional de Medicina, en el cambio de siglo XIX al XX.⁴⁵⁹

d) La enfermedad también iba a la escuela

Al principio del siglo XX, los obstáculos y los retos educativos en nuestro país eran gigantescos. El analfabetismo alcanzó en 1910 un porcentaje del 84% y solo asistían a la escuela en México el 23% de los niños en edad escolar. Únicamente el 57% de los inscritos acudían en forma regular a sus clases.⁴⁶⁰ ¿Las razones de esta situación? Se esgrimían diferentes factores como la multiétnicidad que existía, el hecho de que un gran porcentaje de familias eran rurales, la gran población indígena no hispanoparlante de algunas zonas del país y la gran pobreza urbana que obligaba a cientos de niños de familias pobres, sin posibilidades de asistir a la escuela, “a ocupar los talleres artesanales, las fábricas y las calles de la ciudad, como una estrategia de supervivencia de sus familias”.⁴⁶¹

Existían también otras poderosas razones que impedían la presencia de los menores en los centros escolares o dificultaban su aprendizaje: las enfermedades. En el mes de julio de 1896, se creó la Dirección General de Instrucción Primaria del Distrito Federal y Territorios. Su Servicio de Higiene Escolar fue un amplio proyecto sanitario del Porfiriato tardío. Implicó el establecimiento de servicios médicos preventivos y asistenciales permanentes en las 325 escuelas oficiales de la ciudad de México y sus 50 000 alumnos de esa época. Una lectura de los textos de los *Anales de Higiene Escolar*, su órgano de difusión nos lleva a la percepción de que una de las principales metas que perseguía este proyecto, era disminuir la gran inasistencia de niños a la escuela, imprimiendo “disciplina y vigor” en sus cuerpos y mentes y el de abatir el índice de

⁴⁵⁹ Programa de estudios del curso de pediatría quirúrgica diseñado por Roque Macouzet el año de 1911, Archivo Histórico de la Escuela Nacional de Medicina, Antiguo Palacio de Medicina, Legajo 198, Expediente 1, Folios 100, 101 y 102.

⁴⁶⁰ C. Alvear Acevedo, *La Educación y la Ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, México, JUS, 1978, p.175; Cfr. con A. Pani, *La Instrucción Rudimentaria en la República*, México, Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1912, pp. 9-14.

⁴⁶¹ Cita en: S. Sosenski, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Instituto de Investigaciones Históricas, México, UNAM, julio-diciembre, 2003, núm. 26, pp. 45-79; Misma autora, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, núm. 238, octubre-diciembre, 2010, pp. 1229-1280; D. Guerrero, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920” en Alicia Mayer, (coord.) *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 2007, pp.121-147; M. Bazant, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2006, pp. 15-52.

enfermedades que de alguna manera impedían la asistencia de los niños, y minaban su capacidad de aprendizaje y atención en la escuela.

Los procedimientos médico sanitarios de aislamiento y desinfección, jugaron un papel preponderante en la Inspección Médica, y las epidemias que sucedieron en esa época, como la de escarlatina en 1908-1909, pesaron en las decisiones de los médicos en cuanto al aislamiento y separación de muchos alumnos. De los cerca de 30 000 niños que fueron revisados por los médicos inspectores en 1909-1910, estaban enfermos 30.5% de ellos, uno de cada tres niños. Se detectó anemia en el 22.2%, y estaban infestados de parásitos en sus cuerpos y cabellos muchos de ellos. Pediculosis o piojos 13.5%, tiñas 12.6%, sarna 2.5%, caries dental el 18%, y disminución de la agudeza visual el 26.8% con las consecuencias sobre el aprendizaje correspondientes.⁴⁶²

El papel desempeñado por las enfermedades contagiosas en los niños generó acciones que tuvieron un carácter prioritario y federal, debido al gran temor social que causaban estos padecimientos infantiles y que incluía principalmente al sector de niños que procedían de las clases populares. A guisa de ejemplo, presentamos a continuación los casos de dos enfermedades, que impactaron a la población en edad escolar de nuestra capital de esa época. Aunque no fueron tratadas por nuestros tesisistas se incluyen en esta narrativa ya que tuvieron una gran presencia en los centros escolares y en los hogares mexicanos y fueron generadoras de preocupación entre familias, médicos, autoridades sanitarias y la sociedad capitalina en general.

Escarlatina: 1908, un brote muy inusual

En 1908, la escarlatina fue causante de un brote muy inusual y atemorizante que se vivió en la ciudad de México. Esta afección era considerada en el siglo XIX, como la segunda fiebre exantemática en importancia, después del sarampión. En los últimos decenios del siglo, se

⁴⁶² L. E. Ruiz, “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias” en *Gaceta Médica de México*, tomo 34, 15 de noviembre de 1897, pp. 568-571; M. Uribe y Troncoso, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909” en *Anales de Higiene Escolar*, tomo I, julio de 1911, pp. 331-348; A. M. Carrillo, “El inicio de la higiene escolar en México. Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882” en *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 66, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 71-74; A. M. Carrillo, “vigilancia y control del cuerpo de los niños. La Inspección Médica Escolar (1896-1913)” en L. Cházaro y R. Estrada, (eds.), *El Umbral de los Cuerpos*, Colegio de Michoacán-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2005, pp. 171-209; A.C. Rodríguez de Romo, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos de la Asociación Médica del Hospital ABC*, vol.50, num.4, octubre-diciembre, 2005, pp. 184-190.

consideraba poco frecuente en el país y algunos autores pensaban que “se avenía poco con la raza latina”, ya que mientras “en Londres morían anualmente 6000 personas”, en la Ciudad de México, se tenían ya varios años con 8 a 10 defunciones. La sufrían en México los niños de 2 a 10 años principalmente. Los casos clínicos variaban en su presentación en cada niño, con evoluciones clínicas impredecibles, por lo que la mayoría de los médicos tomaban sus precauciones y recomendaban un reposo prolongado en cama evitando lo más posible el contacto con el aire exterior. Había casos muy leves, pero muchos otros cursaban con invasión brusca, fiebre elevada y dolor de cabeza. La erupción se acompañaba de anginas muy dolorosas, enrojecimiento de la lengua con inflamación de las papilas, y crecimiento muy doloroso de los ganglios submaxilares.

Los casos más graves, se caracterizaban en ocasiones por ausencia de erupción y aún de fiebre, o ésta podía ser severa y rebelde al tratamiento, complicándose con otitis supurativa, bronconeumonías, “ataques” de uremia, convulsiones y un estado comatoso. Muchas veces tenían una evolución fatal o se complicaban con nefritis en algunos niños propensos. En el tratamiento se usaban mucho los baños terapéuticos, las revulsiones ligeras con líquidos irritantes como el amoníaco o los “cataplasmas sinapizados” a base de papillas de harina de mostaza negra.

El enfermito era alimentado únicamente a base de dietas de leche. Para la inflamación faríngea se usaban mucho gargarismos o toques de ácido salicílico, clorato de potasa, ácido bórico, y agua oxigenada. Las epidemias de escarlatina habían sido poco frecuentes en la capital del país. La más mortífera de ellas fue en 1898, en la que fallecieron 378 niños. Sin embargo, en 1908 se inició un brote muy inusual. Para fines de ese año, habían muerto ya 980 niños, casi el triple que en 1898. El 21 de febrero de 1909, los casos mortales llegaron a la increíble cifra de 1691 casos, causando una gran inquietud y preocupación entre médicos y familias.

Muchos llegaron a comparar el poder devastador de esta epidemia con el del “cólera chico” de 1853 y aún con el del “cólera grande” de 1833. Hubo familias capitalinas que habían perdido a todos sus hijos durante esta epidemia. Algunos casos mortales fueron detectados en las escuelas. Se llegó a pensar en la posibilidad de cerrar las escuelas por 60 a 70 días en afán de contener el brote. Finalmente, el número de casos comenzó a descender. Los profesionales de la salud, se preguntaban las razones de la severidad excepcional que caracterizó a esa epidemia, y la “malignidad” que caracterizó a las presentaciones clínicas de muchos niños. Los argumentos

preferidos fueron los vientos excepcionales con sus gigantescas polvaredas que caracterizaron a esa temporada en la capital, y la falta de lluvias con la consecuente y atípica sequedad del medio ambiente en muchas zonas de la capital. La escarlatina, a pesar de que presentaba una relación con el hacinamiento y el aglutinamiento de las familias, no tenía connotaciones socioculturales tan claras como la difteria, la tuberculosis o la tiña.

El temor y la presión social condujeron a la generación de normas y acciones institucionales prioritarias. En 1912, se publicó la *Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas*, editada por la Inspección General de Higiene del ramo de Instrucción Pública del Distrito Federal, un documento donde estaban las normas y los lineamientos para las acciones a seguir por médicos, profesores y maestras de las escuelas ante la presencia de enfermedades infectocontagiosas en sus alumnos. Fue un instructivo obligatorio en el Distrito Federal y los territorios federales, y fue una de las consecuencias de una epidemia memorable.⁴⁶³

La tiña: un tratamiento innovador

El segundo ejemplo expuesto corresponde a la tiña, otra enfermedad contagiosa con gran poder de propagación entre las poblaciones infantiles. Se narra el caso de un tratamiento innovador aplicado el año de 1909 en la urbe capitalina. En esa época la tiña era una enfermedad transmisible detectada con frecuencia en las escuelas. Sus “progresos eran alarmantes” ya que se propagaba con rapidez en las poblaciones escolares motivando preocupación en las autoridades. Fue un símbolo del encasillamiento y la discriminación de origen social, pero también de la búsqueda de nuevas terapéuticas más audaces y efectivas. La tiña, analizada como un problema de salud pública nos muestra el carácter clasista y estigmatizante que llegaba a mostrar entre los médicos y la sociedad.

Se trataba de una enfermedad infantil con una alta prevalencia. Cuando menos uno de cada 10 niños capitalinos la padecía y como ya vimos la mayoría de ellos vivían hacinados con sus familias en pequeñas, húmedas y oscuras habitaciones. Las variedades más comunes en las

⁴⁶³ Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, pp. 142-147; Orvañanos, Domingo, *Ensayo de Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1889, pp. 179-182; “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina” en *Gaceta Médica de México*, tomo IV, núm. 9, 30 de septiembre de 1909, pp. 627-628; Sánchez Mejía, Carlos (1926), *La reacción de Dick. 2270 observaciones personales en la Ciudad de México*, prueba escrita para examen de medicina, cirugía y obstetricia, sin indicación de imprenta, 1926, pp. 9-13.

escuelas se caracterizaban por presentar zonas escamosas en algunas áreas de la cabeza con caída del cabello, “tonsuras”. A veces algunos casos eran asociados a tuberculosis. El hecho de que algunos animales como aves de corral, perros, gatos, caballos y roedores, especialmente en las zonas rurales o subrurales, eran considerados como transmisores de la enfermedad, contribuía a la discriminación y el rechazo de la población urbana hacia los niños que procedían del campo o sus cercanías.⁴⁶⁴

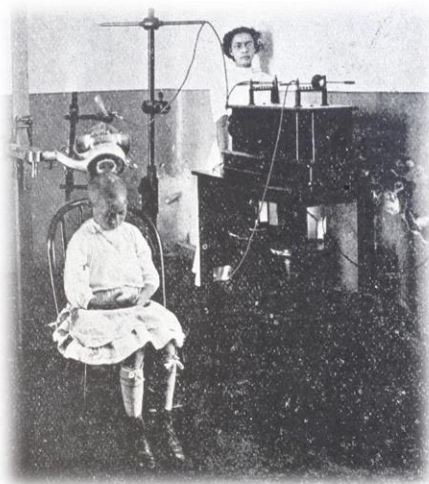
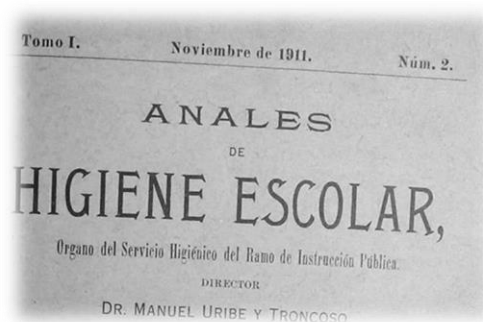
La tiña era una enfermedad difícil de curar. El profesor Ricardo Cícero (1869-1938) experto en dermatología en la época, trabajó con los niños enfermos de padecimientos dérmicos en el Dispensario de la Beneficencia Pública y en la Inspección Escolar. Él pensaba que “feliz había de considerarse el médico si al cabo de un año habría triunfado de la enfermedad con paciencia y dedicación suficientes, docilidad por parte de los niños y constancia, confianza, y resignación por parte de los padres”. Había casos en los que había que esperar incluso a que el niño llegara a su pubertad, para considerarlo curado.⁴⁶⁵

Esto motivó a Cícero a buscar nuevos métodos terapéuticos, más audaces, pero no necesariamente libres de efectos contraproducentes, en ocasiones severos, que combinaban la pedagogía con la medicina. Tal fue el caso de las radiaciones ionizantes, utilizadas desde hacía algunos años en niños parisinos por Raymond Saboureaud (1864-1938) investigador y docente del Instituto Pasteur. Los rayos X de reciente descubrimiento fueron aplicados en muchos niños mexicanos que padecían la enfermedad en la “Escuela Francisco Xavier Balmis” para niños con tiña, en la Ciudad de México. La idea era curar la tiña, por medio de la depilación causada por las radiaciones. El proyecto terapéutico se inició el 2 de enero de 1911.

Hubo grandes inversiones en infraestructura inmobiliaria y en equipo tecnológico y pedagógico. Este experimento fue impactante y marcó el inicio de una nueva forma de relacionarse con la enfermedad. No duró mucho. Factores externos como la Primera Guerra

⁴⁶⁴M. Uribe y Troncoso, *op.cit.*, 1911, pp. 5-36 y 37-39; L. E. Ruiz, *op.cit.*, 1904, pp. 362.

⁴⁶⁵ R. Cícero, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x” en *Gaceta Médica de México*, vol. 4, núm.7, 31 de julio de 1909, pp. 499-510; M. Uribe y Troncoso, “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Tiñosos de París y de algunas cuestiones relativas a la antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, tomo I, enero de 1912, núm. 3, pp. 211-218; R. Saboureaud, “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l’Institut Pasteur*, tomo 60, núm.4, 1938, pp. 345-350; P. Roger, *Deux medecins-deux sculpteurs-Paul Richer et Raymond Saboureaud*, these, París, Librairie Arnette, 1947, p. 58. (Últimas dos referencias consultadas en la página electrónica pasteur.fr/infosci/archives).



“La tiña: el azote de las escuelas de la Ciudad de México”

Alumnas de la Escuela *Francisco Javier Balmis* para niños y niñas con tiña

Pequeña recibiendo tratamiento con rayos X

Anales de Higiene Escolar, tomo I, número 2, del mes de noviembre de 1911

Mundial e internos como la Revolución Mexicana, impidieron continuar con este proyecto e impulsaron a los dermatólogos mexicanos a cambiar de estrategia.

No existen enfermedades sin un entorno social, cultural y económico que les dé sustento. Un buen indicador para conocer la calidad de vida que tenían las familias de la ciudad, lo constituyen el tipo de enfermedades detectadas cotidianamente en los miles de niños que habitaban la capital mexicana en la época analizada. El conjunto de estos padecimientos retrataba la polaridad social, pobreza, hacinamiento, mala alimentación, exposición al frío y la humedad, en las que vivía un numeroso sector de los niños con sus familias.

Los tratamientos con aparatos sofisticados, nuevas drogas, agentes biológicos y el uso de agentes muy diferentes a los tradicionalmente usados, como lo eran las nuevas radiaciones “ionizantes” o la novedosa terapia inmunológica hubieran sido impensables apenas unos años atrás. Estos avances representaron el despertar de una nueva medicina, signo de una nueva era científica, más audaz y moderna, que se aproximaba, pero ciertamente más alejada de la “fuerza medicatriz”, esa poderosa propiedad natural del organismo humano, a recuperarse por sí mismo de un estado de salud roto por la enfermedad y que era “una vieja amiga y aliada” con la que por siglos habían contado incondicionalmente paciente y médico, como su espacio de apoyo y reflexión.

El análisis histórico de la atención médica brindada a los niños es un poderoso instrumento que nos permite obtener una rica visión de la salud individual y colectiva, de la calidad de vida de niños y familias y nos permite reflexionar acerca de los límites, alcances y logros de un sistema de salud, un gobierno y una sociedad. El estado de bienestar de la niñez es un indicador implacable que nos refiere a la injusticia e inequidad que pueden caracterizar a un colectivo humano.

4.3.2 Sífilis congénita: visión y pensamiento médico en México (1870-1930)

El contenido de este apartado se basa en la información, hallazgos y conclusiones a las que llegaron los tesisistas médicos con relación a este grave problema de salud durante la época estudiada. Las fuentes –tesis recepcionales de estudiantes y jóvenes profesionales de la salud– abordan la sífilis congénita desde varios ángulos: sanitario y de salud pública, clínico, desde el laboratorio y el gabinete, patológico, epidemiológico, profiláctico y terapéutico. Ver tabla 8 en el capítulo 1.

Los comentarios vertidos en estas fuentes están apoyados en los trabajos de algunos pioneros de la pediatría en México que llevaron el “mensaje puericultor y eugenetista” tanto a título personal como en su calidad de miembros de la Sociedad Mexicana de Puericultura –a la postre Sociedad Mexicana de Pediatría– publicados en su foro de difusión, la *Revista Mexicana de Puericultura* al iniciar la década de 1930.

Vale la pena destacar que también se rescataron otros autores que son citados por los tesisistas, cuyos textos aportaron al conocimiento médico y clínico terapéutico y que juntamente con los cursos universitarios en la Escuela de Medicina, constituyeron la plataforma formativa del médico mexicano en el área de las enfermedades venéreas a través del siglo XIX y en los primeros decenios del siglo XX.

“Sifilógrafos” expertos, que transmitieron el mensaje de la clínica francesa en las áreas teóricas, metodológicas y operativas de la sífilis como Jules Parrot, Auguste Cullerier, Phillipe Ricord, Paul Diday y Alfred Fournier, entre otros, formaron parte y tuvieron un lugar destacado en la vida académica cotidiana de alumnos y profesores de la Escuela Nacional de Medicina, durante muchas generaciones. Se recogen igualmente las ideas de autores mexicanos como fue el caso del profesor Carlos Tejeda Guzmán, quien desde su espacio docente en el Hospital de Infancia de la ciudad de México transmitió a sus alumnos su experiencia en el tema.⁴⁶⁶

El manejo de la información en esta sección está dividido en cuatro áreas, que constituyeron los ejes de análisis principales a través de los cuales los tesisistas plasmaron sus intereses e inquietudes. El primero presenta a la sífilis como un grave problema de salud pública que incluye el papel del urbanismo y la alta densidad demográfica de algunas áreas de la ciudad, los continuos conflictos bélicos, la dinámica de las tropas militares y sus contingentes anexos – especialmente a partir del movimiento armado revolucionario– el frágil equilibrio de salud en el embarazo de muchas mexicanas a través del tiempo y el futuro de sus hijos, el papel que jugaba la prostitución especialmente el caso de las trabajadoras sexuales llamadas “clandestinas”.

La segunda área de interés versa sobre los debates sostenidos por la comunidad médica con relación a las vías por donde se abría paso la enfermedad a través de los organismos de

⁴⁶⁶ La mayoría de las fuentes y autores originales en cuyas ideas se fueron inspirando y apoyando en sus trabajos de investigación los tesisistas de la Escuela Nacional de Medicina (ENM) se conservan hasta la actualidad en los acervos históricos de la Ciudad de México y son señalados en este artículo de acuerdo a sus clasificaciones en los catálogos: Biblioteca “Dr. Nicolás León” en el Antiguo Palacio de Medicina, de la Facultad de Medicina de la UNAM (BNL), Acervo histórico de la Academia Nacional de Medicina (ANM).

madres y niños ¿Cómo se adquiría, y que vías corporales seguía el germen para afectar al binomio madre hijo? ¿Qué tipo de protagonismo se le asignó a la vacunación brazo a brazo en la génesis de la enfermedad? El papel que jugaron el amamantamiento y la crianza. Interrogantes que generaron debate y polémica, especialmente en el siglo XIX.

El tercer foco de atención lo constituyeron los aspectos clínicos de la enfermedad: las múltiples argumentaciones sobre la periodicidad de la enfermedad; descripciones muy variadas sobre las lesiones tanto externas como internas que iban caracterizando al mal, especialmente en los niños pequeños; el valor diagnóstico de algunos signos y síntomas, como en el “sistema huesoso” del niño y su progresión; la gran dificultad diagnóstica en muchos casos dada la enorme capacidad mimética de la enfermedad; la necesidad de un entrenamiento médico más acucioso; el pronóstico frecuentemente fatal en muchos niños pequeños. Así mismo el papel que jugaba la llamada “constitución” de cada niño enfermo y la posición integral que jugaba la sífilis infantil en concierto con otros dos componentes del “triángulo de la muerte” de madres y niños: sífilis, tuberculosis y desnutrición. Asignación otorgada a partir de la década de 1920 en México.

El cuarto elemento considerado por la literatura médica construida por los tesisistas lo constituye la terapéutica aplicada a la sífilis tanto general como especializada al área materno infantil, así como de orden preventivo y curativo de la enfermedad. La profilaxis social abarcaba tanto las campañas emprendidas por el Estado nacional, como las medidas higiénicas en personas, familias y en los mismos niños de orden social, “moralizante”, legislativo, normativo y educativo. Además de la labor pedagógica emprendida en las escuelas –especialmente en las secundarias para niñas– por parte de los profesionales de la salud.

Por otra parte, se comentan los argumentos médicos relacionados con la terapéutica farmacológica de la sífilis en las décadas anteriores al advenimiento de la penicilina con el uso del mercurio y las preparaciones “hidrargíricas”, especialmente en el siglo XIX y en los inicios del siglo XX. También se incluyen los primeros intentos curativos con los arsenobenzoles descubiertos por Paul Ehrlich (1906) y su aplicación institucional en nuestro país.

Con esta revisión analítica se pretende obtener un panorama de las motivaciones y razonamientos médicos para confrontar graves problemas de salud en el área materno infantil como lo fue en su momento la sífilis, en periodos críticos de nuestra historia nacional.

Las referencias históricas y bibliográficas de los médicos tesisistas de la ENM sobre la lúes congénita son de gran interés, ya que en varios casos se citan las fuentes originales.

En ellas se presenta a la sífilis como una enfermedad conocida desde la antigüedad. Los grandes curadores clásicos como Hipócrates, Celso, Galeno y Areteo describieron una gran variedad de “ulceraciones en la boca”, “fluxiones” en las “partes genitales”, hinchazones de la ingle, “picazones” y múltiples lesiones tanto secas como húmedas en diversas regiones corporales; los terribles dolores “osteocopios” nocturnos en los huesos largos, que tenían que soportar los enfermos tanto niños como adultos atacados del mal; las múltiples deformidades de huesos craneales, enormes úlceras “fagedénicas” cicatrizadas en los rostros; los paladares y narices perforadas marcando y estigmatizando de por vida a los seres humanos afectados. Todas ellas basadas en descripciones clínicas originales referidas por los médicos en las historias clínicas que elaboraron de sus enfermos en sus respectivas épocas.⁴⁶⁷

Desde el principio del siglo XVI se hacía ya referencia a casos de niños contagiados de sífilis por sus nodrizas. Fallopius describió niños sifilíticos que “nacían cocidos como signo del pecado de sus padres”. Paracelso (1493-1541) anunció en 1529 por vez primera la “herencia” de la sífilis y Ambroise Paré (1510-1590) describió en su obra escrita los primeros casos documentados en 1561. “Frecuentemente se ven salir los pequeños niños del vientre de su madre teniendo la enfermedad y muy poco después tener varias pústulas sobre el cuerpo; las cuales están también infectadas contagiando la *verola* –sífilis– tanto a las nodrizas como al lactante”.⁴⁶⁸

Se atribuye también a Paracelso la introducción del mercurio en la terapéutica, siendo la sífilis una de sus principales indicaciones médicas. Durante cuatro largos siglos fue

⁴⁶⁷ Sallé, Victor, (1870) *De la sífilis congenital y hereditaria*, tesis inaugural, México, Imprenta de Ignacio Cumplido, pp.3-5.

⁴⁶⁸ Traducción propia. Paré, Ambroise, « De la *Grosse verole*, Livre xix, chap. XXXVII » en *Oeuvres complètes d’Ambroise Paré* / Revue et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes ; ornées de 217 planches et du portrait de l’auteur ; accompagnées de notes historiques et critiques et précédées d’une introduction par Joseph. Francoise. Malgaigne (“Obras completas de Ambroise Paré, con notas histórico-críticas precedida de una introducción de Malgaigne”; edición de 1840 Paris: J. B. Bailliere; catalogo [R128.6 P35 1840,] Acervo histórico Biblioteca Dr. Nicolás León, Antiguo Palacio de Santo Domingo, Facultad de Medicina, UNAM en adelante “BNL”; El gran cirujano francés fue contemporáneo de otros importantes personajes del mundo de la medicina, humanidades, religión y el arte universal como Paracelso, Erasmo, Leonardo y Lutero; su obra era ampliamente conocida en la medicina mexicana ya que llegó tempranamente a nuestro país. Véase también la Video-conferencia “Los grabados de las obras de Ambroise Paré” dictada por el profesor Carlos Viesca Treviño el 3 de julio de 2017 en la Academia Nacional de Medicina; disponible en línea en *youtube*; De Poincy, Francisco, (1883) *Estudio práctico sobre la sífilis infantil hereditaria y adquirida*, tesis para examen profesional, ENM, México, Imprenta y Litografía Española, p.10.

prácticamente el único remedio utilizado contra el mal hasta que fue “destronado” a principios del siglo XX con la introducción de los arsenicales de Ehrlich.⁴⁶⁹

Varios de los sifilógrafos renacentistas dieron su testimonio de la gran epidemia iniciada en Europa a partir del Sitio de Nápoles en 1495, cuando la enfermedad hizo su debut como un enorme problema de salud pública en el orbe. La gran diversidad de lesiones observadas y el gigantesco número de casos estudiados permitieron que se ampliara sensiblemente el horizonte y el conocimiento sobre esta enfermedad y se empezaran a comprender por vez primera la verdadera dinámica epidemiológica y el enorme impacto social del padecimiento. En la transición entre Renacimiento y Edad Moderna Jean Johannes Astruc (1684-1766) se perfiló como el primer gran “tratadista” de las enfermedades venéreas, siendo la primera referencia importante en el estudio de la sífilis puntualmente citado por Francisco De Poincy médico tesista graduado de la ENM en 1883.⁴⁷⁰

Sin embargo, un reconocimiento más detallado, satisfactorio y racional de la sífilis infantil tuvo lugar hasta la fundación de hospitales especializados, lo cual se dio hasta a finales del siglo XVIII. De esta manera se pudieron llevar a cabo numerosas observaciones dado que “los materiales abundaban”.

A partir de ese momento el conocimiento sobre la sífilis infantil “hizo rápidos progresos” llegando a su apogeo con generaciones sucesivas de clínicos franceses representados por personajes como Dubois, Depaul, Desruelles, Gubler, Trousseau, Lassegue, Guillot y sobre todo Diday y Rollet que tuvieron una gran influencia en la medicina mexicana. La mayoría de ellos publicaron desde el primer tercio hasta finales del siglo XIX.⁴⁷¹

Como ejemplo de ello Raúl Hernández García (1936) nos comenta en su tesis la fundación de un hospicio para madres atacadas de sífilis en 1780 en París. En este lugar eran

⁴⁶⁹ Otra versión señala a Marcus Cumanus como el iniciador del uso del mercurio en la sífilis en 1495, Parada, Ernesto, (1927), *La heredosifilis y su tratamiento por los arsenicales*, México, tesis recepcional, documento mecanografiado, p.8; Hernández García, Raúl. (1936) *Indicaciones terapéuticas y tratamiento de la sífilis congénita del recién nacido*, tesis para su examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, sin indicaciones de imprenta, p.19.

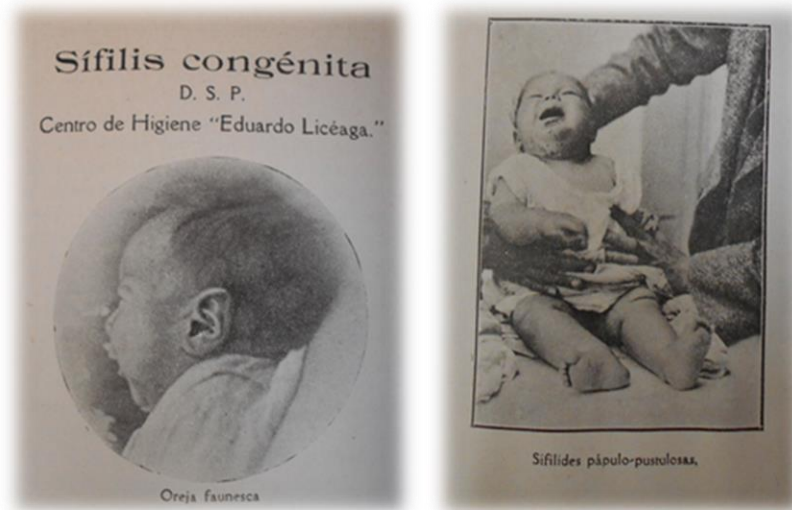
⁴⁷⁰ De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.11, Astruc, Jean-Johannes,(1684-1766) autor del primer gran “Tratado de las enfermedades venéreas en que después de haber explicado el origen, la propagación y la comunicación de estas enfermedades en general se trata de la naturaleza, de las causas y curación de cada una en particular”, traducido al español por D. Félix Galisteo y Xiorro, Madrid, Imp. De Pedro Marín, 4 vols., 1772; existe un ejemplar en la Colección José María Vigil, Biblioteca Nacional de México; una excelente biografía de este personaje puede consultarse en Janet Doe, "Jean Astruc (1694-1766): a biography and bibliography" en la revista especializada *Journal of the History of Medicine* vol. 15, (1960) pp.184-197.

⁴⁷¹ De Poincy (1883), *op.cit.*, p.11.

tratadas las madres y se hablaba de un 30% de curaciones por el método mercurial. Como veremos este tipo de metodología terapéutica se prolongó durante mucho tiempo. Incluyendo todo el siglo XIX y las primeras décadas del XX.

Dentro de los estudios racionales sobre la sífilis congénita efectuados durante el siglo XVIII destacan los efectuados por Joseph Raulin, (1708-1784) quien propuso por vez primera una “verdadera profilaxis de la heredo sífilis que buscaba curar a los niños antes de su fecundación y nacimiento. Se trataba de la aplicación de fricciones de mercurio a las madres, para curar a los niños por medio de la lactancia materna, una estrategia y práctica terapéutica a la que se le dio seguimiento en los siguientes dos siglos.

Sífilis congénita: un gran problema de salud para la infancia mexicana; DIAZ
COVARRUBIAS, A., (1923) *op.cit*, pp.50-51



“El azote más grande de la humanidad transmitiéndose de generación en generación,
como una maldición bíblica”

En el recuento histórico de lo que ha sido la sífilis congénita infantil, fue hasta el siglo XVIII cuando se consolidó su concepto y su práctica clínica con las investigaciones de Boerhaave, Astruc, Fabre, Levret, alcanzando mayor precisión con los trabajos de investigadores que estudiaron a mayor profundidad y detalle el tema ya en el siglo XIX como Diday, Kassovitz, Roger, Parrot, Sevestre y especialmente Fournier como se verá más adelante. También Rollet y Cazenave destacan como fuentes importantes para la medicina infantil mexicana en la primera mitad y mediados del siglo XIX. De la medicina anglosajona la mayor influencia que se observa en esta investigación fue la de Jonathan Hutchinson (1828-1913).⁴⁷²

4.3.2.1 La sífilis y su versión congénita e infantil: un gran problema de salud pública y social

En un contexto desprovisto de todo tipo de programas de desarrollo social, Manuel De Essesarte (1882) joven médico graduado y profesor de Farmacia en la ENM describe en su tesis un duro y difícil panorama para la mayoría de las futuras madres que formaban parte de la población de la Ciudad de México. Campeaba la ausencia de apoyo y solidaridad social, muchas de las futuras madres eran solteras y tenían que ganarse el sustento y el de sus futuros hijos desempeñando rudas y extenuantes labores en su estado gestante, como trabajadoras domésticas, costureras, lavanderas y molenderas entre otras. Una combinación de determinantes biológicas, sociales,

⁴⁷² La gran mayoría de los autores señalados por nuestros tesisistas representan un conjunto de fuentes de conocimientos bien conocidas y consultables en México. Presentamos una muestra del material historiográfico - bibliográfico en México en los diferentes acervos históricos:

Cazenave, Pierre-Louis Alphonse, (1795-1877), *Abrégé pratique des maladies de la peau*, París (“Compendio práctico de enfermedades de la piel”) : Labé, Libraire de la Faculté de Médecine, 1847, Rollet, Joseph, (1824-1894) *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis le chancre simple et la blennorrhagie et principes nouveaux d'hygiène de médecine legales et de thérapeutique appliqués a ces maladies* ; (“Investigaciones clínicas y experimentales sobre la sífilis, el chancro simple y la blenorragia; principios nuevos de higiene de medicina legal y de terapéutica aplicada a estas enfermedades”) París: Lefrancois, 1869 ; Diday, Paul, (1812-1894) *La pratique des maladies veneriennes* ; París (“La práctica de enfermedades venéreas”): Asselin, 1886; Diday, P., *Manual práctico de enfermedades venéreas*; traducido al castellano por D. Rafael Ulecia y Cardona; Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 1886; Acervo Histórico de la Academia Nacional de Medicina (México), en adelante ANM.]; Diday, P., *Le peril venerien dans les familles* (« El peligro venéreo en las familias »); París: Esselin, 1881, ; Lancereaux, E.,(1829-1910) *Traité historique et pratique de la syphilis*, Corbeil, 1866, Typ. De Creté., Existe un ejemplar en la Colección José María Vigil, Biblioteca Nacional de México; Boerhaave, Herman, (1668-1738) *Tratado de las enfermedades de los niños* / traducido al francés, de los Aphorismos de Boerhaave ; comentados por el Baron de Van-Swieten En Madrid : En la Imprenta de Benito Cano, 1787; Hutchinson, J., *A system of syphilis : In six volumes* / Ed. by D'Arcy Power and J. Keogh Murphy ; with an introd. by Jonathan Hutchinson; London : Hodder & Stoughton : Oxford University Press, 1908; Hutchinson, J., *La sífilis*; traducida del inglés por Alfredo opisso y vinas; Barcelona, (sin año).

económicas y culturales dentro de las cuales la sífilis jugaba un papel importante marcando vidas y destinos de una gran cantidad de mujeres capitalinas y de sus hijos.

El gremio médico consideraba a la sífilis como una enfermedad ampliamente extendida especialmente “en las grandes urbes de los pueblos civilizados” donde formaba parte de todo un conglomerado de graves problemas sociales que incidían en el frágil equilibrio del estado de salud de miles de mujeres embarazadas ocasionando su desdicha y la muerte de sus futuros hijos.⁴⁷³ Gustavo Ruíz Sandoval (1872) señalaba a su vez que en el fondo de la mayoría de los casos subyacía la “miseria de madres, embriaguez de padres, mala alimentación” así como “la peor manera de abrigarse de las intemperies”. El rudo trabajo desempeñado por muchas mujeres, especialmente en su estado gestante influía deletéreamente “sobre la concepción de productos débiles, deteriorados, mal nutridos” y pavimentaba el terreno para su muerte prematura.⁴⁷⁴

Se esgrimía una argumentación que presentaba a la sífilis como una de las grandes enfermedades de la época mostrando cómo el embarazo se convertía en una aventura llena de riesgos para muchas mujeres. La pobreza, el abandono social, la ausencia de protección legal, entre otras muchas agravantes, llenaba de incertidumbre el futuro de muchas mexicanas.

Durante el siglo XIX el Hospital de San Juan de Dios en la Ciudad de México –Hospital Morelos a partir de 1865– fue un escaparate que mostraba en toda su realidad el rostro descarnado de la sífilis en el entorno urbano. En él se internaba a las mujeres trabajadoras sexuales enfermas que se desempeñaban en la más absoluta clandestinidad y totalmente abandonadas por la sociedad y la medicina. El médico Gustavo Ruiz Sandoval quien se desempeñaba como médico tratante de estas enfermas en dicho nosocomio y expresa su opinión de la siguiente manera:

Son en lo general la última clase de la sociedad; son en extremo abandonadas y miserables, de aquí que viene que llegue en ellas el mal a los últimos periodos [...] que haya más probabilidad de contagio en ellas que en las prostitutas (*sic*) vigiladas [...] entre las prostitutas (*sic*) clandestinas únicamente es donde se ven casos en que hay alteraciones sifilíticas de los órganos, tan avanzadas que parece imposible que pudieran permanecer sin atenderse [...] debido a la extrema indolencia que caracteriza a estas

⁴⁷³ De Esesarte, M., (1882) *Estudio etiológico y estadístico sobre nacidos-muertos, formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad*”; tesis recepcional, México, Tipografía de Berrueco Hermanos, pp.10-15.

⁴⁷⁴ Ruíz Sandoval, G., (1872) *Estadística de mortalidad y sus relaciones con la higiene y la patología de la Capital*; México, Imprenta del Gobierno en Palacio, p.46.

mujeres permanecen no solo sin curarse sino lo que parece increíble, continúan usando del coito como si se encontraran en el estado más perfecto de salud.⁴⁷⁵

Una gran cantidad de trabajadoras sexuales enfermas de sífilis, muchas de las cuales “perteneían a la clase más ínfima de la sociedad” eran enviadas por sus explotadores a trabajar aun estando algunas de ellas gravemente enfermas. Otro de los grandes generadores del problema sanitario de la sífilis en México era, de acuerdo con la versión de los profesionales de la salud, la continua presencia, movimiento y estacionamiento de tropas militares.

Los cuarteles, en los cuales hasta el 75% de los soldados estaban contagiados del mal. La falta de seguimiento en el tratamiento, dentro del cuartel, y el continuado reclutamiento de nuevos elementos alimentaban el ciclo de la enfermedad. Por otra parte, la presencia de un contingente muy numeroso de “casas de asignación y de citas” que no contaban con “inspección médica” y supervisión complementaba el círculo vicioso que mantenía a los ojos del médico a la sífilis como uno de los grandes problemas de salud en el país.

Efectivamente, los diferentes conflictos bélicos vividos durante tantos años incluída la dinámica, el movimiento y estacionamiento de tropas y sus contingentes anexos, tuvieron como consecuencia la presencia y repunte de las enfermedades venéreas.⁴⁷⁶ La sífilis congénita era considerada una enfermedad que solía evocar opiniones encontradas en los polos extremos que iban desde las citas bíblicas hasta el elogio generado por las grandes expectativas puestas en los avances y desarrollos de la ciencia médica. “Verdadera plaga de la humanidad que hace pasar una vida de penalidades y sinsabores a aquel que la llega a contraer y arroja sobre su prole el anatema de la degradación física e intelectual.”⁴⁷⁷

Por su parte el tesista E. Parada apuntó “El azote más grande de la humanidad, la sífilis transmitiéndose de generación en generación como una maldición bíblica. Va dejando a su paso las huellas indelebles de un pasado. Los estigmas de la degeneración: triste legado para los hijos

⁴⁷⁵ *Ibidem*, p.78.

⁴⁷⁶ Méndez Luque, Gonzalo., (1903), *La ciudad de México a los ojos de la higiene*, México, Imprenta y Litografía de Miguel Yllanes Blanco, pp.66-67; Ruiz Sandoval, Gustavo., (1872), *op.cit.*, p.45. Los médicos Gustavo Ruiz Sandoval y Gonzalo Méndez Luque, nos presentan un panorama general de las enfermedades que privaban en la Ciudad de México en sus respectivas épocas. Sus textos nos permiten efectuar un análisis comparativo. Para ambos, (en una distancia de 30 años) la sífilis era uno de los grandes problemas de salud pública en la urbe y señalan con miradas diferentes hacia los grupos sociales más vulnerables y a partir de los cuales se propagaba la enfermedad: la prostitución “clandestina” y la milicia.

⁴⁷⁷ Ruiz Sandoval, G., (1872), *op. cit.*, p.79

que no tienen más culpa que la incuria de sus padres.”⁴⁷⁸ Años después, otro tesista, Moreno Aldama plasmó lo siguiente. “No es siempre la sífilis el justo castigo de los viciosos ni la marca de los pervertidos sino en muchas ocasiones el infernal castigo de los desdichados.”⁴⁷⁹



Hospital Morelos, 1925

“Son en lo general la última clase de la sociedad, en extremo abandonadas y miserables”

Colección de Agustín Casasola, en SILVA, C., Carlos Viesca, Martha Patricia Montero, *Historia de los servicios hospitalarios en México*, Ed. Clio, 2017, p.105.

⁴⁷⁸ Parada. E., (1927) *La heredosífilis y su tratamiento por los arsenicales*. (tesis mecanografiada), p.1.

⁴⁷⁹ Moreno Aldama, Miguel, (1906) *Breve resumen acerca de la terapéutica general de la sífilis*; tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia; Ex practicante del Hospital General; practicante del Consultorio Central de la Beneficencia Pública; México, Imprenta Americana, Calle Nueva SN, p.1.

Este conjunto de frases solía aplicarse a madres y niños víctimas de esta enfermedad e ilustra como visualizaban muchos médicos la “versión infantil” de la sífilis. Para el profesional de la medicina, la sífilis congénita representaba la expresión más trascendente, acabada o esencial del padecimiento debido a su impacto transgeneracional y a su “naturaleza degenerativa sobre la especie humana.”⁴⁸⁰ La sífilis “hereditaria” se había convertido a los ojos del médico en un problema social que trascendía al campo de la medicina y afectaba el mundo social, legislativo y pedagógico principalmente. Los niños que no morían durante el embarazo, que nacían aparentemente sanos formaban parte de un grupo focal de la niñez muy importante para las ciencias de la salud porque se convertían en “vectores de la enfermedad” y eran objeto de múltiples “precauciones, vigilancia y profilaxis social.”⁴⁸¹

En el terreno de la historia cultural y social de la sífilis en México, destacan las investigaciones de Lourdes Márquez Morfín, quien analizó varios grupos de osamentas de distintas épocas, edades y grupos sociales extraídas del subsuelo de diferentes escenarios históricos: Hospital de San Juan de Dios, Hospital Real de los Naturales, Convento de Santa Isabel (ubicado en el predio de lo que hoy es el Palacio de Bellas Artes) y del Sagrario Metropolitano. Sus hallazgos demostraron una amplia dispersión de esta enfermedad en todos los sectores de la sociedad. Los niños que murieron de sífilis a través de los años son un sector “invisible” ya que la mayoría de ellos lo hicieron como “vidas truncadas” (abortos) y otros más, sin dejar rastros en sus huesos (única señal perdurable de la enfermedad). Quedó demostrado que la sífilis no era privativa solamente de determinados grupos marcados por el estigma, sino un mal endémico distribuido en amplias capas sociales.⁴⁸²

⁴⁸⁰ Robles, Rodolfo, (1921), *Breves consideraciones sobre el diagnóstico de la sífilis hereditaria*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia que presenta el alumno... México, DF, Imprenta de Pedro Núñez Cabral, 2ª de Soto, 34. La gran cantidad de casos atendidos en los servicios médicos de la policía de la ciudad de alguna manera atestiguaban diariamente el gran número de “fetos heredo sifilíticos en diversas etapas de su desarrollo intrauterino” así como la presencia de “cadáveres de niños que vinieron al mundo lacrados por la sífilis de sus padres” que eran examinados por los médicos de la comisarias, en su trabajo cotidiano. Palabras dirigidas a los “Honorables Miembros del Jurado”, p.1.

⁴⁸¹ Parada, E. (1927), *op. cit.*, p. 1.

⁴⁸² Márquez Morfín, Lourdes. (2015) “La sífilis y su carácter endémico en la Ciudad de México”, *Historia Mexicana*, El Colegio de México, volumen 64; núm.3, enero-marzo, 2015, pp. 1099-1161; Márquez Morfín, L. (2016), María Viridiana Sosa Márquez; “Mortalidad de niños y sífilis congénita en la Ciudad de México en 1915”; *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 31, núm. 1 (91), 2016, pp. 177-206

Los últimos decenios del siglo XIX y las primeras décadas del XX constituyeron años de extensas investigaciones y descubrimientos, “una nueva era en los anales de esta importante rama de la ciencia” la sifilografía: una pléyade de científicos e investigadores en el campo de la salud, participaron y enriquecieron conocimientos y prácticas con nuevos avances y descubrimientos.⁴⁸³

Sin embargo, a pesar de ello y de ser considerado un gran problema de salud pública e individual de la época, no eran pocos los médicos que aún desconocían los últimos avances en el tratamiento de este mal, especialmente en lo relacionado con el área materno infantil. Este factor aunado al “secreto médico” practicado por muchos facultativos –dadas las características “vergonzantes” de la enfermedad– favorecía que las madres enfermas y sus hijos afectados llegaran finalmente a manos de los más experimentados habiendo avanzado ya en forma importante su padecimiento, manifestando las “taras ya producidas en sus organismos”, víctimas de tratamientos equivocados o rebasados por el tiempo.⁴⁸⁴

Ciertamente la llamada “heredosífilis” no era un problema privativo de México. Tenía una presencia universal especialmente en aquellos nichos sociales donde campeaban segregación, miseria y abandono. Aun en nosocomios prestigiosos como el Hospital Johns Hopkins de Baltimore en Estados Unidos, el 26.5 % de mujeres atendidas que perdieron a sus bebés lo hicieron debido a la sífilis. El 35% de estas desafortunadas madres eran de raza afroamericana contra el 14% de proporción de enfermas de origen caucásico.⁴⁸⁵

También en México la sífilis contribuía a un enorme número de abortos y de nacimientos prematuros que se presentaban cada año, así como a “un gran contingente a la mortalidad infantil”. “Niños débiles, faltos de desarrollo”. No solo importaban las diferentes etapas de la gestación y el periodo neonatal de los infantes, sino estaría también en juego el crecimiento y desarrollo físico e intelectual integral de toda la vida infantil en su conjunto. Dentro del nuevo perfil especializado exigido al médico dedicado a los cuidados de la infancia, estaba el conocer y

⁴⁸³ Erich Hoffmann (1868-1959), investigador alemán, nacido en Pomerania, descubrió junto con Fritz Schaudinn (1871-1906) en el Hospital de la Caridad de la ciudad de Berlín en 1905 el germen responsable de la sífilis: una bacteria en forma de espiral -una “espiroqueta”- denominada *Treponema pallidum*, la cual se aisló por vez primera de los órganos genitales de una mujer enferma de sífilis. Su descubrimiento fue documentado en la revista alemana denominada *Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamtes* (“Trabajos del Departamento de Salud Imperial”) vol.22 páginas 527-534 el año de 1905.

⁴⁸⁴ Moreno Aldama, M., (1906) *op.cit.* p. 3, pp.9-10.

⁴⁸⁵ Díaz Covarrubias, Abel. (1923) *Algunos aspectos de la puericultura*, tesis que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta el alumno... México, Imprenta Franco-Mexicana.p.39

dominar muy bien la fisiología no solo del embarazo sino también del crecimiento y desarrollo infantil, así como los secretos del desarrollo psicomotriz de los pequeños para cuidar mejor y asegurar el futuro de madres y niños.

Detectar las “noxas” deletéreas como la sífilis y tratarlas con oportunidad adquirió un nuevo sentido especialmente en el contexto político, económico y social que se vivió en el país para afrontar las nefastas consecuencias del Porfiriato y la Revolución mexicana especialmente a partir de la década de 1920. El origen social y el perfil laboral de las futuras madres se fueron configurando como temas importantes para el médico: salud gestacional de futuras madres y estado nutricional, así como la fortaleza de sus niños al nacer. Obreras, trabajadoras domésticas, costureras, dependientas de tiendas, junto con otras trabajadoras manuales y sus hijos, conformaron una base vulnerable y entraron en proyectos del Estado “protector”. En este contexto, la sífilis, adquirió un papel fundamental como prioridad profiláctica y de acción terapéutica.⁴⁸⁶

4.3.2.2 Patogenia y vías de contagio de la enfermedad

La sífilis tenía una gran versatilidad para afectar a los niños. Lo podía hacer contagiando a la futura madre durante el embarazo, afectando a los niños directamente o bien a través de su vertiente “constitucional”, erigiéndose en el “germen” que el hijo heredaba “no solo de la madre sino del padre también”. Con este tipo de argumentación el médico explicaba la razón por la que muchos niños aun estando enfermos, no manifestaban durante su nacimiento y aun en sus primeras semanas de vida síntomas de la enfermedad hasta que ésta “atacaba” intempestiva y bruscamente el cuerpo infantil a partir del mes de vida. Esta naturaleza “traicionera y engañosa” del padecimiento, impulsaba al médico a echar mano de todas sus habilidades de observación y a conocer con mayor detalle a la familia y sus antecedentes.⁴⁸⁷

⁴⁸⁶ El profesor Isidro Espinosa de Los Reyes, fundador de la Sociedad Mexicana de Puericultura y de la red de Centros de Higiene Infantil en la ciudad de México, en su ponencia en el Primer Congreso Mexicano del Niño en 1921, enfatizó ante la concurrencia el problema de la “heredo-lúes” con sus 50% de abortos, 38% de muertes al nacer; comentó los medios y recursos disponibles tan reducidos en el México de esa época para resolver el problema. Un objetivo fundamental en los cuidados del embarazo, sobre todo en esa época era la detección de factores nocivos como la sífilis y la preparación para la futura lactancia. Espinosa de los Reyes, I., “Apuntes sobre puericultura intra-uterina”, Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño, enero de 1921, pp.29-33; editado y publicado por *El Universal*; Castillo Vivas, José, (1920) “Algunas consideraciones sobre puericultura pre-natal y durante el primer año de vida”; tesis para obtener el grado, p.15, 19, 21, 55.

⁴⁸⁷ Herrera, Mariano (1881) *Algunas consideraciones sobre pediátrica*; tesis inaugural, p.29.

Durante la primera mitad del siglo XIX dos clínicos franceses muy experimentados en el tema eran muy reconocidos en México: Auguste Cullerier y Philippe Ricord. Más tarde su trabajo fue continuado y desarrollado por su discípulo Alfred Fournier. Las formas “hereditarias” o “constitucionales” de la sífilis estaban aún en etapa de reconocimiento y debate y no se conocía aun plenamente su modo de transmisión. Sin embargo, Cullerier pensaba que el niño no podía ser sifilítico si la madre no padecía la infección. Esta era una opinión muy generalizada también en México.⁴⁸⁸

En este gran debate sobre la manera en que los niños adquirían la sífilis estando en el vientre materno participaron también connotados clínicos involucrados en el área de la medicina infantil como Trousseau y Valleix entre otros notables. Se admitía la transmisión de la enfermedad al niño a partir de un padre enfermo sin que necesariamente tuviera lesiones al momento de la procreación, estando la madre enteramente sana. Valleix pensaba que si el progenitor recibía tratamiento antes de la concepción “se podía modificar ventajosamente la predisposición al germen” y evitarle la enfermedad al niño.⁴⁸⁹

Se debatía también la posibilidad de que los niños adquirieran la enfermedad por la leche infectada de su madre o su nodriza. De acuerdo con esta idea la lactancia sería una vía para la adquisición de una sífilis infantil. Algunos autores como Bertín sostenían esta hipótesis, pero otros la ponían en duda como Cullerier y Duges. Es interesante señalar al respecto que las nodrizas enfermas cuando eran tratadas del mal, “llevaban al mismo tiempo el veneno y el antídoto” por lo que el niño seguía siendo amamantado pues proporcionaban un cierto margen de seguridad. De hecho, una vía que se pensaba segura para tratar la sífilis infantil era la indirecta,

⁴⁸⁸ Cullerier, Auguste (1805-1874) *Recherches pratiques sur la therapeutique de la syphilis*, Trinquart, libraire, 1836 (“Investigaciones practicas sobre la terapéutica de la sífilis”; *Precis iconographique des maladies veneriennes*, 1856, (“Compendio iconográfico de enfermedades venéreas”); Ricord, Philippe. , *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis : Communications a l'Academie Nationale de Medecine* París: (“De la sifilización y el contagio de los accidentes secundarios de la sífilis ; comunicaciones a la Academia Nacional de Medicina” Chez J. B. Bailliere, 1853.) ; Otra obra muy interesante es la del autor austriaco Swediaur que nos ofrece un buen panorama médico sobre la sífilis a finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX: Swediaur, Franz, (1748-1824), *Traité complet sur les symptomes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques*; “Tratado completo de los síntomas, efectos, naturaleza y verdadero método de curación de las enfermedades sifilíticas”; traducido de la quinta edición francesa, con notas y adiciones, por Don Bartolomé Colomar; Madrid : En la Imprenta de Repullés, 1807-1808.

⁴⁸⁹Sallé, Víctor (1870) *De la sífilis congenital y hereditaria*, tesis inaugural, México, Imprenta de Ignacio Cumplido, calle de Los Rebeldes núm.2, pp.6-7; Trousseau, Armand (1801-1867), *Clinique medicale de l'Hotel - Dieu de Paris*, París: J. B. Bailliere, 1861; Edición de 1865 , 1868, 1873, Valleix, François-Louis Isidore, (1807-1855), *Clinique des maladies des enfants nouveaunes*; (« Clinica de los niños recién nacidos ») París, J.B., Bailliere, 1858.

administrando el medicamento a la nodriza, algo impensable de acuerdo con la ética médica de la actualidad.⁴⁹⁰

Cuando el médico Francisco De Poincy (1883) escribió su tesis universitaria era casi irrefutable la idea del contagio de la enfermedad a los niños, por la vía de la vacuna contaminada. “Una vacuna tomada de un niño sifilítico puede dar la *verola*”. Se pensaba que si la lanceta con la que se puncionaba al niño estaba contaminada con sangre mezclada con el material purulento vaccínifero de un enfermo podía contagiar la enfermedad. También existía el temor de que más que una “pústula vacunal” se tratase en realidad de “una pústula sifilítica desarrollada sobre la picadura inoculatriz” convirtiéndose entonces en una fuente de sífilis. Otros estudiosos de la enfermedad se preguntaban de la posible existencia de una “transmutación” de virus vacuno a un virus sifilítico al entrar en contacto con un organismo previamente infectado, generalmente un niño enfermo de “heredo sífilis”.

El contagio se efectuaba por lo general en las vacunaciones brazo a brazo como se acostumbraba en la época. También había posibilidades de infección a través de linfa vacunal contenida en tubos. Además, se concebían otras vías de contagio a los niños neonatos como lo era a través de un beso de sus nodrizas o por medio de instrumentos y objetos como cucharas.⁴⁹¹ Se aceptaba que los casos más graves, generadores de abortos eran adquiridos tempranamente, sífilis fetal, en el óvulo o embrión.

El papel del varón como pareja sexual o cónyuge infectante estaba en la mesa de la discusión médica desde finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX: ¿Se requería necesariamente de una lesión infectante activa, chancro, o podía ser transmisor estando su lesión ya cicatrizada? ¿El líquido seminal paterno enfermo bastaba para infectar al ovulo materno? Efectivamente. Había casos de niños con la enfermedad, cuyas madres estaban libres de síntomas y signos de sífilis. Sin embargo, los padres tenían el antecedente de una infección ya cicatrizada.

⁴⁹⁰ De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.40, pp.46-47.

⁴⁹¹Se generó toda una controversia entre los profesionales de la medicina que defendían la vacuna brazo-brazo (“humanizada”) postura representada por Luis Muñoz, conservador de la vacuna, y aquellos que pugnaban por el uso de la vacuna “animal” encabezados por el médico Ángel Iglesias. Véase a Márquez Morfín, L., *op.cit.*, 2015, pp.1144-1150; De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.15; Salazar, Samuel, M. (1901) *Breves consideraciones sobre la sífilis hereditaria*; México, tesis recepcional, Tipografía A.L. Parra, sucursales, Escalerillas 2, p.6.

Este asunto podía ser una clave para explicar la gran frecuencia de la sífilis en esa época. Un varón infectante que ignorara estar infectado o ser un agente activo en el padecimiento.⁴⁹²

Francisco de Poincy habla en su tesis sobre las “características constitucionales” de la sífilis; es decir de su predisposición a afectar el temperamento y el vigor corporal de los niños y favorecer alteraciones “escrofuloides” en niños débiles y enfermizos. Establece la diferencia entre una enfermedad “constitucional” y una orgánica bien definida, como lo era la sífilis. La primera sería una predisposición y la segunda una enfermedad en toda forma y demostrable objetivamente. Las “enfermedades constitucionales” podían coexistir con las orgánicas, pero “nunca sustituirse la una a la otra”.

Se trata de un asunto muy interesante en el sentido de que se podría hablar de enfermedades culturales, producto de formas de pensar, concebir y apropiar conceptos y aplicarlos a situaciones determinadas; usos y costumbres, percepciones y maneras de representar ideas, imaginarios y aplicarlos a una sociedad determinada y sus diferentes grupos conformantes. En este caso podría hablarse de una enfermedad “constitucional”, es decir escrofulosis, estado pre tuberculoso, y cómo a partir de la presencia cercana de “verdaderas” enfermedades, llámense tuberculosis o sífilis, que podían ser reales en el contorno presente, pasado o posible futuro de un niño, podía construirse toda una patología infantil. Un escenario patológico que buscaba fundamentarse y justificarse.

Los médicos no solo aceptaban este tipo de construcciones y dispositivos, sino que los abastecían de signos y síntomas que les dieran un significado y un sentido real. ¿La escrofulosis era una verdadera enfermedad o una construcción enteramente cultural? Se entraba en “una vía de hipótesis en donde la imaginación no podía ya detenerse.”⁴⁹³

Un ejemplo de esto era la llamada “distrofia de Fournier” –descrita originalmente por este clínico francés– considerada de origen sifilítico por vía “constitucional” originada en los padres del niño afectado. Vemos aquí que en la década de 1920 en México a pesar de existir ya

⁴⁹² Finger, Ernest, *La syphilis et les maladies veneriennes*, (“La sífilis y las enfermedades venéreas”) Paris: F. Alcan, 1909, edición de 1895 ; traducción de la 3ª edición alemana; Nobecourt, Pierre, (1871-1943) *Precis de medecine infantile*, (“Compendio de medicina infantil”) París: Masson, 1907; *Precis de medecine des enfants*, (“Compendio de medicina de los niños”) Edición de 1920, Paris, Masson; Edición de 1926. El profesor Pierre-Alexandre Nobecourt (1875-1943) fue un autor muy popular en la medicina pediátrica mexicana a partir de la década de 1920. El impacto que tuvo su obra en la formación de los pediatras mexicanos de la época quedó manifestado cuando el mes de julio de 1932 fue nombrado miembro honorario de la Sociedad Mexicana de Puericultura. *Revista Mexicana de Puericultura*, tomo II, 1931-1932, pp.413-415.

⁴⁹³ De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.21.

bases y fundamentos microbiológicos de la enfermedad aún se mantenía la posibilidad de una vía constitucional en la transmisión vertical de la enfermedad de padres a hijos. “El niño hereda la distrofia que Fournier llamaba “parasifilítica” y que no es de naturaleza específica pero sí de origen sifilítico [...] resultante del estado constitucional que determinó en los padres la sífilis.”⁴⁹⁴ No se trataba del caso de una enfermedad real sino de una predisposición profunda abastecida de signos y síntomas, pero para la cual no se tenía una explicación racional.

El tesista Ernesto Parada en 1927 explica en su tesis que el concepto anterior era una categoría adyacente a las clasificaciones clínicas de la sífilis infantil, pero no formaban parte de su corte o cortejo clínico y patológico directamente. Se trataba de enfermedades infantiles cuyo origen era asignado o asociado a la sífilis. De esta manera se explicaban algunas insuficiencias endocrinas que afectaban el crecimiento y desarrollo de los niños y que se pensaba eran transmitidos hereditariamente a generaciones venideras. Una vertiente importante de los trastornos del crecimiento que experimentaban los niños de esas épocas era explicada o comprendida de esta manera por la medicina.⁴⁹⁵

En forma muy semejante a lo que se concebía en el caso de la tuberculosis, el germen sifilítico “quedaba adormecido” en los “focos esclerosos” formados en el organismo en espera de despertar por un “nuevo proceso ya sea tóxico o infeccioso” atribuido a la sífilis hereditaria tardía. Una curiosa concepción de “herencia biológica”, pero con bases culturales alusivas a imaginarios y a representaciones sociales. La constitución de los niños vista como un terreno o espacio biológico, psicógeno y social susceptible de ser transmitido a generaciones venideras. Tal era la naturaleza infantil que se les asignaba a algunas enfermedades “diatésicas” como la tuberculosis y la sífilis.⁴⁹⁶

Como corolario, ya finales de la década de 1930 el pensamiento médico concebía una patogenia de la sífilis congénita más cercana a la de la actualidad. El germen de la sífilis atacaba el organismo de una futura madre, a partir de una lesión primaria siempre procedente de su pareja sexual, se difundía por su sangre a todo su cuerpo, periodo secundario de la sífilis, infectando a su hijo a través de su placenta. Si el contagio era paralelo con el comienzo de la

⁴⁹⁴ Robles, Rodolfo, (1921), *Breves consideraciones sobre el diagnóstico de la sífilis hereditaria*, prueba escrita para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia que presenta el alumno... México, DF, Imprenta de Pedro Núñez Cabral, 2ª de Soto, núm.34, p.13.; Fournier, Alfred, *Les affections parasiphilitiques*, París: Rueff, 1894.

⁴⁹⁵ Parada, E., (1927), *op.cit.*, p.1.

⁴⁹⁶ *Ibidem*, p.1.

gestación condenaba al “huevo” infectado a una muerte segura y rápida por aborto y los médicos se explicaban de esta forma porqué tantos embarazos terminaban sin llegar a un parto.

O bien éste podía extender un poco más su vida, terminando con mucha frecuencia en un parto prematuro con una enorme mortalidad. Si el contagio se llevaba a cabo en las últimas etapas del embarazo todo apuntaba a una sífilis “hereditaria” con todo su cortejo sintomático en los primeros meses de la vida del futuro lactante. Las tres versiones de contagio eran conocidas por los médicos como sífilis ovular, correspondiente a las primeras horas de la fecundación, embrionaria, a los primeros meses y fetal en el último trimestre.⁴⁹⁷

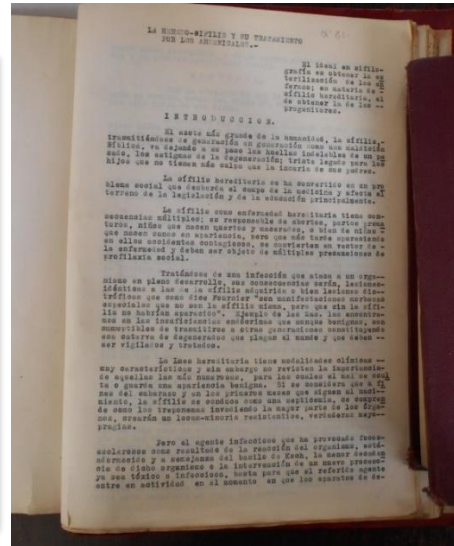
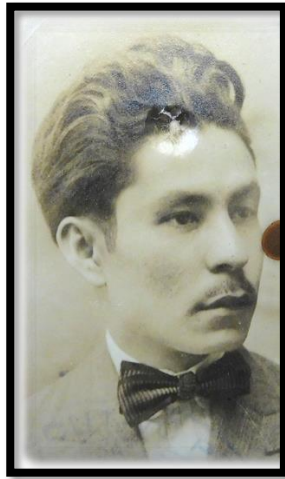
4.3.2.3 Diagnóstico: cortejo de síntomas y signos; tipos de lesiones. Evolución y pronóstico.

En muchas ocasiones la naturaleza “insidiosa” de este padecimiento desviaba con frecuencia la atención del facultativo hacia otras enfermedades, viéndose retrasados diagnóstico y tratamiento. “Dejando hacer progresos a un mal que tal vez en su principio se hubiera hecho retroceder”. Las erupciones tan frecuentes y muchas veces “inocentes” en los niños no siempre eran consideradas como específicas de la sífilis por los galenos que se veían burlados en muchas ocasiones por esta enfermedad.

Sin embargo, la necesidad de efectuar un diagnóstico diferencial con otros padecimientos era prioritaria y clave en este padecimiento. El médico sabía que algunas lesiones como las “placas mucosas del ano, de la vulva, de la garganta, eran casi inseparables de las erupciones sífilíticas” como enseñaban los grandes expertos de la clínica francesa como Philippe Ricord. De hecho, durante largo tiempo la lesión inicial y característica de la sífilis llevó su nombre, “el chancro de Ricord”.⁴⁹⁸

⁴⁹⁷ Hernández García, Raúl, (1936) *Indicaciones terapéuticas y tratamiento de la sífilis congénita del recién nacido*; tesis de examen profesional de Medicina, Cirugía y Obstetricia. ENM, sin indicación de Casa editorial, p.29.

⁴⁹⁸ Ricord, Philippe (1800-1889) *Leçons sur le chancre*, París: A. Delahaye, 1860; Herrera, Mariano (1881), *op.cit*, pp.30-31.



DR. ERNESTO PARADA (1927) *La heredo-sifilis y su tratamiento por los arsenicales*; texto mecanografiado.

Originario de Huamantla, Tlaxcala, fueron sus padres D. Antonio Parada y Dña. María de Jesús Carrillo. Ingresó a la ENM en febrero de 1919, terminando la carrera el 7 de junio de 1927. Presentó exitosamente su examen de grado el 16 de junio de 1927. Sus sinodales fueron los profesores Juan B. Hernández, Francisco C. Canale, Carlos A. Franco, Joaquín García Rendón, Francisco de Paula Miranda y Luís Gutierrez. El día 19 de febrero de 1924, fue exonerado de su colegiatura por razones de economía familiar. Como información adicional, laboró como fotógrafo del Manicomio General de la Castañeda a partir del 1 de febrero de 1921 y desde octubre de 1924, se desempeñó como médico practicante del servicio médico del Colegio Militar. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes Alumnos, expediente núm. 13147]

Los testimonios de los médicos Víctor Salle (1870), Francisco De Poincy (1883) y Mariano Herrera (1881) nos ofrecen descripciones muy ricas de la enfermedad, especialmente durante el último cuarto del siglo XIX. Predominaba el polimorfismo y la variabilidad de las lesiones en los niños pequeños, especialmente en hígado, pulmones y cerebro y en los huesos, así como las “sifilides” que conformaban el gran repertorio expresivo de la enfermedad en la piel infantil. Glúteos, genitales, ombligo, pliegues de los miembros y muy especialmente en las palmas de las manos y plantas de los pequeños pies de los niños, el “pénfigo sifilítico” que muchos consideraban específico de la sífilis infantil. Se describe una gran versatilidad de lesiones: úlceras, pústulas, placas, eritemas, grietas, “vesículas que se multiplican y ulceran [...] coloradas, lívidas, cobrizas [...] infiltraciones plásticas o supuraciones viciadas” o uñas que segregaban un “pus verdoso mal ligado y fétido.”⁴⁹⁹

El pénfigo sifilítico no respetaba estados de nutrición ni clases sociales; “se presentaba en niños bien desarrollados o en aquellos débiles y flacos, nacidos antes de tiempo” pero por lo general, en todos ellos, “la muerte no tardaba en seguir a su aparición” efectivamente, la detección de un pénfigo en un recién nacido era de mal pronóstico, ya que el médico sabía que estaba cercana la muerte del pequeño. Muchos niños nacían aparentemente sanos y libres de lesiones, pero a partir de la segunda semana de vida estas hacían su aparición en el cuerpo infantil. Se sabía que la versión infantil de la sífilis se caracterizaba por su mayor agresividad, su más rápida evolución, mayor letalidad y “mayor fecundidad en lesiones viscerales.”⁵⁰⁰ Las “placas mucosas” podían considerarse como engañosas y se requería de mucha objetividad, capacidad de juicio y experiencia para hacer un diagnóstico precoz y oportuno en todo niño enfermo. Eran raros los pacientes que llenaban todos los requisitos diagnósticos de primera intención.

Aquí se puede observar la necesidad sentida y que subyacía a los comentarios vertidos por los médicos, relacionados con la necesidad de recibir un entrenamiento médico más intensivo que contemplara el estudio de grandes series de casos clínicos. El tesista Francisco De Poincy

⁴⁹⁹ Sifílido: erupción cutánea debida a sífilis (Webster Dictionary), Dermatitis originada o sostenida por la sífilis; Alonso, Martín, Enciclopedia del Idioma; *Diccionario Histórico y Moderno de la lengua española, siglos XII al XX*; tomo III (N-Z), Editorial Aguilar, México, 1991 3ª reimpresión, 1ª edición en 1947 en Madrid, p.3771.

⁵⁰⁰ Sallé, V. (1870), *op.cit.*, p. 11, 13, 14; Diday, Paul (1812-1894); *La pratique des maladies veneriennes*, Paris, Asselin, 1894.

(1883) habiendo sido formado en la red de hospitales de París, discípulo de Roger, pediatra francés muy prestigioso creador y difusor de la escuela clínica pediátrica en el sistema hospitalario parisino conocía bien este requerimiento.

En el transcurso del siglo XIX proliferaron las investigaciones anatomo patológicas sobre los órganos enfermos de los niños afectados de sífilis. Se describen lesiones múltiples afectando órganos diversos como pulmones, hígado, entre muchas otras, descritas por varios autores como Gubler, Trousseau, Cullerier, Heurteloup. Las descripciones de la fisonomía del cuerpo infantil tuvieron un lugar muy especial en la práctica de la clínica infantil ejercida durante el siglo XIX y en su aplicación al campo del estudio de la sífilis fue fundamental. Existen descripciones muy antiguas del aspecto con el que se veía a los niños que nacían con sífilis. Desde los niños “medio cocidos” (*videntus semi coctis*) de Falopio hasta los “pequeños viejos” en los relatos clínicos del siglo XIX.

Las pequeñas caras de los niños con un tono terroso especial dando el aspecto de haber pasado sobre la piel “bagazo de café” u hollín. No se le encontraba en ninguna otra enfermedad de la niñez. Las facciones arrugadas, los ojos “profundamente excavados”, los tejidos descoloridos, las “salientes huesosas realzadas” el niño enflaquecido parecía “un pequeño esqueleto vivo”.⁵⁰¹ “Decrepitud en miniatura [...] con la piel amarillenta, arrugada, enflaquecimiento intenso, ojos hundidos [...] fisuras en los labios, succión débil, diarrea profusa y fétida, un cuadro que en su tono clásico se describía como maligno.”⁵⁰²

El “coriza” era el síntoma más frecuentemente observado en los niños atendidos en el Hospital de Maternidad e Infancia en la ciudad de México. Se describía como “costras amarillas, morenas acompañadas de escurrimiento sero purulento mezclado con sangre” que salía de los pequeños orificios de la nariz de los niños enfermos. Pronto el esfuerzo para respirar del niño devenía en ruptura de vasos y se mezclaba la serosidad con sangre. En ocasiones las costras que se formaban se caían y llegaban a quedar los huesos desnudos; la nariz se aplastaba con su parte superior extendida lo que daba lugar a una imagen o un aspecto de la cara característico.

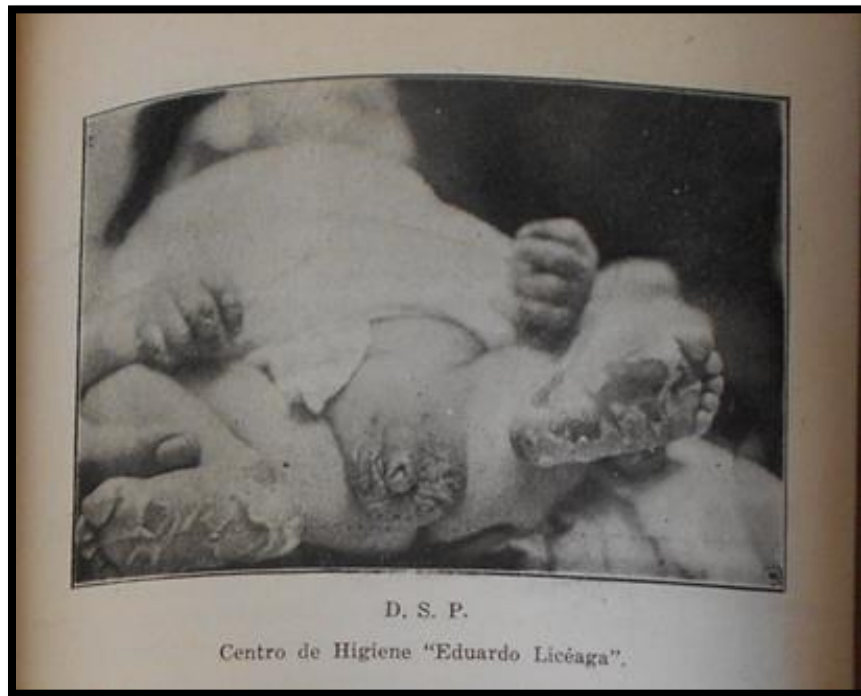
Vale la pena añadir que el estudio de las lesiones ocurridas en los huesos infantiles, ha tenido un lugar especial a través del tiempo. Anteriormente se pensaba que las lesiones en el sistema óseo

⁵⁰¹ De Poincy, F, (1883), *op.cit.*, pp.25-26.

⁵⁰² *Ibidem*, p.25 ; Robles, R., (1921) *op.cit.*, pp.19-20 ; Diday, Paul (1812-1894), *La pratique des maladies veneriennes*, Paris, Asselin, 1894.

ahora descritas como consecuentes a sífilis infantil eran debidas a raquitismo. Las observaciones descritas por Parrot demostraron participación luética en huesos largos, clavículas, metacarpianos, metatarsianos y vértebras, siendo las lesiones por lo general simétricas. Las lesiones “osteofíticas” amarillo “paja”, duras, densas y gruesas en los huesos, por debajo de la membrana perióstica de los huesos infantiles, les ocasionaba a los pequeños un dolor muy característico que despertó el interés de la medicina. El llamado “grito sifilítico” desesperante y continuo que manifestaban los niños por las noches era en no pocos casos la única expresión de su dolor y sufrimiento por la enfermedad que permitía al facultativo, el diagnóstico ante la falta de otras evidencias en muchos casos.⁵⁰³

⁵⁰³ Las características del llanto y el grito de los niños fueron estudiadas detalladamente por los clínicos del siglo XIX. La importancia clínica del grito y el llanto de los niños era reconocida desde la antigüedad e incorporada a la metodología clínica por autores como Bouchut y Billard (1839). En el horizonte clínico los componentes inspiratorio y espiratorio del grito sufren variaciones diversas en su duración, tono, timbre, calidad: corto, largo, sofocado, “penoso”, entrecortado, agudo, sonoro, velado, “trémulo” que corresponderían de acuerdo con diversas observaciones médicas con diferentes condiciones patológicas (neumonías, bronquitis, traqueítis, laringitis; muy especialmente en la sífilis congénita-infantil, etc). Lo que ahora tal vez nos resultaría algo redundante y poco práctico, para los años que estamos analizando era un asunto fundamental y debatido; Billard, Charles-Michel (1800-1832) *Traite de maladies des enfants maladies des enfants faites a l'hospital des enfants-trouves de Paris*, 1837; Bouchut, Eugene (1818-1891) *Manuel pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants a la mamelle*, Paris, J.B. Bailliere, 1845; Filatow, A. Nil, *Diagnostic et semiologie des maladies de l'enfance*, Paris, Ruegff, 1898, traducción al francés de E. Perier, de la 4ª edición rusa. ; Baginsky, Adolf, *Traite des maladies des enfants*, París: G. steinheil, 1892.



El Pénfigo sifilítico

“El médico sabía que estaba cercana la muerte del pequeño”; DR. ABEL DIAZ COVARRUBIAS (1923) *Algunos aspectos de la puericultura*, p. 47.

Las lesiones óseas de la sífilis en los niños fueron estudiadas microscópicamente por una multitud de autores, como Cornil y Parrot, encontrando sobre todo en los huesos largos de la tibia y el húmero lesiones especialmente localizadas en las epífisis cartilaginosas infantiles, lo que explicaba la detención del crecimiento y los intensos dolores en los huesos que manifestaban los niños afectados. Los “despegamientos” epfisiarios revelaban como hallazgos clínicos tumefacción, inmovilidad y dolor, especialmente con los movimientos. Hallazgos semejantes fueron presentados, con tres observaciones principales, por el pediatra mexicano Santiago Ramírez a la Academia Nacional de Medicina.⁵⁰⁴

El médico Rodolfo Robles (1921) consideraba que el padecimiento en el cual adquiría una mayor importancia el estudio del grito infantil era en las formas larvadas, difíciles de diagnosticar, de sífilis hereditaria. Este signo clínico podía asociarse a un incremento de los movimientos de predominio nocturno constante o tenaz; y a una pérdida o detención en el peso del niño que despertaba la sospecha en la década de 1920 de una sífilis infantil. En estos casos la aplicación de fricciones mercuriales se indicaba como tratamiento de prueba ante la falta de otros elementos clínicos.⁵⁰⁵

En los estudios patológicos el tejido “esponjoso” de los huesos infantiles se describía con atrofia de tipo “gelatiniforme” que se pensaba era la causa de la denominada “pseudo” parálisis sifilítica en los niños neonatos. Las lesiones encontradas por Parrot en sus diferentes grados de desarrollo son detalladamente descritas por el autor de la tesis. Este tipo de patología tenía un particular interés ya que afectaba un área estratégica del crecimiento y desarrollo de los niños como era su desarrollo osteo muscular y esquelético. En las áreas afectadas y descritas se encontraban tejido “esponjoso” involucrando el proceso de calcificación del hueso que ulteriormente afectaba la forma de los huesos, su densidad, su estructura y finalmente se veía alterada la armonía en el crecimiento y desarrollo de los niños. “Los pequeños niños afectados

⁵⁰⁴ Robles, R., (1921) *op.cit.*, p.47; Ramirez, Santiago. “El grito sifilítico”, *Gaceta Médica de México*, (1920) 1:474; Cornil, Víctor (1837-1908) *Manuel d'histologie pathologique* par V. Cornil et L. Ranvier, París: F. Alcan, 1901-1912.

⁵⁰⁵ Sisto, Genaro, *Conferences de pathologie infantile* París: O. Doin, 1914. El Signo del “grito sifilítico”, llevaba el nombre de este clínico argentino que dio algunas conferencias sobre el tema en la Ciudad de México; Mismo autor, *Les cris chez les nourrissons et la syphilis hereditaire*; tr. française d'après le manuscrit original par L. Francoz; avec pref. de Comby; París: O. Doin, 1910 (“Los gritos de los niños lactantes en la sífilis hereditaria”); traducción al francés del manuscrito original por L. Francoz con un preludio del profesor Jules Comby; Robles, R.,(1921), *op.cit.*, p.47-50.

lanzan gritos plañideros y repetidos. Presentan una alteración profunda de las facciones y perturbaciones gastro-intestinales; vomitan y tienen diarrea o una constipación insólita.”⁵⁰⁶

El diagnóstico de la enfermedad en esas épocas a pesar de caracterizarse por lesiones muy objetivas e identificables no era tan fácil. Las “placas mucosas” y las erupciones cutáneas podían considerarse como engañosas y los médicos consideraban que se requería de mucha objetividad, capacidad de juicio y experiencia para hacer un diagnóstico precoz y oportuno en todo niño enfermo; eran raros los pacientes que llenaban todos los requisitos diagnósticos de primera intención. Había muchos casos en los que a pesar de “un examen minucioso del enfermo apenas sí se puede llegar a la conclusión de una sífilis posible o probable”.⁵⁰⁷

En su cotidiana realidad el médico con frecuencia se encontraba con escenarios difíciles de descifrar: no existían los tales infartos epitrocleares descritos en los libros. Las tibias apenas dejaban notar algunas sinuosidades, las huellas de las sífilides sobre la piel estaban casi borradas; el galeno estaba a la caza hasta de los más pequeños signos que lo pudieran guiar. Los errores diagnósticos, las sobrevaloraciones y las subestimaciones menudeaban en el mundo de la clínica médica, en especial en lo relativo con la sífilis. No era raro que algunos enfermos pudieran ser sometidos a tratamientos mercuriales prolongados, cuando su diagnóstico real era el de una simple pio dermitis que habitualmente cedía con baños tibios y fricciones de la preparación de Helmerich.⁵⁰⁸

En el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en ocasiones algunos enfermos “a pesar de exámenes repetidos no se había logrado establecer con seguridad el diagnóstico de la sífilis sino después de haber empleado un tratamiento específico.” Es decir, se aplicaba en esas épocas un viejo axioma hipocrático: *Naturam morborum curationes ostendum*. (La naturaleza de una enfermedad es puesta de manifiesto por su curación).⁵⁰⁹

⁵⁰⁶ De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.37; Parrot, Jules (1829-1883), *La syphilis hereditaire et le rachitis*; París: G. Masson, 1886 (« La sífilis hereditaria y el raquis »); Mismo autor : *Clinique des nouveau-nés : L'athrepsie; Lecons recueillies par le dr Troisier. Avec 13 planches, dont 4 en couleur, dessinees par F. Renaudot* (“Clínica de los recién nacidos: la atrepsia; lecciones reunidas por el Dr. Troisier con 13 laminas, 4 en color dibujadas por F. Renaudot.”)

⁵⁰⁷ De Poincy, F., (1883) *op.cit.*, p.37; Salazar, M., (1901) *op.cit.*, p.6.

⁵⁰⁸ Formula azufrada que sigue usándose hasta la actualidad.; Moreno Aldama, M., (1906), *op.cit.*, p.10.

⁵⁰⁹*Naturam morborum curationes ostendum*: Se trata de un axioma hipocrático que se aplicaba especialmente en tiempos anteriores a nuestra modernidad, cuando los diagnósticos eran mucho más difíciles de establecer y se carecía en muchos padecimientos de los recursos tecnológicos con los que se cuenta en la actualidad. Esta frase intenta explicar la naturaleza de un padecimiento (sobre todo muy difícil o imposible de diagnosticar) a través de su exposición a una terapéutica específica invirtiendo el orden de los juicios clínicos. [Véase Trousseau, Armand, (1801-1867) *Tratado de Terapéutica y de Materia Médica*, Tomo I, traducción al castellano de la segunda edición

Con anterioridad se mencionó que en este nosocomio se desempeñó el profesor Carlos Tejeda Guzmán quien impartía la cátedra de clínica de enfermedades infantiles, desde su creación en el año de 1893 en la ENM. Uno de los tópicos más importantes difundido por Tejeda a sus alumnos a través de sus cursos fue el de sífilis congénita e infantil. De acuerdo con su forma de pensar “el absolutismo y la exclusividad” no cabían en esta enfermedad. La mente del médico debía estar abierta a todas las posibilidades. La ausencia de manifestaciones clínicas en los primeros tres meses de vida de los niños no cerraba la posibilidad de presentar lesiones internas, en sus huesos y vísceras. La “coriza” –las costras amarillas y morenas con escurrimiento seroso, purulento– y sus consecuencias en los huesos de la cara de los niños, era la presentación más frecuente en el hospital capitalino. Las escoriaciones en las comisuras de los labios, “raghades” observado sobre todo “en los niños de las clases populares”.

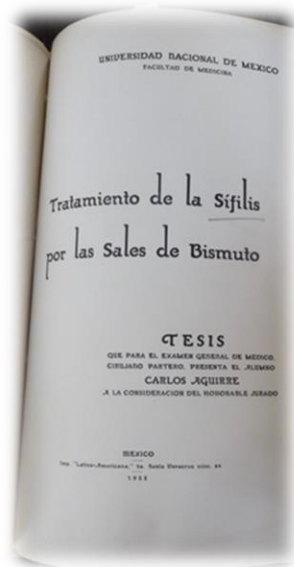
Para Tejeda, en esta enfermedad era necesaria en el médico “suma discreción en la práctica civil al pretender averiguar el origen de la sífilis ya sea por parte del padre o de la madre.” De la conducta y actitud del médico podría depender incluso “una crisis en una pareja o un matrimonio quizá de fatales consecuencias”.⁵¹⁰

El médico Miguel Moreno Aldama (1906) laboró durante un año de su formación médica en el Consultorio Central de la Beneficencia Pública, otro de los grandes centros donde se concentraba la atención médica ofrecida a los habitantes de la urbe. Contabilizó durante ese año 526 enfermos de sífilis que correspondían al 4% de la población general atendida en ese centro.

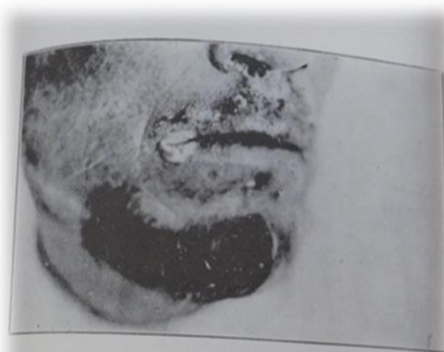
francesa, por José Rodrigo y Francisco Álvarez, Librería de los Señores Viuda é Hijos de Antonio Calleja , año 1841 p.71.

⁵¹⁰ Salazar, S.M. (1901) *op.cit.*, pp.7-8.

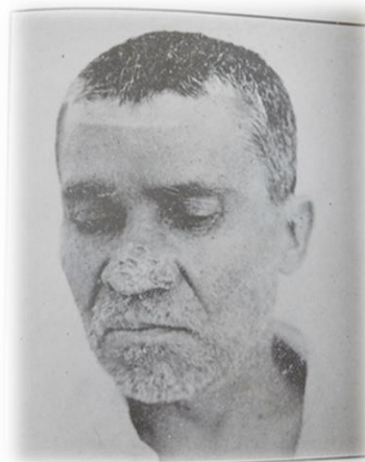
DR. CARLOS AGUIRRE (1922) *Tratamiento de la sífilis por las sales de bismuto*, México, Impresora Latinoamericana; Las úlceras “fagedénicas” llegaban en ocasiones a comprometer los huesos, p.63



OBSERVACION VIII. Osteitis específica, región frontal. Sífilis mercurio y arseno-resistente. Lesión notablemente mejorada con 2 Gr. 90 de tartro bismutato.



OBSERVACION III. Sifilides pápulo-erosivas de la comisura de los labios y del poro derecho de la nariz y papulosas de los labios. Se obtuvo la desaparición de las lesiones a la 3ª inyección, en 7 días y con 0 Gr. 65 centigramos de tartro bismutato de potasio y de sodio.



“Labios y rostros desfigurados”, p.50, p.56.

Describe hasta 60 diferentes manifestaciones corporales de la enfermedad recreando un enorme universo de lesiones en la piel, las vías digestivas y respiratorias, articulaciones, huesos de las extremidades y de la cara, genitales, signos neurológicos diversos, oídos, ojos, hasta nueve tipos de lesiones diferentes, lo que da un panorama de la enorme variedad de lesiones ocasionadas por la sífilis en esas épocas. En los niños se registraron 48 casos (8.7% del universo general). De acuerdo con este autor cada niño enfermo de sífilis era diferente a los demás y la gran diversidad de lesiones dependía de la edad, la virulencia de los gérmenes, las condiciones del medio y de vida que explicaban la diversa gravedad de las manifestaciones. Las características particulares de las lesiones definían a cada sujeto.⁵¹¹

Ernesto Parada se graduó en 1927. En su tesis estableció que los médicos trataban de llegar a un diagnóstico lo más rápido posible, dado el carácter grave y la alta mortalidad que manifestaba la enfermedad, los errores diagnósticos no eran raros. Los textos médicos seguían presentando prejuicios y manifestando la naturaleza confesional y moralista de este padecimiento. Se hablaba de pecado, culpabilidad, expiaciones etc. Combinado con el pensamiento médico.⁵¹²

En la década de 1930, muchos casos de sífilis tanto en madres como en niños eran atendidos en los Centros de Higiene Infantil de la Ciudad de México. En un total de 7334 embarazos registrados de 2000 mujeres que fueron diagnosticadas con sífilis por los médicos del Centro “Eduardo Liceaga” nacieron vivos 5198 niños de término, es decir el 71% de ellos. Murieron en sus dos primeros años de vida el 28%, uno de cada tres y llegaron hasta la segunda infancia solamente el 42%, un poco menos de la mitad.

La mitad de estas madres habían recibido tratamiento específico durante sus embarazos con lo cual se logró que muchas de ellas se librasen de la enfermedad y una buena cantidad de niños nacieran sin el mal. Esto indica que si bien la sífilis influía en la vida y en la muerte de muchos niños, los factores sociales asociados a la pobreza, abandono social, desempleo, desnutrición y enfermedades infecto-contagiosas, tenían un peso específico muy importante en su corta vida.

A los médicos les interesaba mucho demostrar el impacto de la sífilis en las futuras generaciones por lo que hacían seguimientos de los sujetos supervivientes y de sus respectivas

⁵¹¹ Moreno Aldama, M., (1906) *op.cit.*, pp. 4-6; p.2.

⁵¹² Parada, E. (1927) *op.cit.*, p.4.

proles y al indagar encontraban “taras más o menos graves” en muchos casos, así como “signos de inferioridad racial e incapacidad en las relaciones inter sociales” en otros. Toda la atención estaba puesta en el diagnóstico más temprano posible durante el embarazo.

El tema de la presencia de “albuminurias masivas” o la detección del “polihidramnios” recibía prioridad en la etapas formativas y prácticas del médico, ya que se pensaba tenían una relación estrecha con la sífilis. Una anemia inexplicable, un mal estado de nutrición sin una explicación razonable. “Datos de neurosis, neuralgias, o alteraciones digestivas” más frecuentes de lo común estaban dentro del centro de atención de los galenos. El médico de la familia tenía la ventaja de conocer muchos hechos que a veces se le ocultaban al especialista.⁵¹³

4.3.2.4 El tratamiento de la sífilis congénita infantil.

En el siglo XIX sobre todo en el porfiriato, el tratamiento ofrecido por la medicina era dividido en sus fases profiláctica y curativa. Los rubros en los que se ponía el énfasis eran en la higiene de la pareja, la terapéutica de la sífilis en las embarazadas y lo relacionado con las medicaciones empleadas en los niños recién nacidos enfermos. Cuando había sospechas de la enfermedad en alguna pareja que iba a contraer nupcias deberían ser sometidas a una “prueba de los baños sulfurosos, de mar, de vapor o aguas minerales” que permitía al médico de esa época saber o averiguar si la persona tenía una infección en “estado latente” o estaba “completamente apagada”. Si aparecía una erupción, tanto el galeno como el enfermo sabrían si había adquirido la infección en algún momento de su vida y si aún había actividad sifilítica.⁵¹⁴

En las últimas etapas del porfiriato se refieren campañas de profilaxis social. El mensaje iba dirigido sobre todo a las jóvenes con el acento lingüístico típico en la medicina de la época. “Levantar el espíritu femenino enseñando a la mujer a estimarse a si propia, a vivir libre, pero honrada y aborrecer la degeneración que se produce en todas las venus vagabundas que comercian con su cuerpo”⁵¹⁵

Era obligación del Estado vigilar y hacer cumplir el orden. Un ejemplo con el acento literario de este tipo de textos.

⁵¹³ Hernández García, R. (1936), *op.cit.*, pp.34-35.

⁵¹⁴ De Poincy, F. (1883), *op.cit.*, p.42.

⁵¹⁵ Moreno Aldama, M., (1906), *Breve resumen acerca de la terapéutica general de la sífilis*, tesis presentada para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Americana, calle Nueva 8, p.8.

Vigilando los establecimientos de lenocinio, recogiendo a las prostitutas clandestinas que constituyen un peligro inminente y obligándolas a ser inscritas y hospitalizadas cuando sea preciso [...] esas desgraciadas vulgivas no inscritas que pululan en gran número por las calles del Empedradillo, Cinco de mayo y otras invitando al transeúnte con palabras repugnantes[...] son las aves nocturnas que vician aquel ambiente sano embalsamado por las plantas y las flores [de la Alameda Central] y que esperan al incauto para provocarle y legarle entres sus fingidas caricias el terrible contagio de la sífilis.⁵¹⁶

Para Abel Díaz Covarrubias (1923) el proyecto del Certificado Médico Prenupcial era irrealizable por “atacar evidente y directamente a la libertad individual” y por “fomentar las uniones ilegítimas” y porque procedía de una ley que no “se fundaba en la justicia” ya que castigaba injustamente a muchos chicos “por una desgracia de la cual no tendrían culpa alguna”. Podemos ver que no todos en el gremio médico apoyaban este tipo de acciones. Este tesista también tenía sus ideas particulares sobre el tema de la prostitución. “Si las mujeres públicas no son las únicas transmisoras [del mal] sí pueden ser las propagandistas más activas [...] ni todas las prostitutas son sifilíticas, ni todas las sifilíticas son prostitutas”.⁵¹⁷

También opinaba que la “mayoría del gremio” quedaba fuera de la esfera de las autoridades, la ausencia de control de los “varones usuarios”, y la complacencia remunerada de las autoridades, completaba el ciclo que hacía de la sífilis y las enfermedades venéreas en general un significativo problema de salud. Los únicos medios realmente efectivos para controlar el problema sanitario que significaba la sífilis, era la educación, la higiene sexual y la protección de la mujer desamparada.⁵¹⁸

Dentro del campo de la historia sociocultural de la sífilis en México, destaca también el trabajo analítico de Ana María Carrillo. Nos informa la autora que uno de los destinatarios más importantes en la primera campaña antisifilítica llevada a cabo en 1908 fueron los adolescentes. Las medidas profilácticas tenían como objetivo la promoción y divulgación del conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad y sus mecanismos de trasmisión, e iba dirigida con especial dedicación a los más jóvenes. Este proceso se caracterizó por el debate entre aquellos que consideraban que no era función del médico ventilar el tema en público, ya que “atentaba contra las buenas costumbres”, y quienes consideraban que era un asunto exclusivo de salud pública,

⁵¹⁶ *Ibidem*, p.8.

⁵¹⁷ Díaz Covarrubias, A., (1923) *Algunos aspectos de la puericultura*, tesis presentada para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta Franco-Mexicana, p.61.

⁵¹⁸ *Ibidem*, p.61.

por lo que la labor efectuada por los profesionales de la salud resultaría fundamental. En este último grupo destacaron los dermatólogos Ricardo Cicero (1869-1938) -discípulo de Fournier- y Jesús González Urueña (1868-1957) así como el internista y pediatra Ricardo Manuell (1867-1952). El mensaje del médico debía ser adaptado al auditorio que lo escuchara: “cuarteles, escuelas o señoritas”⁵¹⁹

Las campañas se intensificaron en la década de 1920. Un aspecto interesante fueron las medidas propagandísticas dirigidas a los mismos niños. Sobre la sífilis en la pubertad se expresó que “se adquiere con mayor frecuencia a causa de los nuevos deseos que se manifiestan en esta época de la vida”.⁵²⁰ Se promovió una campaña dirigida a los niños para enseñarles que los órganos genitales no eran vergonzantes sino todo lo contrario, que eran “los órganos más nobles de la economía por tener a su cargo la más noble de las funciones: la reproducción”.⁵²¹ El preservativo más efectivo en esa época era el instruir a los jóvenes para aplicarse una “unción en el pene antes del coito con glicerolado de almidón”: un protector de excoriaciones “opuesto a productos infectantes” o bien una “unción completa de una pomada de Metchnikoff” muy popular en esa época. En cambio, los preservativos de caucho o *Baudruche* eran considerados menos seguros.⁵²²

En las fuentes analizadas puede confirmarse el uso del mercurio, las llamadas preparaciones “hidrargíricas”, por la medicina mexicana desde épocas muy antiguas. En el siglo XIX se utilizaba este remedio no sin la conciencia del riesgo que se corría con su uso. “La sífilis en los recién nacidos tiene una marcha tan rápida, tan veloz, [...] que nos parece imposible detener la enfermedad por medio de tan ínfima cantidad de medicamento”.⁵²³ Es decir la dosis curativa del mercurio sería tan alta que mataría al niño sin remedio. El médico estaba consciente de su efecto limitado y su potencial peligrosidad. Por lo tanto, en muchas ocasiones se prefería utilizar terapéuticas relativamente menos agresivas para los niños, como los tratamientos

⁵¹⁹Carrillo, Ana María., “Control sexual para el control social: la primera campaña contra la sífilis en México”, *Espaço Plural*, año XI, núm.22, primer semestre de 2010, pp.65, 67; se tratan diversos tópicos de la campaña como lo son cifras, detractores y defensores, prostitución y sus intentos de control, la milicia (soldaderas, tropa. Hospitales militares) entre otros; Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, Gabriela Castañeda López, Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés, 2008, p. 217 y p.281.

⁵²⁰ Díaz Covarrubias, A., (1923), *op.cit.*, p.59.

⁵²¹ *Ibidem*, p.59.

⁵²² *Ibidem*, p.59.

⁵²³ Sallé, V., (1870), *De la sífilis congenital y hereditaria*, tesis (profesional) presentada a la Facultad de Medicina de México, Imprenta de Ignacio Cumplido en la calle de Los Rebeldes núm,2, p.16.

externos a base de baños o fricciones de bicloruro de mercurio o las fricciones de unguento napolitano, a base de preparaciones mercuriales, con lavados jabonosos para retirar el exceso. Permitía, de acuerdo con la narrativa médica un mejor control de los efectos nocivos.⁵²⁴

Era de uso común cauterizar fisuras, placas y úlceras en los labios o en los márgenes anales utilizando lápices de nitrato de plata y la aplicación delicada y cuidadosa de lociones emolientes, antisépticas y limpiadoras a base de sulfato de cobre para retirar costras de los orificios nasales originados en las corizas sifilíticas o soluciones de nitrato de plata con pequeños disparos de agua tibia sobre las narinas del niño, para evitar los efectos corrosivos de este medicamento o las aplicaciones de pomadas de belladona alrededor de las pequeñas orbitas infantiles, para dilatar pupilas y evitar complicaciones en los iris de sus ojos. Se mantenían en la oscuridad y se les daba una cucharadita de quina diariamente, para mejorar su apetito, sus condiciones generales.⁵²⁵

También era común el uso de pócimas del “Licor de Van Swieten”, una preparación mercurial en cucharaditas. Si el niño no la toleraba se procedía a los baños mercuriales. Paralelo a ello se pensaba que el tratamiento a la madre era casi indispensable también para que el niño se curara a través de la lactancia. Eran tratamientos largos, penosos, con frecuentes complicaciones que requerían de reajustes constantes y baños con “sublimados” para sedar la gran comezón que solían presentar las lesiones dérmicas en manos y pies. Se usaban “hilas” de subnitrato de bismuto y fécula en los genitales de las niñas.

El “ungüento napolitano” era la más popular preparación para uso exterior empleado por muchos médicos en el mundo, y se utilizaba no solo en los casos de sífilis, sino de otras enfermedades infecciosas, articulares o “flogísticas” que afectaban las articulaciones y las cadenas ganglionares afectadas en múltiples enfermedades. En los casos de sífilis típicamente utilizado en fricciones nocturnas y matutinas en las regiones axilares, paredes laterales del tórax y en los pliegues de las ingles. Otra forma muy popular de administrar las preparaciones

⁵²⁴ La historia terapéutica del mercurio en la sífilis es muy antigua. En el siglo XVI era utilizado por los barberos y cirujanos por vía tópica, en forma de unturas y pomadas que eran aplicados a los enfermos combinados con baños sudoríficos. Existen referencias del uso del mercurio que se remontan a 1363 era utilizado ya en enfermedades epidémicas por Guy de Chauliac médico del papado en Avignon. El mercurio podía tomarse, friccionarse, inyectarse o fumigarse e incluso el baño mercurial, una variante de las fricciones especialmente utilizado en los niños recién nacidos atacados del mal. De Poincy, F.A.R., (1883), *Estudio práctico sobre la sífilis infantil hereditaria y adquirida*, tesis para presentar examen profesional, México, Imprenta y Litografía Española, pp.44-48; Moreno Aldama, M. (1906), *op.cit.*, pp.13-57.

⁵²⁵ Sallé, V., (1901) *op.cit.*, p.17.

mercuriales a los niños era a base de calomel, proto cloruro de mercurio, combinada con una porción gomosa azucarada. Si el médico detectaba anemia, debilidad, inapetencia en el niño se le daban tónicos a base de quina y soluciones ferrosas.⁵²⁶

Este último esquema era utilizado con frecuencia por el profesor Tejeda en el Hospital de Maternidad e Infancia, ya que los niños capitalinos atendidos en este nosocomio toleraban muy bien este medicamento. Lo prefería a otras preparaciones mercuriales. Dejaba las fricciones solo para los casos de intolerancia, como vómitos y diarrea. Tejeda era optimista sobre la curación de la sífilis infantil. Ajustaba el tratamiento a las necesidades de cada niño. Cada enfermito era diferente a los demás y tenía sus propias necesidades. Procuraba alargar su duración hasta la curación del pequeño paciente y utilizaba esquemas de reducción cuando llegaba el momento de suspenderlo.⁵²⁷

Algunos clínicos franceses como Trousseau y Rollet recomendaban también el uso paralelo de yoduro de potasio al que se le asignaba una acción sinérgica y “facilitadora” a la de los preparados mercuriales.⁵²⁸ Habitualmente se hacía un seguimiento especial del niño diagnosticado y tratado por sífilis durante su desarrollo, vigilándolo en algunas etapas especialmente significativas como el destete o dentición y en el transcurso de otras enfermedades que presentaba que eran consideradas riesgosas para recaídas luéticas. Cabría preguntarse si un ejemplo de ellas, eran las enfermedades febriles eruptivas.

En los niños enfermos el médico ponía especial cuidado en el régimen alimenticio, su amamantamiento era especialmente supervisado y los niños “nutridos a la tetera”, a base de leche no humana, estaban “condenados a una muerte casi fatal”. Sus posibilidades de supervivencia estaban asociadas a una buena crianza, siempre al seno materno hasta edades mayores.⁵²⁹ En el tratamiento también participaban otros elementos, unidos a las sustancias mencionadas, para modificar “estados diatésicos”, géneros de vida, condiciones pecuniarias, clases sociales; la terapéutica iba dirigida no solo al cuerpo humano, sino también al medio social, económico y cultural, es decir usos, costumbres y tradiciones.⁵³⁰

⁵²⁶De Poincy, F. (1883), *op.cit.*, p.46.

⁵²⁷ Salazar, S.M. (1901), *op.cit.*, p.10.

⁵²⁸ Moreno Aldama, M., (1906), *op.cit.*, uso del yoduro de potasio en la sífilis: pp.45-52.; De Poincy, F., (1883), *op.cit.*, p.44 ; Rollet, Joseph (1824-1894) *Traite des maladies veneriennes*, Paris, Victor Masson, 1865.

⁵²⁹ De Poincy F. (1883), *op.cit.*, p.48.

⁵³⁰ Moreno Aldama, M. (1906), *op.cit.*, p.7.

El mercurio dejaba un sabor metálico amargo muy desagradable. Era más dañino en la boca de las personas que tenían caries, descuido, encías infladas por el efecto del cigarro, la presencia de sarro por falta de higiene o piezas dentarias rotas. Por lo que antes de iniciar un tratamiento el médico se aseguraba que la persona se sometiera a medidas de higiene bucal y recibiera un tratamiento odontológico. Era muy común el uso de “polvos dentífricos” a base de carbón porfirizado y polvos de quina, “aromatizados” con unas gotas de esencia de menta, de rosas o de lináloe”. Uno de los más precoces signos de toxicidad mercurial era la estomatitis y la sialorrea o salivación secundaria.

El médico sabía que este “veneno” era eliminado del cuerpo por los riñones, glándulas salivales, mamarias y por intestino y sobre todo por la bilis a través del hígado. Un signo muy constante de las personas sometidas a este remedio era con frecuencia las “orinas albuminosas” que eliminaban, lo que traducía su acción sobre los riñones humanos. Se sabía que se almacenaba en las vísceras: hígado, riñones y que tenía especial preferencia precisamente por los órganos más atacados por la sífilis; sistema nervioso y huesos.

Se consideraba que el mercurio solo era tolerado por el organismo humano por lapsos determinados. El secreto estaba en administrarlo prudentemente y con intermitencias como pensaban algunos expertos como Fournier. Era común su acción irritativa sobre la piel: eritemas polimorfos, urticarias, eczemas, exfoliaciones; acompañados de síntomas generales como calenturas y malestar general que obstaculizaban los tratamientos. La conducta para seguir dependería de la experiencia, habilidad y la intuición del médico tratante.⁵³¹

El tratamiento por la vía dérmica causaba irritaciones en el enfermo muy manifiestas y fácilmente detectables por otras personas, (maridos y esposas) lo cual “acarrearía para el hogar trastornos morales de mucha trascendencia”. En la sífilis el convencimiento y la adherencia al tratamiento podían convertirse en asuntos críticos, dada la naturaleza ruda que presentaban sobre todo las fricciones, y el rechazo o repugnancia que manifestaban muchos pacientes, ya que no se trataba de un tratamiento sencillo ni por poco tiempo.⁵³² El médico optaba con frecuencia por mandar confeccionar sus propias fórmulas magistrales combinando los mercuriales con

⁵³¹ *Ibidem*, pp.17-18.

⁵³² El abanico de presentaciones mercuriales disponibles en la botica y el mercado farmacéutico era muy amplio: protoyoduro, biyoduro y bicloruro, o “sublimado corrosivo”; el “jarabe de Gilbert”, el “licor de Van Sweeten”, agua antivenérea de Quercetan, tintura de Falk. Elixir de Whright, píldoras antisifilíticas de Dupuytren, píldoras de Ricord, jarabe antivenéreo de Saint-Yldephont, pomada de Cirilo, y muchas más.

sustancias más blandas y “amigables” para los niños como el polvo de malva y de orozuz mezclado con miel y glicerina.⁵³³

Para el médico Miguel Moreno Aldama (1906) las fricciones mercuriales podían llegar a salvar la vida de los pequeños enfermos de sífilis, “precozmente grave” que terminaba con su existencia en pocos días. Era una vía de acceso especialmente útil en los niños neonatos enfermos de “heredosífilis” que “venían a la vida” en condiciones deplorables, “delicados, escuálidos y atrepsicos”. El mercurio se absorbía bien por la delgada piel de los niños, el médico lo sabía por la presencia del metal en la orina de los enfermos, por la respuesta clínica, “los efectos fisiológicos y terapéuticos a veces maravillosos que se observan en los individuos sometidos a ellos”.⁵³⁴

Para la década de 1920, se seguían utilizando las fricciones de mercurio, el unguento napolitano y en los niños un poco mayores el Licor de Van Swieten mezclado con infusiones de manzanilla. En sus madres eran aplicadas las inyecciones de mercurio.⁵³⁵ La aplicación o administración de un fármaco a la madre, ya fuera durante el embarazo o la lactancia, con el objetivo de que indirectamente lo recibiera el niño, fue una práctica que se utilizó por muchos años en México. La idea subyacente era que fuera la madre del niño quien le restara agresividad al medicamento por medio de su propio metabolismo y llegara éste al organismo del pequeño, atenuado y sin los graves peligros tóxicos que solían presentar los mercuriales. Forma parte de una “versión farmacológica” de la mirada que muchos tenían sobre la maternidad.⁵³⁶

En los niños escolares, de 6 a 7 años, se diagnosticaba también sífilis de tipo “hereditaria tardía” en los que se hallaban signos de tipo más crónico como, cicatrices cutáneas, debilidad general, triada de Hutchinson, dientes en sierra, en media luna. Estos pequeños ya eran tratados con esquemas basados en medicamentos más “modernos” con los arsenobenzoles como el neosalvarsán inyectado subcutáneamente cada semana combinado con aplicaciones de unguento napolitano de mercurio.⁵³⁷

⁵³³ Moreno Aldama M, (1906), *op.cit.*, p.25.

⁵³⁴ *Ibidem*, pp.28-29.

⁵³⁵ Ideado por el médico austriaco Gerard Van Swieten (1700-1772) discípulo de Boerhaave, quien empleaba el mercurio en forma de “sublimado corrosivo” remplazando a prácticas “más agresivas” como los baños de vapor de mercurio; podía también emplearse por la vía dérmica que tuvo mayor aceptación en los niños [que invariablemente vomitaban rápidamente los compuestos mercuriales orales, Hernandez García, R. (1936), p.52.

⁵³⁶ Salle, V., (1870)), *op.cit.*, p.16; De Poincy, (1883), *op.cit.*, p.13.

⁵³⁷ Robles, R. (1921), *op.cit.*, pp.22-23.

Para la década de 1920, en la práctica terapéutica curativa de la sífilis congénita se disponía del mercurio, yoduro de potasio, se le asignaban efectos que eran sinérgicos y al mismo tiempo contrarrestaban los efectos tóxicos del mercurio, los arsenicales que eran considerados los más efectivos y el bismuto que estaba en fase de pruebas. Para la eficacia del tratamiento se aplicaba en la mujer embarazada enferma, o diagnosticada como tal, buscando curarla y buscando que el niño naciera sin estigmas. Su efectividad estaba en relación inversa a la edad del embarazo: mientras más temprano mejor. Y desde luego el ideal era antes de que ocurriera un embarazo. También debería estar enfocado al padre o pareja sexual, que sería el vehículo más eficaz de propagar el mal.⁵³⁸

La doctora Ana María Plaza Arana (1934) nos presenta un panorama del tratamiento con arsenicales en los Centros de Higiene Infantil, dirigido a futuras madres y niños, tal como se empleaban en la década de 1930. Para entonces ya se tenía mucha experiencia con este tipo de fármacos a nivel institucional en nuestro país. Se llegaban a considerar hasta el 98% de éxitos comparado con los mercuriales (88%) o el bismuto (96%).

El “tratamiento de asalto” consistía en la administración de neosalvarsán en dosis progresivas y a intervalos cortos. El médico se encargaba de elegir el tratamiento para cada enferma de acuerdo con su criterio. Las dosis progresivas se aplicaban semanalmente en inyecciones hasta de un centigramo y medio por cada kilogramo de peso de la enferma. Las pacientes intolerantes al arsénico eran tratadas exclusivamente con bismuto. Los tratamientos eran registrados y controlados en tarjetas individuales pertenecientes a cada enferma, así como los resultados de los exámenes aplicados y las reacciones presentadas en la enferma durante el tratamiento. El médico se guiaba por la información en cada tarjeta.

En la institución se seguía un esquema de tratamiento propuesto por el profesor Hermilo Castañeda. Una variante de sulfarsenol también podía administrarse por la vía oral. Se sabía que era importante para obtener una respuesta exitosa alcanzar la dosis óptima gradual, pero rápidamente. Los tratamientos eran en varias series de 10 semanas cada una en la que se aplicaban 10 inyecciones, una a la semana con 6 semanas de descanso después de cada una de ellas. El peso mínimo que debería tener un niño para recibir el tratamiento era de 3000 gramos.

⁵³⁸ Díaz Covarrubias, A., (1923), *op.cit.*, p.18.

Eran tratados tanto madres como niños enfermos. En ellos la vía de administración podía ser intramuscular u oral.⁵³⁹

El Médico Carlos Rodríguez Mendoza (1917) vivió muy de cerca la introducción de los arsenicales en México y nos informa de las grandes precauciones que debían tener los médicos que decidían utilizarlos en el tratamiento de la sífilis. No era nada fácil encontrar el producto original, el “neosalvarsán alemán” y abundaban en el mercado productos anticuados potencialmente “tóxicos y peligrosos”.⁵⁴⁰

Los derivados arsenicales no eran nuevos en la terapéutica. Ya desde “los tiempos de Fournier” se utilizaban bajo la forma de “Licor de Fowler” para “atacar” las anemias producidas por la espiroqueta. Los primeros compuestos resultaron muy tóxicos, sobre todo en la esfera neurológica, produciendo con frecuencia neuritis ópticas y cegueras, por lo que el medicamento entró en un proceso de investigación muy detallada, buscando derivados más “amigables” y efectivos. El ciclo fue cerrado exitosamente por Paul Ehrlich quien trabajó sobre el compuesto aromático “arsenobenzol 606”, número indicador de las numerosas observaciones y ensayos realizados por el científico alemán hasta dar con el producto más convincente bautizado como “salvarsán” en 1908.

Primeramente fue ensayado sobre animales de laboratorio como gallinas y conejos para posteriormente hacerlo con seres humanos que padecían sífilis en el asilo para enfermos mentales de Uchtspringe en Sajonia en colaboración con Alt y Schreiber; a reserva de contar con mayor información sobre las implicaciones éticas que tuvieron este tipo de ensayos, nos comenta por su parte el tesista Rodríguez Mendoza que en nuestro país fue aplicado por vez primera el fármaco por el profesor Ángel Hidalgo “en un caso de su clientela particular” y a nivel institucional en el Hospital General de México el 11 de noviembre de 1910. Posteriormente se desarrolló el “neosalvarsán”, un producto menos toxico, más soluble, y más efectivo, el compuesto número 914 de Erhlich.⁵⁴¹

⁵³⁹ Plaza Arana, Ana María, (1934) *Consideraciones sobre puericultura pre y postnatal*; México, sin casa editorial, pp.21-24.

⁵⁴⁰ Rodríguez Mendoza, Carlos (1917), *El neoehramisol y el novarsenobenzol Billon en el tratamiento de la sífilis* tesis que para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, presente el alumno...México, Tipografía “La Catalana”, 2ª de Belisario Domínguez 53., pp.8-9.

⁵⁴¹ *Ibidem*, pp.8-9.

Posteriormente, ya en la década de los 1930, Miguel Macedo Rivas (1935) apunta por su parte que la sífilis congénita era un problema sumamente frecuente en los Centros de Higiene Infantil, hasta en 35.5% de las consultas. Solamente el 14% de los niños en tratamiento completaban sus terapias. A pesar del advenimiento de medicamentos considerados muy efectivos, los médicos pensaban que las antiguas fricciones mercuriales “no debían ser despreciadas” ya que se usaban para “preparar” a los enfermos para su terapia arsenical y podrían ser útiles en el tratamiento ambulatorio dada su prolongada duración.

El autor nos ofrece una narrativa muy completa del tratamiento de la sífilis congénita con los derivados arsenicales, que en la década de 1930 eran considerados ya la terapéutica de elección contra el mal. El tesista nos muestra su clasificación en trivalentes –el salvarsán, neosalvarsán y el sulfarsenol– y los más novedosos para la época los llamados “pentavalentes” derivados del ácido arsinico –hectina, acetilarsán, arsaminol, treparsol estovarsol y espirocido–. Estos últimos tenían la ventaja de su menor toxicidad y la posibilidad de ser utilizados por otras vías, además de la administración a través de las venas.

En México los más utilizados a nivel institucional en los Centros de Higiene Infantil eran el sulfarsenol por vía intramuscular o subcutánea, en los pequeños menores de dos años, se trataba de un esquema terapéutico prolongado por series semanales que llegaba a durar varios meses. Se pensaba que la clave del éxito en la curación estaba en la máxima dosis tolerada por el enfermo y en el tiempo largo de duración, con la finalidad de evitar recaídas y asegurar la erradicación de la espiroqueta del cuerpo infantil.

La terapéutica no dejaba de tener sus paradojas y ambivalencias: se buscaban los medicamentos menos agresivos para la infancia, pero éstos deberían usarse en altas dosis para ser efectivos y alcanzar “dosis optimas en eficiencia”. Debido a esto algunos médicos preferían utilizar derivados arsenicales pentavalentes, que se consideraban libres de los efectos tóxicos que tenían esta familia de fármacos. Tales eran el “Neo ICI 930” que se utilizaba en los niños por vía intramuscular por varios meses.

Como se puede intuir se trataba de tratamientos largos, frecuentemente dolorosos en la aplicación de los fármacos que requerían de una fuerte dosis de adherencia y convencimiento en las madres de los pequeños, muchos cuidados en los sitios de aplicación de las inyecciones,

perseverancia, paciencia; los abandonos y tratamientos incompletos eran muy frecuentes y vistos casi como una consecuencia natural de toda la serie de inconvenientes que presentaban.⁵⁴²

4.3.3 Tuberculosis: desarrollo histórico de la “capitana de la muerte” ⁵⁴³

A finales del siglo XIX la tuberculosis era la responsable de la muerte de 1 de cada 10 mexicanos fallecidos en la Ciudad de México. Entre 7 y 10% del total de fallecimientos entre 1869 y 1898. Atacaba sobre todo a los “desheredados de la sociedad”, es decir, los más pobres y marginados, y ocasionaba no sólo el sufrimiento a los enfermos, sino que iba acompañada del estigma, el rechazo y la intolerancia social, “abatiendo física y moralmente a sus víctimas”. Cuatro de cada diez fallecimientos por tuberculosis eran en niños o adolescentes y tres de cada diez defunciones por el mal, eran niños menores de 10 años. Hasta al 13% de los niños que acudían cotidianamente a consulta al Dispensario de Beneficencia Pública de la ciudad capital mexicana, se les diagnosticaba la enfermedad.⁵⁴⁴

El diagnóstico de una tuberculosis en un niño –como en muy pocas enfermedades– “era como una sentencia de muerte”. Causaba un gran desaliento y sembraba una gran tristeza en hogares y familias.⁵⁴⁵ No era una operación fácil para el médico en muchas ocasiones. Abundaban las subestimaciones y las confusiones con otros padecimientos respiratorios infantiles más comunes. Las exploraciones en las cadenas ganglionares infectadas por el bacilo solían ser complicadas, en los niños, sobre en todo en regiones inaccesibles o difíciles de abordaje, como el mediastino o el abdomen infantil.

La tuberculosis por lo general terminaba rápidamente con la vida de los pequeños, a través de una meningitis, peritonitis o una variedad bronco-pulmonar “galopante”. Otros más padecían formas clínicas deformantes de huesos y articulaciones: columna, rodilla, codo, muñecas. Una de las variedades clínicas más comunes en México, especialmente en niños de 6 a

⁵⁴² Macedo Rivas, Miguel, (1935) *Tratamiento de la sífilis congénita en el lactante*; tesis que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia, presenta... México, sin casa editorial, pp.43-66; p.58.

⁵⁴³ En referencia a la obra de Daniel, Thomas, (1997), *Captain of Death: The Story of Tuberculosis*, University of Rochester Press.

⁵⁴⁴ Liceaga, E., (1899) “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, tomo XXXVI, núm. 16, 15 de agosto de 1899, pp. 399-405; Mismo autor,(1949), *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma*. Arreglo preliminar y notas por el Dr. Francisco Fernández Del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, pp. 117; Cosío, J., *The prevention of the tuberculosis in the primary school*, México, Archivo Histórico de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, expediente 4, folio 42, 1907, pp. 1-12.

⁵⁴⁵ C.West , *Leçons sur les maladies des enfants*, Paris, G. Masson, Éditeur, 1881, pp. 507.

10 años, era la tuberculosis de la cadera conocida como “coxalgia”. Esta última enfermedad estaba considerada el motivo más frecuente de internamientos de niños en el pabellón quirúrgico del Hospital General de México en el periodo 1904-1909.

Afectaba severamente la calidad de vida de los niños, les causaba grandes dolores, destruía y deformaba sus caderas. Se trataba de una enfermedad demandante de gran pericia en los cirujanos que la trataban. Las intervenciones quirúrgicas realizadas por Rafael Lavista, Eduardo Liceaga y Roque Macouzet, son un testimonio de una época donde no solo la habilidad y destreza eran imperativas sino también la creatividad y la inventiva de novedosas y diferentes técnicas quirúrgicas, de las que “echaban mano” para resolver los difíciles retos a los que se enfrentaban.⁵⁴⁶

Tendrían que pasar todavía muchos años para que aparecieran los primeros medicamentos realmente efectivos. Los niños de esa época se tenían que conformar con recibir remedios que fortalecieran su organismo y los ayudaran a resistir los embates de la enfermedad como el aceite de hígado de bacalao y los vinos aromáticos o las preparaciones magistrales de quina combinada con estricnina y arsénico a micro dosis o el agua “creosotada” recomendada por Macouzet.

La creosota, un producto terapéutico de acción balsámica, expectorante y descongestiva cuya base principal era el guayacol era recomendada en las primeras fases de la tuberculosis por el profesor José Terrés (1864-1924), brillante clínico de la época y quien irónicamente murió de esta enfermedad. Combinada con las aplicaciones de mercurio sobre los ganglios afectados, los baños en aguas minerales, sol abundante, ventilación, ejercicios al aire libre y especialmente los terapéuticos paseos por el bello bosque de Chapultepec.⁵⁴⁷

⁵⁴⁶ E. Liceaga, “Resección de la capsula sub-perióstica de la articulación coxofemoral seguida de regeneración del hueso y de conservación de la articulación” en *Anales de la Asociación Larrey*, México, tomo I, núm.1, 1 de enero de 1875, pp. 6-8; Mismo autor, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, tomo I, núm.14, 15 de julio de 1901, pp.175-182; N. Melo,(1896) *Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, Imprenta de la Librería Madrileña, México,1896, p. 15.); L. Troconis y Alcalá, “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, tomo IV, 3ª serie, núm.10, 31 de octubre de 1909, pp. 714-726; R. Lavista, (1874), *Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica* tesis presentada al jurado calificador para obtener la plaza de catedrático de patología externa, Imprenta de Ignacio Escalante, México, 1874, pp. 19-57; R. Macouzet, *op.cit.*, 1910, p. 260; P. Arroyo, (1923), *La tuberculosis de la infancia en México*, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Escuela Tipográfica Salesiana, México, pp. 5-30.

⁵⁴⁷ J.Terrés, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente” en *Gaceta Médica de México*, tomo I, núm.1, 1 de enero de 1901, pp. 9-11; G. Fajardo-Dolci, C. Becerra Palars, C. Garrido, E. De Anda Becerril, “El Doctor José Terrés y su tiempo” en *Revista Médica del Hospital General de México*, S.S., vol. 62, núm. 3, Julio-

En la historia de la salud y la enfermedad es difícil encontrar otra enfermedad con la carga de marginación, estigma, rechazo, segregación y prejuicio social como la que ha tenido la tuberculosis. Con ella se gestó un modelo moderno de enfermedad biológica y social. Sus múltiples representaciones sociales han sido volcadas en diversos personajes literarios, en el teatro, la ópera, la lírica musical y más recientemente en el cine. En el campo de la salud pública ha forzado a la humanidad a volver su mirada hacia los efectos devastadores de la pobreza, sobrepoblación, desigualdad económica, social y al acceso inequitativo al conocimiento y a los servicios de atención a la salud.⁵⁴⁸

Se han encontrado vestigios de su existencia en civilizaciones esparcidas por prácticamente todo el orbe. En las descripciones históricas que nos han legado de ella hay lugares comunes: consunción o consumo del organismo, adelgazamiento extremo hasta la caquexia, desnutrición severa; aspecto pálido, blanco o “etéreo”, visiones fantasmales; debilidad, herencia, contagio, difícil curación, cercanía y contacto con la muerte. En los niños su diagnóstico clínico significaba el mensaje de una muerte prematura. Junto con ella se gestaba “la tristeza que entraba en los hogares”.⁵⁴⁹

La epidemiología de la tuberculosis, su dinámica distributiva a través del planeta, sus características clínicas y sus posibilidades de ser controlada y curada nos remiten a los patrones migratorios, a los fenómenos asociados con la industrialización, urbanización, empobrecimiento; a la carencia nutricional, aglomeraciones humanas en espacios reducidos, a tipos y estilos de vida y a las enfermedades intercurrentes de los enfermos que la padecieron durante los años analizados en nuestro país.

Septiembre de 1999, pp. 219-225; G. Mendizabal, “Farmacología, terapéutica y farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga” en *Gaceta Médica de México*, tomo VII, núm.2, febrero de 1912, pp. 49-104; E. Liceaga, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar” *Gaceta Médica de México*, tomo I, núm.14, 15 de julio de 1901, pp. 175-182.

⁵⁴⁸ La tuberculosis en sí misma puede considerarse como una enfermedad con raíces bíblicas: “despacharé contra ustedes el espanto, la debilidad y la fiebre que nublan los ojos y consumen la vida [...] que el señor te contagie la peste hasta terminar contigo [...] te hiera de tisis, fiebre y delirios, calor sofocante [...] epidemias que te persigan hasta que perezcas”; Levítico, 26:16; Deuteronomio 28:22, *La Biblia de Nuestro Pueblo*, Latinoamérica, Editorial Sal Terrae, Macau, China, 2012, pags. 187, 280.; comentarios en : Daniel, Thomas, (1997), *Captain of Death: The Story of Tuberculosis*, University of Rochester Press, p.17; Del Castillo C.R., *op.cit.*, 2013, “Dos grandes flagelos...” pp.180-204, p. 180.

⁵⁴⁹ [φθίσις], término griego que significa “debilitar”, “desvanecer”, pasa a *phthisis*, latín, que transportado al lenguaje de la medicina clínica denota “consunción” (def.): acción y efecto de consumir y consumirse; extenuación, enflaquecimiento. *Diccionario de la lengua española*, Real Academia de la Lengua, Madrid, 18ª Edición, 1956, p.355; el término compagina con el uso literario de “tisis” (def.): Enfermedad en la que hay consunción gradual y lenta que forma parte de las “fiebres hecticas” propias de todas las enfermedades que consumen y ulceran diversos órganos humanos. Misma fuente, p. 1266.

Un precedente importante en el campo del estudio no solo de la tuberculosis o la sífilis sino también de todo el conglomerado de enfermedades infecto- contagiosas fue el caso del médico veronés Girolamo Fracastoro (1478-1553) profesor de la Universidad de Padua, quien en su obra *De Contagione et Contagiosis Morbis, et curatione* (1546) manejó por primera vez en la historia los fundamentos de la teoría de los gérmenes. Postuló la existencia de los *seminaria*, pequeñísimas partículas imperceptibles, que en el caso de la “tisis” o tuberculosis, procedían tanto de fuera como dentro de los cuerpos humanos, donde generaban la “putrefacción de los humores” enfermando a los individuos, especialmente a los más susceptibles (contagio selectivo). Sus ideas fueron sencillamente ignoradas en los siguientes 300 años, siendo sin embargo retomadas y desarrolladas en la segunda mitad del siglo XIX.⁵⁵⁰

A pesar de ello el concepto de contagiosidad perduró, junto con los grandes temores que despertaba y pronto se agregaría otro más, originado durante el siglo XVII en el norte de Europa que impactó tanto en los usos y costumbres como en la imagen cultural de la tuberculosis en los siglos subsecuentes marcando la vida de muchos de los que padecieron el mal: la herencia y las características “constitucionales” que se asignaban a los individuos que la padecían y transmitían.

La investigación de las posibles causas, la patología y la epidemiología de la tuberculosis es un fenómeno moderno construido a través de un proceso conformado por varias etapas. Dieron comienzo los primeros estudios “racionales” de la “gran plaga blanca” o “capitana de la muerte”, etiquetas lingüísticas del padecimiento referidas por largo tiempo a partir del siglo XVII con las pesquisas realizadas por Francis de la Boe (Sylvius) (1614-1672), Thomas Willis (1621-1675), Andreas Vesalio (1514-1564) entre los más notables. Hubo otros precursores como el italiano Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) también docente de la Universidad de Padua introductor del concepto anatómico clínico en medicina, quien describió las diferentes etapas de la enfermedad y apuntó hacia el “esputo” arrojado por los enfermos como la principal fuente de contagio.⁵⁵¹

⁵⁵⁰ Davis, Anne, L. “A Historical Perspective on Tuberculosis and its control”, en Reichman, Lee, B., /Earl Hershfield, *Tuberculosis. a comprehensive international approach*; Marcel Dekker, Inc, New York-Basel, 2000, pp. 3-54; p.7.; Maradona, J.A., *Tuberculosis. Historia de su conocimiento*; Oviedo, Asturias; Universidad de Oviedo, 2009 p.53.

⁵⁵¹ Sylvius describió la lesión tuberculosa en el pulmón como un proceso de reblandecimiento e identificó “tubérculos” con síntomas de la tisis; Willis describió las “ulceraciones pulmonares” identificando la gran

El médico inglés Benjamín Marten, (1690-1752), 172 años antes que Koch, expuso en su obra *A New Theory of Consumptions more specially of a Phthisis or Consumption of the Lungs*, la sugerente idea de que la causa de la tuberculosis era algún tipo de *animacula*, diminuto ser viviente capaz de parasitar el cuerpo humano y enfermarlo. Sus ideas pasaron inadvertidas, fueron rápidamente olvidadas y en su momento, desdeñadas.⁵⁵² El gran detonador que convirtió a la “plaga blanca” en un problema mayúsculo de salud pública, fue con toda probabilidad la alta densidad de población con sus características olas migratorias; la depauperización económica y social generada en el contexto de la Revolución Industrial, cuando la tuberculosis alcanzó su clímax en Europa y comenzó su curva descendente a partir de finales del siglo XVIII.⁵⁵³

El desplazamiento de los campesinos hacia los grandes centros urbanos de trabajo; hacinamiento de familias enteras en espacios reducidos e insalubres, en viviendas pésimamente ventiladas, húmedas sin drenaje ni agua potable y en condiciones propicias para la adquisición de microorganismos. Las jornadas de trabajos extenuantes e interminables en los centros fabriles fueron elementos clave para que la tuberculosis se expandiera en ese momento histórico por el mundo.⁵⁵⁴

versatilidad clínica y patológica de la enfermedad en diferentes enfermos; Vesalio inició una nueva era anatómica que desmitificó viejos errores, y describió “cavernas” en los pulmones de cadáveres de enfermos tuberculosos.

⁵⁵² Dobkin, J. Brudney, “Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and the decline of tuberculosis control programs.” *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 745; Moreno Altamirano, Laura, “Desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: Un enfoque epidemiológico de la tuberculosis” en *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. México, junio, 2004; Vol.17 (2): 117-125; Somolinos Palencia Juan D., “El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis y su primera noticia en México”, *Salud pública de México*, 24(3) 1982, pp. 237-240.

⁵⁵³ Ruy Pérez Tamayo nos informa de una morbilidad de esta enfermedad de 118.7 casos por 100 000 habitantes a finales del siglo XVIII, en Inglaterra, cifra que descendió drásticamente a 21 casos por 100 000 habitantes al estallar la primera Gran Guerra en Europa. La situación fue diferente en México, como lo veremos más adelante en este mismo apartado. Véase: Ruy Pérez Tamayo, *Enfermedades viejas y Enfermedades nuevas*, Siglo XXI Editores, México, 1985, pp. 80-85.

⁵⁵⁴ Algunos autores consideran a la tuberculosis como una verdadera pandemia histórica que a diferencia de otras enfermedades infecciosas y contagiosas cuyas “ondas epidémicas” -en diferentes países- pueden durar de semanas a meses, en el caso de la tuberculosis su duración puede llegar a ser de decenios y aun siglos enteros. Tal fue el caso de la Europa del siglo XVIII donde la epidemia alcanzó su clímax en el año de 1780 durante el contexto demográfico de la Revolución Industrial. Se diseminó a otros países europeos, para alcanzar territorio americano en el siglo XIX, alcanzando su “pico” en el final de ese siglo. En México esto se concretó hacia los finales del siglo XIX correlacionando bien con la literatura y los reportes médicos de alrededor de 1900 y unos años después. La curva de la enfermedad inició entonces su descenso primero en Europa, después en el nuevo continente para culminar en el resto del mundo con excepción de África y algunos países asiáticos. Daniel, M. Thomas, “Tuberculosis in history; Did it change the way we live ? » en Schlossberg, D., *Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections*, ASM, Press, Washington DC, pp. 3-9, 11-13.; texto y comentarios de Del Castillo, C.R *La atención médica y los cuidados del infante en la ciudad de México (1880-1915)* tesis de maestría historia, 2013, pp.180-204; Jörgen Erik Lehmann., “Twenty years afterward historical notes on the discovery of the antituberculosis effect of paraminosalicylic acid (PAS) and the first clinical trials.” *Am. Rev. Respir. Dis.* 1964; 90: 953-6. Este autor

Las expresiones literarias de “plaga blanca” o “enfermedad blanca” relativas a la tuberculosis son propias del siglo XIX, durante el Romanticismo, aludiendo a la coloración pálida o el aspecto “etéreo” de muchos enfermos del mal. Tal vez el desencanto percibido por las nuevas generaciones ante el incumplimiento de muchas expectativas generadas por las Revoluciones Burguesas, sobre todo la Revolución Francesa, generó una actitud de indiferencia hacia el “mundo terrenal, una huida hacia el interior del ser, un rechazo por lo mundano”.

El aspecto “fantasmal” etéreo, fino y delicado de seres enfermos del mal, especialmente si pertenecían al género femenino –como puede demostrarse en la literatura y los registros culturales del mundo intelectual– despertó en la sociedad una idealización. La tuberculosis, se convirtió en protagonista en las obras literarias y en la escena teatral.⁵⁵⁵ Muchos de los personajes centrales de esta corriente cultural son mujeres empobrecidas y cercanas al mundo bohemio lo que habla fuertemente del contenido ideológico y cultural que ha tenido esta enfermedad, en el que la segregación, estigmatización, marginación o idealización han jugado un papel central.

Así mismo, la tuberculosis ha engendrado movimientos globales de salud pública llamando la atención y atrayendo las miradas de las sociedades del mundo hacia las nefastas consecuencias de la pobreza, polarización social, ausencia de oportunidades para todos, negación del acceso al conocimiento y a los servicios médicos. Los fenómenos asociados con la tuberculosis como las migraciones de las poblaciones humanas y sus patrones, industrialización, desnutrición, sobrepoblación, estilos de vida, las enfermedades virales inmuno supresivas emergentes, los padecimientos degenerativos y el cáncer, son todas ellas temáticas que están presentes y en la mesa de la discusión mundial.⁵⁵⁶

desarrolló y utilizó por primera vez el 31 de octubre de 1944 este medicamento, en una joven sueca que estaba muy enferma, con resultados exitosos. Véase también: John F. Murray, “A century of tuberculosis”, *Am.J.Resp.Crit.Care.Med.*, junio 1, vol.169, núm.11, 2004, pp.1181-1186.

⁵⁵⁵ Existe un amplio abanico de ejemplos como Marguerite Gautier, la Dama de las camelias de Dumas, o Violette Vallery, la Traviata de Verdi y los personajes Dovstoeskianos Katerina Ivanova (*Crimen y Castigo*) Kirillov (*Los Endemoniados*), Ippolit y Marie (*El Idiota*). Esta el caso del dramaturgo y actor francés Moliere (Jean Baptiste Poquelin 1622-1673) que murió en un escenario teatral víctima de una hemoptisis impactando al mundo intelectual. También en el arte y la cultura de Latinoamérica, la tuberculosis es una protagonista ubicua, sobre todo en el mundo del tango que ofrece innumerables ejemplos o en la literatura con diversos personajes afectados del mal: Manuel Puig (*Boquitas pintadas*), Juan Carlos Onetti (*Los adioses*), Mariano Azuela (*Maria Luisa*) Ribeiro Couto (*La Mestiza*) entre otros.

⁵⁵⁶ Davis, Anne, L. (2000), *op.cit.* pp. 3-54; p.3 ; Sontag, Susan, *La Enfermedad y sus metáforas*, Madrid, Suma de letras, 2003, páginas varias ; Daniel, T.M., *Times and Tides of Tuberculosis. Perceptions revealed in Keats to*

La siguiente etapa, fundamental, y más conocida, del proceso histórico de la tuberculosis corresponde a la búsqueda e identificación microbiológica del germen causal. Se trata de una narrativa que comienza con Jakob Henle (1809-1914) científico perteneciente a la llamada “edad heroica de la medicina alemana” maestro de Koch y predecesor de las ideas que posteriormente desarrolló su aventajado alumno sobre el origen y la cadena de transmisión de las enfermedades contagiosas como la tuberculosis y el cólera, así como de la teoría de la especificidad microbiana: un germen específico produce una enfermedad específica.

El siguiente capítulo de esta historia lo constituyen los trabajos de Jean Antoine Villemin (1827-1892) que demostraron en 1865 la contagiosidad de la enfermedad al inocular material purulento de humanos a conejos de laboratorio, logrando de esta forma reproducir en ellos la enfermedad.⁵⁵⁷ A pesar de que estos experimentos fueron rigurosos y sistemáticos, no recibieron de primera intención toda la atención que merecían. A partir de este precedente otros investigadores confirmaron sus resultados y la comunidad científica se planteó que la tuberculosis era una infección específica, cuyo agente etiológico era factible de identificar y de aislar, y eventualmente de atacar e incluso curar. Los diferentes grupos de investigadores concentraron sus esfuerzos para lograr estos fines.

Finalmente, el discípulo de Henle, un médico originario de Hannover, Alemania, Roberto Koch (1843-1910) logró identificar el agente causal, empleando un novedoso método de tinción aplicado al análisis de muestras de esputo procedente de enfermos tuberculosos atendidos en el pabellón de tísicos del Hospital de la Caridad de Berlín. Koch es el autor del gran descubrimiento que no se habría llevado a cabo sin las técnicas desarrolladas por él mismo, denominadas “las más importantes en la historia de la bacteriología” relacionadas con los medios de cultivo sólidos a base de agar, y de sus métodos de teñido para observar muestras microscópicas.⁵⁵⁸ La protocolización de la metodología del científico alemán y su grupo, significó un parteaguas en la investigación microbiológica de todo el orbe y dio origen al nacimiento de la Bacteriología. Finalmente, el 24 de marzo de 1882 se hicieron públicos sus

Sontag ;(Tiempos y flujos de tuberculosis. Percepciones reveladas en la literatura, de Keats a Sontag ; Fifthian Press, Mc Kainley Ville, California ; 2013, paginas varias.

⁵⁵⁷ Moreno Altamirano, Laura *op. cit.*, vol.17 (2) pp.117-125; Somolinos Palencia, Juan Domingo, *op. cit.*, pp.237-240. Murray, John, Styblo K., Rouillon A., “Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost”, *Bull. Int. Union Tuberc. Lung. Dis.*, 1990; 65: 6-24.

⁵⁵⁸ Moreno Altamirano, Laura, “Desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: un enfoque epidemiológico de la tuberculosis” en Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, junio de 2004, Vol. 17, (2):117-125.

hallazgos en un documento denominado *Über Tuberculose* que causó gran impacto en la comunidad científica mundial.

4.3.3.1 la tuberculosis en México en el siglo XIX

La tuberculosis era percibida por la mayoría de los médicos mexicanos como una enfermedad frecuente, grave, a menudo mortal y de difícil tratamiento y curación. Existía una gran preocupación por diagnosticarla lo más pronto posible en los enfermos, especialmente en el caso de los niños. Se pretendía evitar que los sujetos llevaran el germen “latente” y permanecieran asintomáticos durante largos años arrojando bacilos y cuando llegara su momento de “atacar”, generaran una gran mortalidad “después de consumir y abatir física y moralmente a sus víctimas.”⁵⁵⁹

La tuberculosis “cobraba sus bajas” principalmente entre los “desheredados de la sociedad”. Los sectores más pobres, marginados y vulnerables de la población de la ciudad de México.⁵⁶⁰ En nuestro país la teoría de los gérmenes como hipótesis estaba ya plenamente desarrollada y aceptada al inicio de la década de 1880, pero en el caso de la tuberculosis existían todavía muchas dudas. Muchos pensaban aún, que se trataba de una enfermedad hereditaria, crónica y causada por deficiencias nutricionales. Resultaba claro que este último factor era un determinante fundamental de la enfermedad, especialmente en las condiciones en las que se vivía en México. Sin embargo, su origen había que ir a buscarlo en el microorganismo específico.

Juan Somolinos Palencia, con motivo del primer centenario del descubrimiento de Koch nos muestra el impacto que causaron los eventos señalados en la comunidad médica de nuestro

⁵⁵⁹ Demetrio Mejía, “Clínica interna. Algunas notas acerca de la tuberculosis. Historia, frecuencia y contagio.” *Gaceta Médica de México*, t.IV, núm.9, 30 de septiembre de 1909, pp. 641-655; Del Castillo, C.R, *op.cit.*, 2013, p.180.

⁵⁶⁰ Los profesores Eduardo Liceaga (1839-1920) y José Terrés (1864-1924) —director de grandes instituciones como la Escuela Nacional Preparatoria (1905-1907), el Instituto Médico Nacional,(1910-1915) y el primer profesor de posgrado de medicina interna de nuestra Universidad Nacional— pensaban que la tuberculosis era muy difícil de curar, sobre todo cuando los enfermos llegaban a la etapa “bacilífera” de la enfermedad, es decir cuando ya empezaban a eliminar bacilos al medio ambiente, y era prácticamente incurable en su tercera etapa, propiamente “tísica”, es decir cuando el enfermo tenía ya lesiones crónicas, como cavernas y fibrosis de los pulmones, o en los niños cuando ya había lesiones severas en otros órganos como huesos y articulaciones. Por lo tanto era muy importante detectar tempranamente la enfermedad, especialmente en los pequeños. En relación a la primera campaña contra la tuberculosis y sus consecuencias sociales véase: de Ana María Carrillo: “Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm.4, jul-ago, 2001 pp 361-369; José Terrés, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la TB Incipiente”, *Gaceta Médica de México*, t.I, núm.1, 1 de enero de 1901, pp.9-11; Eduardo Liceaga, “Terapéutica. Contribución al estudio de la Curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, t II, 3ª serie, núm. 5, 31 de mayo de 1901, pp.153-162; Dra. Ana Cecilia Rodríguez de Romo, G. Castañeda López, R. Robles Valencia, 2008, *op. cit.*, 2008, pp. 455-457.

país. La revista *La Escuela de Medicina* publicó en su edición de agosto de 1882 las siguientes palabras:

El señor Koch ha conseguido cultivar este *bacillus* fuera de la economía animal en una gelatina sero sanguínea preparada de cierto modo. Crece con extraordinaria lentitud y su desarrollo exige una temperatura de 30 a 42 grados. En una palabra, difiere esencialmente de los otros *bacillus* y *coccus* cuya cultura es sencilla [...] estos bacilos artificialmente cultivados [...] han servido al experimentador para la inoculación efectiva de la tuberculosis [...] la inoculación subcutánea sea cual fuere la región elegida, así como las inyecciones en el torrente circulatorio dieron como resultado una tuberculosis miliar aguda que produjo al cabo de bastante tiempo procesos caseosos.⁵⁶¹

Este “elitismo aristocrático” que mostraba el bacilo tuberculoso en su cultivo con relación a otras bacterias, tuvo su contraparte en la gran dificultad que representó para la medicina clínica la curación individual de la enfermedad y su control colectivo.

El profesor Eduardo Liceaga fue contemporáneo al descubrimiento de Koch y sus consecuencias. Acompañó al gran entusiasmo generado entre los médicos mexicanos por este hallazgo, que creó muchas expectativas, con relación a la curación de la enfermedad que en un buen número de casos resultaron finalmente ilusorias. Pronto las cosas tomaron su nivel, y las correlaciones anatómo patológicas que se hicieron en las autopsias, como veremos más adelante, borraron estas falsas expectativas.⁵⁶²

Demetrio Mejía, profesor de clínica interna de la Escuela Nacional de Medicina, fue otro testigo y protagonista de la llamada “década de oro” (1880-1890) de la microbiología. Con esa gran sensibilidad y vena crítica que lo caracterizaban, pensaba que ese ciclo de nuevos descubrimientos y desarrollos científicos abierto por Pasteur y Davain en 1850 y consolidado en la década de 1890 por Koch y Von Behring, había causado tal fascinación en el gremio médico que la metodología clínica, esa gran esencia del ser y quehacer médico, había quedado totalmente opacada. Se trataba del “reinado del microbio” que amenazaba con “transformarse

⁵⁶¹ Somolinos Palencia, J.D., “El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis y su primera noticia en México” en *Salud Pública de México*, Época VI, volumen XXIV, número 3, mayo-junio, 1982, pp.237-240; referencias proporcionadas por el mismo autor: *Gaceta Médica de México*, 1882, vol. XVII, pp. 117, 152, 189, 190 Y 191; Revista *La Escuela de Medicina*, agosto 15. 1882, tomo IV, núm. 4, p. 48; “Opiniones acerca del Bacilo de Koch” en *Gaceta Médica de México*, 1883. tomo XVIII, pp. 289-290; Revista *La Escuela de Medicina*, febrero 15. 1884, tomo V. núm. 16. pp. 214-215; *Gaceta Médica de México*, 1886. tomo XXI, número 17, pp.373-376, Agustín Reyes, “inoculación de la tuberculosis por las vías digestivas”, *Gaceta Médica de México*, diciembre 1890, tomo XXV, pp. 174-176.

⁵⁶² Eduardo Liceaga, “Terapéutica. Contribución al estudio de la Curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, t.I, núm.14, 15 de julio de 1901, pp.175-182.

pronto en dictadura.”⁵⁶³ Hubo muchas voces idealistas dentro del círculo médico que llegaron a pensar que pronto se curarían todas las enfermedades infecciosas, y ¿por qué no?, erradicar el cólera, la difteria y la tuberculosis.

Efectivamente, en esa década los descubrimientos se multiplicaron. Alphonse Laveran (1845-1922) detectó un parásito móvil en la sangre de un argelino enfermo de malaria en noviembre de 1880. Koch descubrió el bacilo tuberculoso en 1882 y sentó las bases metodológicas para su estudio. Un año después él mismo descubrió el bacilo del cólera; Friedrich Loeffler (1852-1915) hizo lo propio en 1884 con el bacilo diftérico.⁵⁶⁴

Dentro de los personajes más moderados y críticos del momento destacó también el profesor Manuel Carmona y Valle quien buscó “regresar las aguas a su cauce”. Carmona veía en la bacteriología “el gran descubrimiento del siglo”, pero reprochaba el abandono en la práctica terapéutica de remedios tradicionales de uso ancestral, cuya eficacia había sido probada a través de muchas generaciones, para adoptar el uso de productos no ensayados ni probados por la química farmacéutica y la clínica nacional por el solo hecho de ser extranjeros y con un supuesto prestigio.

La tuberculosis, pronto se convirtió en el “modelo representativo de la enfermedad infectocontagiosa y el estereotipo visible del progreso de la investigación microbiológica”. Esto quedó consolidado con el advenimiento de una nueva cátedra de bacteriología en la ENM en 1888 y la creación de nuevas e importantes instituciones: el nuevo Museo anatómico patológico del Hospital de San Andrés en 1895, que derivó en el Instituto Patológico Nacional en 1899, tuvo su propia sección de bacteriología y en 1905 nació la primera institución de investigación

⁵⁶³ “Ya se tenía el principal elemento, el factor quizá más esencial, cual es el germen, la semilla, en una palabra, la causa real de la enfermedad [...] fue tanto el entusiasmo, tanto el deslumbramiento originado por este esplendente foco, que pareció no haber más elementos, más factores, de los cuales el médico debería preocuparse [...] este era propiamente el reinado del microbio; sensible es que ese reinado se transformase tan breve en dictadura”. Véase: Demetrio Mejía, 1909, *op.cit.*, p.641. Efectivamente, la enunciación y propagación de la “teoría general de los gérmenes” como causales de las enfermedades infecciosas, así como la posibilidad de la transmisión de las bacterias de un enfermo a una persona sana, representaron sin duda, hallazgos científicos de los más importantes e impactantes de finales del siglo XIX y de gran trascendencia en la historia de la medicina. La influencia que tuvo en los profesionales de la ciencia y en la sociedad mexicana fue enorme. Fue inspiradora de esperanza, fé, y optimismo, pero también de escepticismo, incredulidad, asombro e ironía en algunos sectores tanto científicos como de la prensa pública nacional. Claudia Agostoni, analiza este problema en su texto “los infinitamente pequeños. Debates y conflictos en torno a la bacteriología. Ciudad de México, siglo XIX al XX” publicado en 2005. “Los infinitamente pequeños”, calificativo procedente de un artículo periodístico publicado en un diario de la ciudad de México de 1897, nos remite a la fascinación con la cual se vivió el momento histórico por un importante sector de la sociedad mexicana; notas al respecto en Del Castillo, C.R., *op. cit.*, 2013, pp.185-186.

⁵⁶⁴ Ledermann, Walter D. (2008), “Laveran, Marchiafava y el paludismo” en *Revista Chilena de Infectología*, 2008; 25 (3): 216-221.

especializada en microbiología en México, el Instituto Bacteriológico Nacional con sus modernos laboratorios de medio de cultivos para la preparación de vacunas y su departamento para desarrollar la práctica de investigación experimental en animales.⁵⁶⁵

En la práctica médica cotidiana el diagnóstico declarado de tuberculosis era un evento muy delicado para un individuo y su familia y conllevaba consecuencias impredecibles en su vida futura, por lo que muchas veces se mantenía en la discreción y secrecía. Sin embargo a la larga el mismo enfermo y los demás daban cuenta de su mal, cuando aparecían síntomas inconfundibles: una hemoptisis o un pañuelo empapado de sangre.⁵⁶⁶

En la segunda mitad del siglo XIX (1869-1889) hubo un incremento progresivo de los casos y las muertes por tuberculosis en la capital mexicana. Se llegaron a registrar de 4.95% a 7.93% de las defunciones totales. Entre 1891 y 1898 el porcentaje de mortalidad se incrementó aún más, hasta el 9.31% del número total de defunciones. En los últimos 10 años del siglo XIX, uno de cada 10 capitalinos que morían, lo hicieron por una complicación de la tuberculosis.

Las principales víctimas mortales estaban fundamentalmente entre dos etapas de la vida: fallecían durante sus periodos más productivos, es decir entre los 30 y 50 años, o bien morían durante los primeros años de su existencia. Cuatro de cada diez fallecimientos por tuberculosis sucedían en niños o adolescentes y tres de cada diez defunciones por el mal, eran niños menores de 10 años.⁵⁶⁷

El profesor Manuel Toussaint Vargas (1858-1927) modificó la metodología para realizar las autopsias, durante su gestión como titular del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de San Andrés, impulsando la realización de estudios más sistemáticos, que incluyeran a todos los órganos del cuerpo humano, y llevando a cabo siempre correlaciones clínico patológicas en cada caso. Siguiendo estas nuevas directrices los patólogos Antonio J. Carvajal y Juan Martínez del Campo llevaron a cabo en este nosocomio el análisis de 500 autopsias efectuadas entre el 1 de marzo de 1895 y el 30 de septiembre de 1896.

⁵⁶⁵ Agostoni, C., “Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología, ciudad de México, siglos XIX a XX” en *De Normas y Transgresiones, Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)* Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 2005, pp.167-192; Carrillo, A. M., “Los comienzos de la bacteriología en México”, *Elementos* 8, (42), 2005, pp.23-27; Rodríguez de Romo, A.C., “La ciencia pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: el caso mexicano”, *Dynamis, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.* (16), 1986, pp.291-316; Consuelo Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)” *Historia Mexicana*, Vol. LVII, núm.1, julio-septiembre, 2007, pp.53-89, p.63,

⁵⁶⁶ José Terrés, *op. cit.*, 9-11.

⁵⁶⁷ Eduardo Liceaga, *op. cit.*, 1899, 401-402.

Los hallazgos que encontraron fueron de gran interés. El 32% del total de personas fallecidas tuvo como causa principal de su deceso una complicación derivada de la tuberculosis. Uno de cada tres enfermos que murieron en las salas del Hospital general de San Andrés tenía lesiones severas de tuberculosis. El 70% de estos pacientes, tenían lesiones no sólo en el pulmón sino en otros órganos: tuberculosis diseminadas.

Es pertinente señalar que los enfermos que atendía el Hospital de San Andrés eran los más pobres de la ciudad. Los que vivían en pisos bajos, oscuros, mal vestidos y mal comidos, víctimas del analfabetismo, la ignorancia y la suciedad; aquellos que vivían hacinados con sus numerosas familias en pequeños cuartos, mal ventilados, y húmedos en las zonas más pobres y densamente pobladas de la urbe. Los autores de este trabajo consideraban que dos elementos importantes y frecuentes para agravar y llevar a la muerte a estos enfermos, habían sido el alcoholismo y la sífilis, aunque no detallan cuántos de estos enfermos fallecidos, habían sido portadores de estos dos problemas de salud. No se descartaba que algunos de estos enfermos hubieran adquirido la tuberculosis dentro del mismo hospital.⁵⁶⁸

4.3.3.2 La tuberculosis infantil: visión de los tesisistas

Analizamos algunas de las tesis universitarias que se ocuparon de la temática de la tuberculosis infantil. Destacan las elaboradas por los médicos Francisco Bernáldez (1883), Francisco Valenzuela (1895), Miguel Rolón (1922), Pedro Arroyo (1923) y Eduardo Del Raso (1930) que cubren lo acontecido en México con relación a esta enfermedad, durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Nos presentan un panorama detallado de la frecuencia de este mal, así como las ideas que estaban en la mesa de discusión sobre la percepción social, causas, horizonte epidemiológico, clínico y terapéutico de la enfermedad.

Francisco Bernáldez (1883) analiza en su tesis principalmente los aspectos clínicos de la enfermedad, tal como eran vistos en el siglo XIX. Nos define a la tuberculosis como una “enfermedad constitucional” única en sus manifestaciones y muy variable en sus expresiones clínicas, especialmente en el niño. Describe a las unidades anatómicas de la tuberculosis como

⁵⁶⁸ “Algunas reflexiones acerca de 500 autopsias practicadas en el anfiteatro del Hospital de San Andrés desde la fundación del museo anatómico-patológico el 1º de marzo de 1895 hasta el 30 de septiembre de 1896 por los doctores Antonio J. Carbajal y Juan Martínez del Campo” en *Memorias del segundo congreso Panamericano*, México, Hoeck y Hamilton, 1998, pp.411-421. ; Rolón, Miguel., (1922) *La tuberculosis en la ciudad de México y su profilaxia*, tesis para graduación de la carrera de médico cirujano; México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación.p.22.

“granulaciones agrupadas que conforman un tubérculo amarillo crudo” y que en los niños frecuentemente llevaban a la muerte en sus primeras etapas evolutivas después de invadir y destruir su organismo, de acuerdo con numerosas observaciones realizadas en nuestro país y por grandes expertos extranjeros como Ernest Barthez (1811-1891) o Sigismund Jaccoud (1830-1913) entre otros.⁵⁶⁹

Francisco Valenzuela (1895) dentro del contexto de la misma época, nos refiere que la infancia era vista como una etapa crítica de la vida, entre otras razones porque el bacilo tuberculoso, se implantaba desde las más tiernas etapas de la vida, en aquellos sujetos que ofrecían un terreno abonado para que germinara.

Niños débiles, escrofulosos víctimas de la herencia alcohólica, sifilítica, de padres débiles, de vida disipada, progenitores «viciosos», madres solteras, viudas o de edad avanzada; niños enfermizos, atacados de diversas enfermedades como el sarampión, las viruelas, la escarlatina, el coqueluche, diarreas, o dispepsias, entre otros.⁵⁷⁰

La “escrofulosis” era una enfermedad estrechamente relacionada con la tuberculosis. Se presentaba en niños muy enfermizos y frágiles que traían consigo una “debilidad constitucional especial”. De los niños a quienes se diagnosticaba esta enfermedad se pensaba que tenían altas probabilidades de desarrollar el bacilo tuberculoso en su organismo. Se caracterizaba por un “estancamiento” en el sistema linfático, especialmente en el cuello. Los niños que la sufrían estaban pálidos, eran “velludos” sobre todo en la espalda; tenían grandes pestañas, y sufrían de “catarros nasales y oculares” frecuentes con formación de costras en las narinas. Tenían pequeñas flictenas o ampollas en las corneas de los ojos. Lucían parpados inflamados. Sufrían de escurrimientos repetidos de los oídos, erupciones dérmicas diversas, con formación de “liquen escrofuloso”; caries “circulares” de los dientes.⁵⁷¹

Por su parte Bernáldez nos presenta a la tuberculosis en los niños como una enfermedad mucho más activa que en los adultos, invadiendo más órganos, “la generalización era la regla” y conduciendo con mucha frecuencia a la muerte por complicaciones relativamente tempranas por meningitis, peritonitis, neumonías, diarreas y deshidratación.

⁵⁶⁹ Bernaldez, Francisco, (1883), p.10; Rilliet, F.; Barthez, E. *Traite clinique et pratique des malades des enfants, par Rilliet et Barthez*; Paris: Germer Bailliere, 1843; Jaccoud S., (1873) *Leçons de clinique medicale: faites a l'Hospital Lariboisier*. Paris, A. Delahaye,, 1873, 843pags. 10 hojas de láminas.

⁵⁷⁰ Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, pp.190-191.

⁵⁷¹ Valenzuela, Francisco., (1895) *Breves consideraciones sobre la coxotuberculosis y su tratamiento*, tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, p.20; Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, pp.153-154; Del Castillo, C.R, *op.cit.*, 2013, p.190.

De acuerdo con este médico tesista los niños mexicanos enfermos no se ajustaban siempre a los parámetros epidemiológicos observados y seguidos en esa época, como era el caso de la denominada *Ley de Louis*. “La tuberculosis pulmonar comienza generalmente por el vértice y en el pulmón izquierdo y, siempre que hay tuberculosis en otras partes del cuerpo, se acompaña también de lesiones en los pulmones”. Esto acontecía sobre todo en los niños muy pequeños que fallecían de tuberculosis en los que no se encontraba en los estudios post-mortem participación anatómica de la tuberculosis en sus pulmones, a pesar de que el bacilo de Koch había sido el responsable de sus muertes.

Las diferencias tanto clínicas como patológicas de la tuberculosis en los adultos y los niños podrían llegar a ser muy marcadas. La tuberculosis en los niños por lo general tenía una fase inicial de “latencia” que “presagiaba la explosión inminente de la diátesis”. El organismo de los niños enfermos se veía invadido por el germen. El pequeño enfermo lucía “melancólico”, triste y pálido. Solían presentarse “bochornos” por las tardes; movía con lentitud sus ojos y sus parpados; en ocasiones aparecía un color amoratado o azulado de la cara y sus tobillos se inflamaban y “abultaban” en sus maléolos; subía la temperatura corporal por las noches, acompañándose de sudores de la cara y de la frente, aunque no tan profusos como les sucedía a los adultos afectados por el mal.⁵⁷²

Para hacer el diagnóstico el médico se apoyaba en los antecedentes de su pequeño enfermo: niño enfermizo con antecedentes de otras enfermedades previas como sarampión o tosferina, diarreas frecuentes, de constitución débil o bien la presencia de otros casos de tuberculosis en la familia. La consunción, el enflaquecimiento y el adelgazamiento de los músculos del cuerpo, no era en el niño del grado que se llegaba a ver en los adultos consumidos por la tuberculosis, pero en cambio la evolución era más rápida.

Efectivamente, la tuberculosis en un niño era por lo general una enfermedad de corta duración. Predominaban las formas agudas. Muchos pequeños evolucionaban hacia una meningitis o una peritonitis que los llevaban irremediablemente a la muerte. Otros cursaban una “tuberculosis galopante” y acababan su vida en dos o tres semanas con síntomas agudos de insuficiencia respiratoria.⁵⁷³

⁵⁷² Bernaldez, F., (1883), *op.cit.*, p.15.

⁵⁷³ Macouzet, R., (1910), *op.cit.*, p.260; Bernaldez, F., (1883), *op.cit.*, p.37.

En muchos casos la detección de la enfermedad era una operación complicada para el médico. No era nada fácil diagnosticarla en un niño; se confundía con frecuencia con otras enfermedades infantiles, como las bronquitis agudas y neumonías, muy frecuentes en los pequeños, y que compartían con la tuberculosis infantil algunos signos, síntomas y hallazgos muy semejantes. La detección de ganglios bronquiales o mediastinales, afectados en el pequeño enfermo era una operación complicada sobre todo para los profesionales de la medicina más jóvenes, en una época en la que los diagnósticos dependían solamente de los órganos de los sentidos y del procesamiento mental del médico. Las detecciones más sutiles como el “signo de Grancher” en el vértice de los pulmones enfermos estaba reservada con frecuencia solamente a los más experimentados.⁵⁷⁴

Este hallazgo consistía en que en el pulmón infantil el médico podía encontrar, sobre todo en el vértice del pulmón enfermo, una inspiración más áspera y profunda, que era considerada como un signo precoz denominado en esas épocas “signo de Grancher.” Al percutir el tórax, el médico se encontraba con un sonido muy claro y al palpar se encontraba con debilidad o nulidad de las vibraciones de la voz.⁵⁷⁵ La enfermedad se confirmaba después de uno o varios ataques de bronquitis, sin una causa apreciable, o por “el impulso dado por alguna afección intercurrente como sarampión o tosferina”. La tos se hacía más frecuente, la respiración se aceleraba, las fuerzas disminuían, el enflaquecimiento aumentaba y la consunción con sus demás síntomas se establecía. El reblandecimiento con la consecuente producción de cavernas o excavaciones pulmonares, tan comunes en los enfermos adultos era un evento raro en los niños.

La llamada “fiebre hética” y los “grandes sudores”, eventos frecuentes de la tuberculosis del adulto y que explicaban el gran agotamiento que manifestaban muchos enfermos, en los niños eran menos intensos y se limitaban a la cara y a la cabeza. Una característica que servía al médico como elemento diagnóstico. Muchos niños tenían formas de tuberculosis localizada en los ganglios, en las meninges, peritoneo o en los huesos y articulaciones como la “coxo tuberculosis”, columna vertebral, rodilla, mano, entre otras y no manifestaban lesiones en el pulmón. Sobre todo niños entre 3 y 5 años de edad. A partir de los 6 años de edad, la enfermedad

⁵⁷⁴ Roque Macouzet, *Arte de criar y curar a los niños, op.cit...*, p. 260; Bernaldez, F., (1883), *Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia*, tesis para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta de C. Berruero, Hermanos, 1883, p. 37.

⁵⁷⁵ Grancher, J., (1897) *Traite des Maladies de l'Enfance*; publie sous la direction de J. Grancher, J.Comby, A.B. Marfan; ParísMasson, 1897.

empezaba a tener un comportamiento, más semejante al del adulto y las localizaciones pulmonares iban tomando cada vez más frecuencia y relevancia.

El diagnóstico de una tuberculosis en un niño sembraba por lo general una gran tristeza en hogares y familias. No respetaba edades, sexos o rangos sociales. “La sola mención de su nombre, creaba un sentimiento de verdadero desaliento” porque en muchos casos la medicina parecía incapaz de curarla, y creaba un sentimiento de impotencia en médicos y familias.⁵⁷⁶

Miguel Rolón (1922) nos presenta también un panorama de las ideas y las creencias, así como el estado del arte de la enfermedad en los primeros años y primeras dos décadas del siglo XX. El impacto social de la enfermedad fue cobrando cada vez más fuerza y más conciencia en la sociedad y la medicina de estas épocas, así como las propuestas para solucionar o al menos enfrentar la crisis social y humanitaria consecuentes principalmente al conflicto armado que vivió nuestro país en esos años y a los remanentes de la polarización social, pérdida de la calidad de vida de las clases populares y las olas migratorias que se vivieron en la ciudad de México, especialmente en los últimos años del porfiriato. Con especial dedicación a la niñez capitalina.

Cobró mayor sentido la concepción de la tuberculosis como una enfermedad cuyo desarrollo es inherente a las condiciones de vida creadas por un medio social. Durante la transición del siglo XIX al XX, y sus dos primeras décadas, se le concebía como “una terrible plaga que arrebata cada año cinco millones de seres humanos en el mundo”. Seguía siendo común la creencia de que era más frecuente en las bajas altitudes y en los climas cálidos. A pesar de ello en la capital mexicana era un mal que había venido incrementándose.⁵⁷⁷

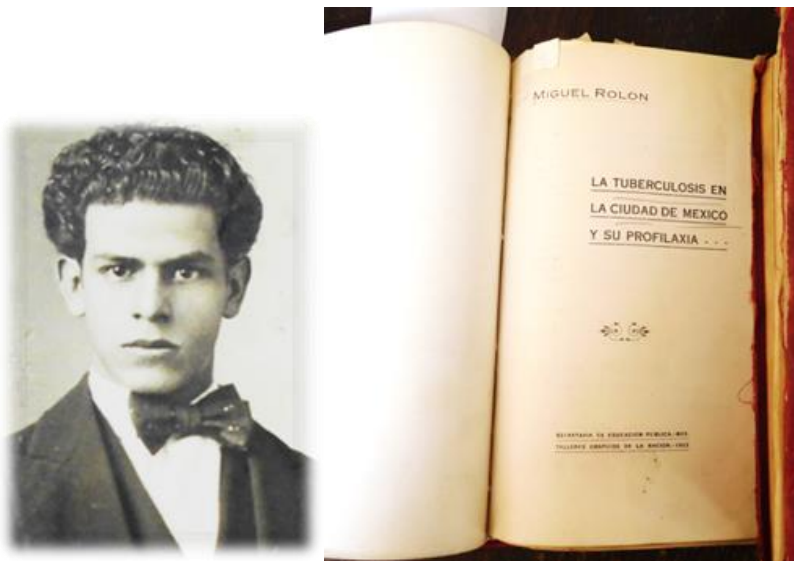
El médico Rolón (1922) nos documenta en su tesis los tres principales escenarios donde se desarrollaba básicamente la tuberculosis en la Ciudad de México. El seno familiar, los talleres y las fábricas y las escuelas de la capital. En este contexto “las tres llagas” que orillaban al “abismo de la tuberculosis” eran “la suciedad, el vicio y el hambre”; el alcoholismo era el acompañante habitual del mal. “Aquellos infelices en quienes la miseria condena a vivir en medio del hambre y la pobreza son los que frecuentemente van en busca del alcohol para disipar sus penas.”⁵⁷⁸

⁵⁷⁶ Bernáldez, F., (1883), *op.cit.*, pp.4-46; WEST, C., (1881) *Leçons sur les Maladies des Enfants*, París, G. Masson, Éditeur, p.507.

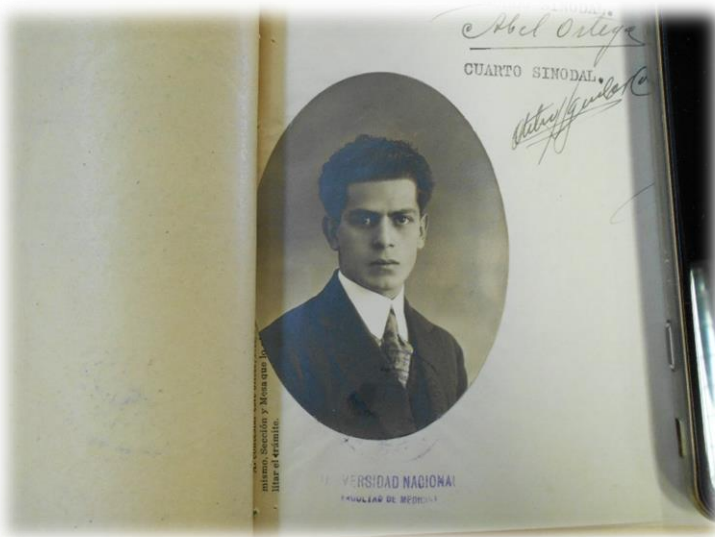
⁵⁷⁷ Rolón, M., (1922), *La tuberculosis en la ciudad de México y su profilaxia*, tesis para graduación de la carrera de médico cirujano; México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación. pp.9-10.

⁵⁷⁸ *Ibidem*, p.33

DR. MIGUEL ROLÓN (1922), *La tuberculosis en la ciudad de México y su profilaxia*, tesis para graduación de la carrera de médico cirujano; México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación



Natural de Guadalajara, Jalisco, donde estudió la primaria y sus estudios preuniversitarios en la Escuela Preparatoria de su estado. Sus estudios profesionales los llevó a cabo en la Escuela de Medicina y de Farmacia de Guadalajara. Culminó y consolidó sus estudios médicos en la ENM de la capital, presentando su examen profesional y defendiendo su tesis los días 13 y 14 de octubre de 1922 en las aulas y salas clínicas del Hospital General. Su Jurado sinodal estuvo constituido por los profesores Manuel Gea González, Abel Ortega, Gustavo Baz, Alberto Lozano Garza, Otilio Aguilar, siendo aprobado por unanimidad. Ejerció como médico practicante adjunto en el Hospital General de México durante el año de 1922. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes de Alumnos, Expediente 49 129].



La vida familiar, la cohabitación prolongada en espacios reducidos, que caracterizaban a las viviendas de las “oscuras y húmedas” vecindades que abundaban en la capital, era la responsable de la mayoría de los casos de tuberculosis. “El contagio familiar es el que nos explica la mayor parte de los casos que revisten la apariencia de formas hereditarias de la tuberculosis.”⁵⁷⁹ Esta frase nos revela que la convivencia familiar, prolongada de varios seres humanos pertenecientes a una familia y que cohabitaban juntos, hacía pensar a muchos médicos mexicanos de la época que existían formas hereditarias de tuberculosis, lo cual se descartó más adelante.

Las habitaciones y los alojamientos insalubres eran los escenarios y espacios estructurales en donde se consolidaba en el organismo humano la “tuberculización”. “Tugurios húmedos, sombríos, estrechos, privados de aire y sol” eran considerados la fuente de la tuberculosis. “La mayoría de la población está alojada en esas casas colectivas que nosotros llamamos de vecindad [...] en vetustos y sombríos edificios que quedan como recuerdo de la época colonial”⁵⁸⁰ En esas colectividades humanas los tuberculosos convivían al lado de sus familias.

Se pensaba que la aglomeración, la oscuridad y la inculstración, incrementaban la vitalidad de los *bacillus*. “En la ciudad de México el *bacillus* conserva su vida en la oscuridad durante varios meses y los esputos que lo contienen son peligrosos aun cuando haya pasado más de un mes de que han quedado secos en un lugar oscuro.” Estas eran palabras del profesor José Terrés, uno de los grandes expertos mexicanos en tuberculosis.

Otro factor asociado a la enfermedad era la proletarización y la sobrepoblación de las grandes olas migratorias generadas en el contexto de la industrialización y crecimiento urbano de la metrópoli capitalina a finales del siglo XIX y primeros años del XX que correlaciona muy bien con las cifras de morbilidad y mortalidad de la enfermedad que se manifiesta en la literatura médica. La mayoría de los enfermos tuberculosos que acudían a los dispensarios de Beneficencia Pública pertenecían a la clase trabajadora.⁵⁸¹

Eran muchos los padres y madres de familia capitalinos que tenían la necesidad de trabajar “para ganarse el pan” y el de sus hijos, convirtiéndose en agentes activos de contaminación. Siendo que la “tisis se cebaba” principalmente en los obreros, que tenían que

⁵⁷⁹ *Ibidem*, p.29.

⁵⁸⁰ *Ibidem.*, p.34.

⁵⁸¹ *Ibidem*, p.30.

acudir a sus recintos de trabajo aun estando enfermos, el médico sabía perfectamente que detectaría el bacilo en los talleres, factorías e industrias pequeñas, estrechas, mal ventiladas y sombrías que abundaban en la capital mexicana.⁵⁸²

Dentro de este grupo social el médico consideraba el sector más vulnerable al constituido por las madres obreras y a las “enfermas tuberculosas embarazadas” que deberían ser las principales beneficiarias de las campañas pro mejoramiento de la economía y el salario popular. Otro escenario de contagio era la vida escolar. La convivencia en la escuela llamaba la atención del médico por el hecho de que se realizaba en aglomeraciones humanas y especialmente porque los sujetos estaban en “una edad que ofrece con frecuencia un terreno virgen a la enfermedad”. La mayor parte de los casos de tuberculosis del adulto no eran sino una consecuencia tardía que databa de la niñez de los sujetos enfermos.

Las condiciones de la vida escolar que ofrecían un terreno apropiado para la tuberculosis eran: el desaseo, la ignorancia de los niños en materia de higiene, la “natural falta de precaución durante el juego”. Sus agravantes eran “las fatigas de la vida escolar, el crecimiento de los niños que ofrecían menor resistencia a la enfermedad y al bacilo que procedía de sus compañeros o maestros”⁵⁸³

Como vimos anteriormente los médicos pensaban que dos entidades que funcionaban como “gatillos” para “disparar” el cortejo clínico de una tuberculosis en los enfermos eran la sífilis y alcoholismo. Ambas funcionan como ejemplo de la comorbilidad que caracterizaba a muchos casos de enfermedades “degenerativas” debilitantes y consumidoras de la energía corporal. El consumo de alcohol productor de “decadencia orgánica” agravada eventualmente por otros tóxicos drogas heroicas, tabaco. “Aquellos infelices en quienes la miseria condena a vivir en medio del hambre y la pobreza son los que van en busca del alcohol para disipar sus penas.”⁵⁸⁴

Pedro Arroyo Ávila (1923) por su parte, nos expone sus ideas sobre la importancia otorgada por la sociedad y la medicina mexicana a la tuberculosis como enfermedad “degenerativa de la especie humana” y a la que muchos niños estaban destinados desde su nacimiento, a causa de su pobreza y condiciones precarias de existencia. Sus variedades clínicas

⁵⁸² *Ibidem*, pp.30-31.

⁵⁸³ *Ibidem*, p.29.

⁵⁸⁴ *Ibidem*, pp.30-31.

frecuentemente generalizadas en la niñez, conocidas por muchos con nombres propios suigeneris como “tuberculosis difusa de Landouzy” o “microadenopatía de Marfán” en alusión a investigadores que los habían descrito.

Arroyo nos presenta los datos obtenidos sobre tuberculosis infantil en los últimos años del porfiriato por los médicos inspectores escolares. De los 17 534 niños revisados en el periodo de 1908-1909 se encontró un porcentaje relativamente bajo de 0.13% del total si lo comparamos con los adultos afectados. Esta frecuencia se incrementó tres veces para el periodo de 1909-1910 (0.40% de 18 442 niños) posiblemente por el deterioro de la calidad de vida que se suscitó en ese periodo de tiempo.

La mayoría de los enfermos presentaban focos pulmonares, así como localizaciones en huesos y articulaciones; la cuarta parte tenía anemia y quedaba claro que la mayoría de los niños vivían en núcleos urbanos densamente poblados y que había que ir a buscar la enfermedad en el hábitat en que crecían dentro de su entorno familiar.

Arroyo también señala que Joaquín Cosío, médico inspector escolar y experto en medicina infantil, pensaba que la tuberculosis infantil en México era más frecuente entre los 3 y los 14 años en su variedad de “tuberculosis latente” en la que el médico se basaba para su diagnóstico clínico en la presencia de ganglios linfáticos peri bronquiales y peri traqueales, ciertamente un diagnóstico difícil de elaborar con las técnicas y la metodología clínica prevaleciente en la época, y quizá solo lo más observadores, capaces y experimentados hacían un diagnóstico temprano de la enfermedad. De acuerdo con las ideas, en los ganglios, los bacilos podían permanecer largos tiempos en espera de invadir el organismo.

Los niños mexicanos, de acuerdo con las ideas imperantes, eran “colonizados” por los bacilos desde temprana edad (a partir de los 3 a 4 años alcanzando su zenit a los 5-10 años). Muchos, quizá la mayoría, llegaban a la escuela clínicamente sanos y por lo general desarrollaban la tuberculosis en sus hogares.⁵⁸⁵ A pesar de ser un hecho poco frecuente en México la realización de estudios post mortem en niños, en los cuerpos infantiles que llegaron a ser recibidos y estudiados en el anfiteatro del Hospital General de México durante su primer año

⁵⁸⁵ Arroyo Ávila, P., (1923), *La tuberculosis de la infancia en México. Estudio de esta dolencia desde un punto de vista general*, tesis presentada para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Escuela Tipográfica Salesiana, p.28; URIBE Y TRONCOSO, M., Informe, en *Anales de Higiene Escolar*, tomo I, num.2, del año 1911.

de funcionamiento (1905) fueron descubiertas lesiones de tuberculosis en la mayoría de ellos, de acuerdo a una comunicación personal del patólogo Ernesto Ulrich con el autor Arroyo.

De 1915 a 1918 se incrementaron los casos de niños fallecidos y llevados al anfiteatro señalado, muchos de los cuales “fueron diagnosticados como tuberculosis miliar aguda peritoneal o generalizada y además como «consecuencia» de la inanición progresiva, intoxicaciones de origen alimenticio que facilitaban la bacilización.”⁵⁸⁶ En otras palabras, tenemos evidencias documentadas de la gran desnutrición que se vivió en esos años y sus consecuencias.

Estos datos nos dan una idea de la magnitud de la crisis por la que pasó la infancia en esos tiempos de hambre y de grandes carencias. Este tipo de fuentes e informaciones, relativas a la mortalidad infantil y sus causas son de gran interés dada la desaparición de algunos foros existentes con anterioridad al conflicto bélico que publicaron estudios numéricos relacionados con los problemas de salud infantil, entre los que destacan los *Anales de Higiene Escolar*.

Los hijos de padres tuberculosos, especialmente las madres, eran considerados conformantes de un grupo muy vulnerable no solo a la tuberculosis sino a otras enfermedades como la sífilis y la desnutrición, categoría reconocida por la medicina como “heredo-distrofias”. La predisposición a la enfermedad se manifestaba por una vulnerabilidad o susceptibilidad especial de órganos y tejidos a las infecciones, especialmente la tuberculosa. Eran niños que se alimentaban mal e irregularmente, con malas digestiones, débiles orgánicamente, mal nutridos, anémicos, estrechos de tórax, con *habitus* “tísico”. El escenario donde actuaba la cadena de contagio era amplio. “El niño que se arrastra sobre los suelos, juega con la tierra de los paseos públicos donde el mundo transita, desde el adulto inculto que espupa en el suelo para afirmar sus derechos de libertad hasta el inocente niño que recoge la muerte tras sus pasos”.⁵⁸⁷

La influencia de la madre tuberculosa es fatal [...] la leche de sus senos, sus tiernas caricias [...] el beso trasmite directamente el germen [...] las normas de la higiene y prescripciones del reglamento sanitario no son observadas, pudiendo con ello el pequeño contraer la tuberculosis [...] de sus compañeros, los maestros o el personal de servicio, la escuela, [...] el contagio alimenticio: la leche materna, de vaca, la carne de animales tuberculosos [...]⁵⁸⁸

⁵⁸⁶ Arroyo Ávila, P., (1923), *op.cit*, p.25.

⁵⁸⁷ *Ibidem*, pp.8-9.

⁵⁸⁸ *Ibidem*, p.9.

El hábitat en el que se desarrollaban los niños recibía una atención especial de la medicina mexicana de esa época. Abundaban ideas como esta.

Viven por lo general en cuartos redondos, cuyas puertas y ventanas no han sido orientadas debidamente [...] la luz solar y el aire [poderosos agentes desinfectantes] penetran en exiguas cantidades [...] se vive en el piso inferior de la finca, con exceso de humedad, insuficientes para las personas que los habitan; en su interior el fogón y la hornilla que desprenden emanaciones de la combustión del carbón [...] aglomeraciones para dormir casi la mitad de la vida [...] promiscuidad repugnante [...] animales domésticos [...] deyecciones de personas y animales.⁵⁸⁹

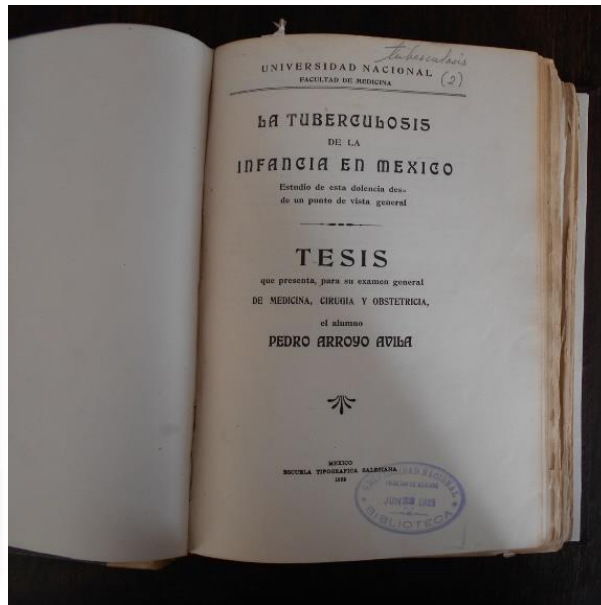
Si bien estas observaciones y opiniones no eran nuevas, explicaban y definían a mayor detalle los factores determinantes de las enfermedades y exponían en muchas ocasiones propuestas más concretas.

Otro asunto de gran importancia que colocaba a muchos niños en situación favorable a adquirir la enfermedad tuberculosa era el trabajo infantil. “Es regla general entre nuestro pueblo dedicar a sus hijos por pequeños que sean a trabajos demasiado rudos y superiores a sus fuerzas con el objeto de ayudarse con el producto de su trabajo al sostenimiento de la familia casi siempre numerosa.”⁵⁹⁰ Estaba sobre la mesa el tema de la convivencia de los niños con adultos extraños en los sitios de trabajo sin la menor protección ni regulaciones en los talleres artesanales, factorías, y calles de la ciudad.

Se vivía un choque entre las creencias populares y los cánones científicos, entre el derecho privado a la educación, crianza y formación de los niños y la opción de la medicina a intervenir, así como el enfrentamiento de patrones culturales diferentes y cosmovisiones enfrentadas; el paternalismo profesional contra la libertad de pensamiento y acción. Este choque adquirió una mayor relevancia en los casos de las tres enfermedades que fueron fundamentales en esa época y relativas a las ideas imperantes sobre la “degeneración de la raza”, así como a los lineamientos generales y los propósitos señalados por la pedagogía puericultora y la eugenesia: la desnutrición, la sífilis y la tuberculosis infantil.

⁵⁸⁹ *Ibidem*, p.10.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p.12



DR. PEDRO ARROYO ÁVILA (1923) *La tuberculosis de la infancia en México. Estudio de esta dolencia desde un punto de vista general*; tesis que presenta para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia el alumno... México, Escuela Tipográfica Salesiana.

Originario de Zacatecas, fue hijo de D.Jesús Arroyo, profesor de instrucción primaria y de Dña. Gertrudis Ávila. Hizo sus primeros estudios en Guadalupe, Zacatecas y se recibió de maestro de primaria en la Escuela Normal de la Ciudad de México en mayo de 1917. Posteriormente estudió su carrera de Médico en la ENM, presentando su examen profesional el 4 de julio de 1923 en el Pabellón de Maternidad del Hospital General de México. Siendo aprobado en forma exitosa, recibió su título profesional el 31 de julio del mismo año. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes Alumnos, expediente núm. 47322].

A finales de la década de 1920, destacó la tesis de Eduardo Del Raso (1930) que nos ofrece un recuento de lo ocurrido con la enfermedad especialmente en la segunda mitad del decenio. Para entonces ya se contaba con herramientas diagnósticas que incrementaron la cobertura del estudio y la definición clínica de la enfermedad en niños pequeños. Del Raso estudió en su tesis, la tuberculosis en los niños capitalinos más pequeños. A finales de la década de 1920, se diagnosticaba relativamente poco la tuberculosis en los niños menores de dos años. Los centros de atención médica infantil de la ciudad de México, como el Consultorio número 4 de la Beneficencia Pública atendió (1927-1928) cerca de 5000 niños menores de dos años, entre los cuales se diagnosticaron infecciones tuberculosas únicamente en el 1% de ellos.

Lo mismo ocurría en los Centros de Higiene Infantil de la capital mexicana donde un porcentaje semejante de niños había tomado ya contacto con el bacilo tuberculoso. ¿Qué era lo que protegía a estos niños procedentes de hogares pobres sobre poblados, numerosos, húmedos, oscuros? En esa época en el diagnóstico de tuberculosis ya se utilizaban en nuestro país las pruebas dérmicas desarrolladas a principios de siglo por Von Pirquet (escarificación) y Mantoux (intradermoreacción). Se tenía el precedente de reportes en niños franceses estudiados por Marfán que indicaban que solo el 10% de las reacciones cutáneas de Von Piquet eran positivas en niños menores de un año, contra el 72% de niños de 9 a 10 años.

Resultaba claro para el médico que la infección tuberculosa y la positividad de las pruebas se iba incrementando con la edad de los sujetos como quedaba demostrado en el estudio del pediatra francés. ¿Cuál era la situación prevaleciente en México? Para contestar esa interrogante Del Raso diseñó y llevó a cabo su propio estudio de investigación. Los escenarios seleccionados para ello fueron el Centro de Higiene Infantil “Juan María Rodríguez” comandado en ese tiempo por el pediatra Mario Toroella, el Consultorio de Beneficencia Pública número 3, al mando del pediatra Guillermo Christy y el número 4 a cargo de Guillermo Ferrer.⁵⁹¹

Del Raso se encontró con un asunto esclarecedor: los resultados mostraron que los casos positivos eran mayores que en los niños franceses. Los niños menores de un año fueron positivos el 17% y los de dos años, el 31%; en solo un año casi se doblaban los casos positivos. La “virginidad del terreno” en los niños pequeños incrementaba sensiblemente las posibilidades de

⁵⁹¹ Graduados en 1923 con la tesis “bismuto-terapia en la sífilis de la primera infancia” y el segundo en 1897 con la tesis “breves apuntes sobre higiene alimenticia en los recién nacidos” respectivamente; Del Raso, E., (1930) *Algunas consideraciones sobre tuberculosis en la primera infancia*, prueba escrita que para el examen profesional de médico cirujano presente el alumno... mecanografiada, pp. 2-4

que adquirieran una tuberculosis activa tomando en consideración sus circunstancias de vida y el microcosmos en que se llevaba a cabo su crecimiento y desarrollo.

Esta circunstancia aumentaba el valor diagnóstico de la prueba en los niños pequeños a diferencia de lo que sucedía en los niños mayores armados con una mayor capacidad inmunológica. Del Raso descubrió que la prueba dérmica tenía menor valor relativo después de los dos años y su mejor capacidad diagnóstica la ofrecía en niños menores de dos años. Una cuestión que hoy pareciera una obviedad en aquel momento fue algo muy convincente. Lo mismo se puede decir de los casos muy severos de tuberculosis que se presentaban en ese entonces. Los sujetos que llegaban a la “caquexia” con lesiones pulmonares muy extendidas o bien niños pequeños con una “granulía generalizada”, una meningitis o una tuberculosis generalizada o “miliar” no presentaban una respuesta inmunológica ya que con frecuencia en estas situaciones de gravedad perdían su capacidad inmunológica.

El término “anergia” o ausencia de respuesta inmunológica, acuñado y descrito por Von Pirquet, se presentaba con frecuencia en los niños que cursaban con tuberculosis graves o en los adultos que llegaban a estados muy avanzados del mal. Ernesto Del Raso conocía bien los trabajos de este investigador y pediatra austriaco que estaban en la mesa de la discusión en ese entonces.

El tesista mexicano nos da a conocer también, los trabajos de la investigadora Dora Emma Hertz que permitieron conocer los índices de mortalidad de tuberculosis que presentaban los niños muy pequeños que cursaban con tuberculosis incipiente. Los niños más pequeños, entre 0-6 meses que mostraban positividad a la tuberculina tenían las tasas de mortalidad más altas, 54%, mientras los que eran un poco mayores, hasta 2 años, la mortalidad disminuía sensiblemente hasta el 18%, por lo que a menor edad mayor mortalidad. Quedaba asentada la gran utilidad que tenía esta prueba diagnóstica en el tamizaje de la tuberculosis en etapas tempranas de su evolución.⁵⁹²

⁵⁹² *Ibidem*, p.23.; Clemens Freiherr Von Pirquet (1874-1929) pediatra austriaco pionero en los campos de la alergia y la inmunología al lado de los alemanes Max Gruber y Paul Ehrlich; originario de Viena; diseñó un tipo de dermo reacción a la tuberculina con una técnica por escarificación en la cara anterior del antebrazo izquierdo de los niños, utilizada durante mucho tiempo, siendo sustituida por una prueba con la misma finalidad pero menos agresiva para los niños, ideada y desarrollada por los científicos Dorothea Emma Hertz (1879-1962) pionera en el campo de la tuberculosis y la inmunología infantil y su esposo el pediatra e inmunólogo francés Charles Mantoux (1877-1947). En el diseño e invento de la prueba también participó el alemán Felix Mendel (1862-1935). La pareja Mantoux-Hertz presentó la prueba a la Academia de Ciencias Francesa en 1908. Mantoux C. “Intradermo-reaction de la tuberculine. Comptes rendus de l’Académie des sciences”, Paris, 1908; 147: 355-357. La prueba fue inventada

A finales de la década de 1920 ya se habían empezado a desechar algunas ideas y conceptos añejos como la “heredo predisposición” o las “heredo distrofias” muy comunes en el pensamiento de los primeros dos decenios del siglo XX y desde luego el siglo XIX, así como otros términos como “debilidad congénita” o “infantilismo”. La mayor predisposición a la enfermedad queda limitada a la esfera de la exposición en el medio familiar. Del Raso nos relata los estudios realizados por Grancher en Francia, que contribuyeron en gran medida a abandonar poco a poco estas falsas creencias, tan arraigadas por tanto tiempo entre médicos y sociedad en general.⁵⁹³

Con relación al contagio de la enfermedad se ponía el énfasis en la primera etapa de la vida del niño, cuando los pequeños recibían una carga energética y repetitiva de bacilos, siendo considerados poco resistentes a las “inoculaciones” masivas de gérmenes las probabilidades de desarrollar una enfermedad severa serían entonces muy altas. Las inoculaciones “discretas” en cambio, llevaban al germen a un estado latente y con el desarrollo de un grado mayor de inmunidad. Esto último sería el fundamento de las nuevas vacunas Calmette Guerin o BCG y la Ferrin o alfa, que estaba en ese momento en sus inicios. Esta última fue ensayada en México por los médicos Meyer e Hinojosa sin llegar aparentemente a conclusiones definitivas.⁵⁹⁴

Se pensaba que la inmunidad adquirida en la tuberculosis tenía un comportamiento semejante al de la sífilis, iba en relación con una exposición continuada y repetitiva al bacilo y a la espiroqueta que conducía a la resistencia a estos males crónicos por parte del organismo. El médico sabía que en los niños era trascendente efectuar el diagnóstico de tuberculosis en una etapa temprana o precoz de la enfermedad. Si se llegaba al periodo de generalización la

originalmente por el alemán Félix Mendel (1862-1935). Los Mantoux-Hertz la desarrollaron y perfeccionaron ; la prueba es mejor conocida como de Mendel-Mantoux.. Daniel, Thomas M., *Pioneers in Medicine and their impact on Tuberculosis*, University of Rochester Press, 2000, pp.133-155. El autor Daniel considera en su libro a 6 grandes pioneros de la tuberculosis: René Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) patología; Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1901) bacteriología; Hermann Michael Biggs (1859-1923) salud pública; Clemens von Pirquet (1874-1929) inmunología; Wade Hampton Frost (1880-1938) epidemiología; y a Selman Abraham Waksman (1888-1973) Antimicrobianos.

⁵⁹³ Del Raso, E., (1930), *op.cit.*, p.9.; Jacques-Joseph Grancher (1843-1907) clínico francés, discípulo de Eugene Bouchut (1818-1891) dirigió muchos años la sala de infecto-contagiosos del Hospital para niños de París (Hôpital des Enfants Malades) descartó totalmente estas añejas ideas, llevando a cabo diversos ensayos clínicos en niños parisinos con familiares enfermos de tuberculosis sacándolos de su hábitat y llevándolos a vivir y crecer en los campos donde se desarrollaron totalmente sanos, lejos de los contactos enfermos de sus familias en la urbe parisiense. El autor es también conocido por colaborar con Pasteur en los aspectos pediátricos en el primer caso de vacunación antirrábica exitosa en el niño Joseph Meister de 9 años de edad quien había sido mordido por un can rabioso fue un fundador de la infectología pediátrica.

⁵⁹⁴ *Ibidem*, p.31

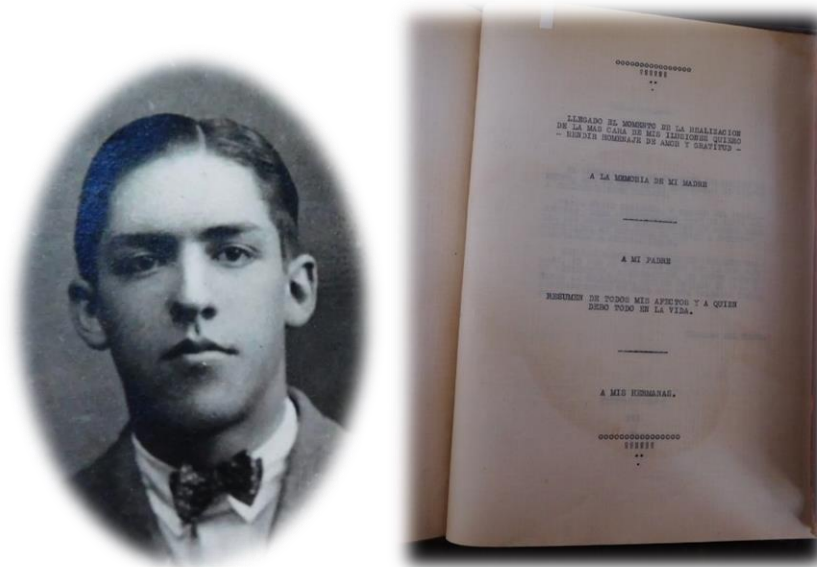
posibilidad de curar al niño disminuían sensiblemente. El diagnóstico precoz era definitivamente la meta de todo médico que intentaba curar a un niño. Esta gran necesidad explicaría los grandes esfuerzos invertidos en la formación del médico en el área de la clínica. Saber interrogar, interrelacionarse con el enfermo y su familia, las técnicas depuradas de exploración en las que se invertía un capital importante en la ENM. No era casual que estuviera a cargo de esta tarea un personaje de la talla del profesor José Terrés, un gran experto y pedagogo del campo clínico de la medicina. La tuberculosis era considerada como una enfermedad prototípica o “insignia” en el terreno de la formación clínica.⁵⁹⁵

Variaciones muy leves en la curva febril del niño, su malestar general, una “flacura” que no se explicaba por defectos en su alimentación o por una diarrea o trastornos en su digestión; la pérdida de su color normal, una bronquitis que se tornaba persistente o recurrente, un catarro al menor pretexto o una tos ligera pero rebelde, podrían ser los datos que en su conjunto perfilaran una tuberculosis infantil incipiente. La agudeza del médico lo impulsaba a realizar una prueba dérmica para apoyar el diagnóstico.⁵⁹⁶

Así mismo el autor Del Raso nos informa sobre la introducción en México de la vacuna BCG “obtenida de una cepa bovina muy virulenta” sometida a varios “pases”. El medio de cultivo original fue patata cocida en bilis glicerizada de buey al 5%. Finalmente se obtuvo una “raza de bacilos de Koch” de características *suigeneris* a la que se llamó BCG. En México, se hicieron investigaciones con esta vacuna en el Instituto de Higiene –antiguo Instituto Bacteriológico Nacional– por el mexicano Alfonso Castrejón, quien dirigió la Institución en el periodo 1929-1930. En estas pesquisas, y las realizadas en otros ámbitos, se llegó a la conclusión de que el BCG producía un verdadero “cuadro morboso” de tuberculosis con una “tendencia natural a la curación”.

⁵⁹⁵ *Ibidem*, p. 17

⁵⁹⁶ *Ibidem*, p.20. Por su parte, Eduardo Del Raso (1930) era originario del Distrito Federal, e ingresó a la ENM el año de 1924, presentado su examen profesional el 9 de junio de 1930, siendo aprobado por unanimidad por un jurado de sinodales compuesto por Manuel Gea González, Mario A. Toroella, Abel Ortega, Francisco Campos, Demetrio López, y Jorge Martínez de Castro.



DR. EDUARDO DEL RASO (1930) *Algunas consideraciones sobre tuberculosis en la primera infancia*, prueba escrita que para el examen profesional de medico cirujano presenta el alumno...texto mecanografiado.

Originario del Distrito Federal, estudió la primaria y la educación media en el Colegio Francés de Mexico para ingresar posteriormente en 1922, en la Escuela Nacional Preparatoria. El año de 1924 inició sus estudios profesionales de medicina, en la ENM. Apoyado por la Universidad Nacional por escasos recursos, logró terminar la carrera y presentar su examen profesional los días 9 y 10 de junio de 1930, siendo el presidente de su sinodo el profesor Manuel Gea González, destacando como sus jurados Mario Alfonso Toroella, Abel Ortega, Francisco Campos, Demetrio López y Jorge Martínez de Castro. Fue aprobado por unanimidad y le fue expedido su título el 8 de agosto de 1930. [AHUNAM / IISUE, Fondo UNAM, Expedientes Alumnos, expediente núm. 36047].

Se comprobó la presencia en los ganglios linfáticos de los sujetos animales utilizados en estos experimentos de “hiperplasia del retículo endotelial en los ganglios mesentéricos, bronquiales y cervicales” que contenían los bacilos aplicados; también se les encontraron a los cuyos sacrificados lesiones tuberculosas en el hígado, granulomas, que evolucionaban a la curación en la mayoría de los casos. La mayoría de los cuyos vacunados resistieron la enfermedad al ser inoculados con bacilo de Koch.⁵⁹⁷ Estas fueron algunas de las principales acciones que dieron bases seguras a las campañas de vacunación emprendidas en la infancia mexicana después de la década de 1920.

Otro grupo de tesis analizó una temática muy importante dentro del campo de la tuberculosis en esa época: la osteoartritis tuberculosa de la cadera en los niños capitalinos.

4.3.3.3 Osteoartritis tuberculosa en los niños mexicanos

El tema era suficientemente trascendente y relevante, especialmente en las últimas décadas del siglo XIX para que un notable catedrático y cuatro médicos graduados de la ENM le dedicaran sus tesis de investigación: Rafael Lavista (1874), Carlos Govea (1887), Octavio Velasco (1894), Francisco Valenzuela (1895) y Nicandro Melo (1896). De acuerdo con sus testimonios podemos saber ahora que en los últimos años de ese siglo se tenía una gran experiencia con esta enfermedad, tanto en su estudio como en su tratamiento en los servicios de atención en clínica infantil de los principales nosocomios de la ciudad de México, especialmente en el Hospital de Infancia y el Hospital de San Andrés.⁵⁹⁸

En estos escenarios el profesor Eduardo Liceaga realizó sus operaciones de vanguardia como lo eran la resección sub perióstica en la articulación coxo femoral, el profesor Regino González, transmitió a sus alumnos su gran destreza y capacidad intuitiva para elaborar diagnósticos tempranos de la enfermedad, mejorando sustancialmente el pronóstico de los niños enfermos del mal; así mismo el maestro Rafael Lavista practicaba sus legendarias cirugías salvando la vida y rescatando la calidad de existencia de una gran cantidad de pequeños pacientes. Se destacaban también las figuras de los pediatras y cirujanos Carlos Tejeda Guzmán

⁵⁹⁷ *Ibidem*, pp.32-35.

⁵⁹⁸ Se comentan en esta sección y se agregan otras observaciones de varias tesis universitarias analizadas por Del Castillo, C.R. “La atención médica y los cuidados del infante en la ciudad de México (1880-1915), tesis de maestría en historia UNAM, 2013, dirigida por la Dra. Patricia Aceves Pastrana, pp.196-204.

y Eduardo Vargas que interactuaban en el tratamiento ortopédico y en las delicadas cirugías que exigía el mal.

En el inicio del nuevo siglo la osteo artritis tuberculosa, era un padecimiento mejor conocido como “coxalgia”, por el gran dolor que la caracterizaba, siendo uno de los grandes problemas de salud pública en la ciudad. Se consideraba como la primera causa de internamientos de niños en la sección quirúrgica correspondiente del Hospital General de México durante sus primeros 4 años de servicios.⁵⁹⁹

Francisco Valenzuela (1895) nos relata en su tesis que se trataba de un padecimiento muy incapacitante y doloroso que afectaba seriamente la calidad de vida de los niños de la capital mexicana. En muchas ocasiones ponía en grave riesgo sus vidas.⁶⁰⁰ La enfermedad tenía su propio historial en el que figuraban diversos personajes de los siglos XVII, XVIII y XIX, como Richard Wiseman, Reimar, Brambilla; Bonnet, Nelaton y los más cercanos a la época, Lannelongue, Volkmann y Calot. Figuraban sus descripciones sobre la enfermedad, los términos utilizados en cada época, las técnicas quirúrgicas practicadas; las grandes destrucciones de tejido que encontraban los cirujanos; relatos sobre cómo se abría paso la infección a través de fistulas que supuraban en la piel, vejiga, peritoneo y recto, o viajaba a través del torrente circulatorio hasta el cerebro, las meninges y terminaba con la vida de los pequeños. Las operaciones practicadas solían ser mutilantes como las amputaciones de miembros o desarticulaciones.⁶⁰¹

De acuerdo con Nicandro Melo (1896) la edad más frecuente de su presentación oscilaba entre los 5 y 12 años. El agente causal de la enfermedad, el bacilo de Koch, era aislado de las lesiones difícilmente. El profesor Manuel Toussaint estaba al mando del departamento de patología del Hospital de San Andrés. Había sido discípulo del mismo Roberto Koch y de otros “príncipes de la ciencia” durante su estancia formativa en Berlín. Pensaba que era “menester en ocasiones hacer hasta cien y aun doscientas preparaciones para observarlo”.⁶⁰²

De acuerdo con las ideas dominantes el bacilo tenía preferencia por los “huesos tiernos” infantiles que “se hallaban muy vascularizados y con una gran actividad funcional”. Para el

⁵⁹⁹ Troconis y Alcalá, Luís., “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, t IV, núm. 9, 30 de septiembre de 1909, pp.714-726. comentario

⁶⁰⁰ Valenzuela, F., (1895), *Breves consideraciones sobre la coxotuberculosis y su tratamiento*; tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia; México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, p.22.

⁶⁰¹ *Ibidem*, p.22

⁶⁰² Melo, N., (1896) *Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento*; tesis para examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Imprenta de la Librería Madrileña, p.15.

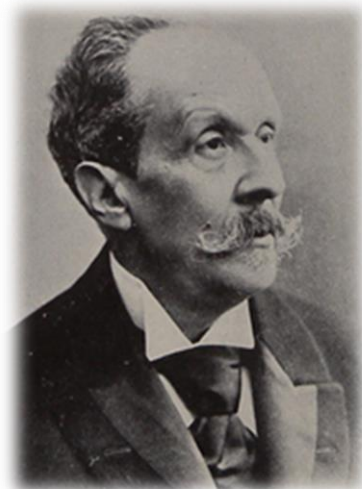
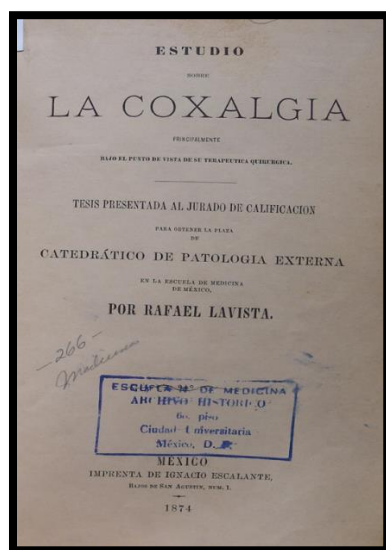
médico era fundamental lograr un diagnóstico temprano para mejorar el pronóstico de vida y funcional del niño. La categorización y clasificación clínica del padecimiento practicada en el México de la época era la diseñada por el profesor Rafael Lavista que dividía a la “coxalgia” en periodos clínicos que caracterizaban a los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad. “Fase congestiva”, en la que aún no había desorganización anatómica predominando una gran vascularidad y congestión de los tejidos afectados. “Fase hidrópica” en la que ya existía derrame y deformidad de la articulación. Y la más grave de todas, la “cario necrótica” cuando ya existía destrucción de tejidos y serias alteraciones funcionales en los movimientos.

Octavio Velasco (1894) nos informa que desgraciadamente era muy común que los niños llegaran a los servicios médicos cursando ya en esta última fase. Cuando “la contractura muscular era manifiesta, el dolor muy intenso y persistente y los miembros estaban ya en posiciones viciosas”. El niño había sido ya tratado infructuosamente con diversos remedios: “vejigatorios, tintura de yodo, puntas de fuego, pomada de belladona, unguento mercurial y fricciones de todas clases”.⁶⁰³

El médico tesista Nicandro Melo (1896) nos ofrece datos sobre el ambiente intelectual que privaba en el Hospital de San Andrés. El profesor Regino González estaba a cargo de la clínica infantil de este nosocomio y enseñaba a sus alumnos a ser muy observadores si querían detectar con oportunidad los signos y síntomas de la enfermedad. Existían datos muy constantes que podían orientar en el diagnóstico: el cansancio en los juegos infantiles y cuando los pequeños se apretaban las manos en el muslo afectado buscando alivio. El sueño de los niños se interrumpía con frecuencia con movimientos exaltados de la extremidad afectada. El dolor hacía llorar por las noches a los niños, “el grito nocturno” cuando la enfermedad estaba ya en fases más avanzadas. Era debido al “choque” o frote de las superficies articulares inflamadas, bajo los efectos de la relajación muscular propia del sueño.⁶⁰⁴

⁶⁰³ Velasco, O., (1894), *Algunas consideraciones sobre las osteo-artritis tuberculosas*, tesis presentada para el examen general de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, calle de San Andrés num.15, p.27, citado por Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, p.202

⁶⁰⁴ Melo, N., (1896), *op. cit.*, p.64; Valenzuela, F., (1894) *op.cit.*, pp.30-32; Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, p.199.



DR. RAFAEL LAVISTA (1874) *Estudio sobre la coxalgia, principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica*, tesis presentada para concurso por la plaza de catedrático de patología externa, México, Imprenta de Ignacio Escalante.

Nació en Durango en el seno de una familia humilde el 22 de julio de 1839. Estudió la carrera de médico cirujano en la Ciudad de México recibiendo en 1862. Ingresó como médico practicante al Hospital de San Andrés, en donde se desempeñó profesionalmente toda su vida. En 1874 ocupó la plaza de profesor de patología quirúrgica en la ENM y desde 1882 hasta su muerte impartió el segundo curso de clínica quirúrgica. Se dice que tenía una habilidad asombrosa como cirujano, practicando con frecuencia “intervenciones difíciles, dilatadas, que requerían de técnicas complicadas, mostrando en ellas una pasmosa serenidad” Fue un innovador en diferentes áreas quirúrgicas. Murió el 4 de abril de 1900.⁶⁰⁵

⁶⁰⁵ Pruneda, Alfonso, “Elogios académicos, Rafael Lavista” en *Gaceta Médica de México*, t.LXXX, 26 de abril, núm.2, 1950, pp.225-232; “Dr. Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVII, 15 de abril, núm.8, 1900, pp.139-142; Del Castillo, C.R., 2013, *op.cit.*, pp.203-204.

Entre muchas de sus observaciones a los alumnos, González hacía hincapié en detectar ligeras cojeras en los niños como signo temprano e insistía en aprender a “escuchar los pasos al caminar” de los pequeños para detectar asimetrías. Se trataba de “examinar a profundidad y detalladamente a un niño ante la presencia del menor síntoma” verificando con los exámenes sucesivos la formulación de un diagnóstico certero. En los casos avanzados llegaban los infantes al hospital con fracturas causadas con los movimientos activos de sus miembros, dado el grado de atrofia y adelgazamiento que llegaban a experimentar sus músculos articulares y huesos.

Se recurría en los hospitales a estrategias muy añejas para verificar el diagnóstico. La “prueba o maniobra de Lannelongue” consistía en colocar al niño de pie repartiendo su peso en sus dos miembros inferiores. Si alguna de sus caderas estaba enferma, se presentaba con prontitud un “temblor” de la extremidad afectada, apoyándose con más intensidad en el miembro sano.

Francisco Valenzuela (1894) era alumno del profesor Carlos Tejeda Guzmán en el Hospital de Maternidad e Infancia y nos refiere las experiencias transmitidas por su maestro. “Iniciándose este cansancio por un temblor, que el señor profesor Tejeda nos hacía notar en la clínica, que se apodera del miembro enfermo revelando la poca firmeza que tiene éste.”⁶⁰⁶

Tanto Melo (1896) como Valenzuela (1894) compartían las lecciones del maestro Rafael Lavista, uno de los grandes cirujanos mexicanos expertos en el tema quien enseñaba que “la tumefacción ganglionar de la ingle y la exagerada contractura muscular local” eran signos necesarios para efectuar el diagnóstico. En casos dudosos y dada la gravedad que implicaba el diagnóstico, el gran médico duranguense recomendaba anestesiarse al enfermo en el hospital con cloroformo y explorarlo más detalladamente, relajar los músculos con mayor eficacia y observar los cambios con mayor fidelidad.⁶⁰⁷

⁶⁰⁶ Valenzuela, F., (1894) *op.cit.*, p.26: Del Castillo, C.R., 2013, *op.cit.*, p.200.

⁶⁰⁷ Lavista era originario de Durango procedente de una familia humilde, naciendo el 22 de julio de 1839. Estudió la carrera de médico cirujano en la ciudad de México recibiendo en 1862. Ingresó como médico practicante al Hospital de San Andrés, en el cual se desempeñó profesionalmente toda su vida. Llegó a ser en 1864, uno de los directores más jóvenes de este centro asistencial con solo 25 años. En 1874 ocupó la plaza de profesor de patología quirúrgica en la ENM y desde 1882 hasta su muerte impartió el segundo curso de Clínica quirúrgica. Formó una extraordinaria mancuerna docente con el profesor Regino González en el Hospital de San Andrés, memorable para muchos de sus alumnos que recorrieron sus aulas y quirófanos. Tenía una habilidad asombrosa como cirujano. Practicaba con frecuencia “intervenciones difíciles, dilatadas, de técnica complicada en la que mostraba una pasmosa serenidad”. Fue un innovador en diferentes áreas quirúrgicas. Murió el 4 de abril de 1900, víctima de una septicemia que se le presentó debido a un accidente (“pinchazo” con una aguja contaminada) en una de sus

En la mayor parte de los niños enfermos de este mal se prefería un tratamiento conservador, buscando evitar las operaciones “sangrantes” o muy invasivas. Las inmovilizaciones prolongadas o las tracciones con pesas por dos o tres meses eran las conductas terapéuticas más comunes en los hospitales. Octavio Velasco (1894) trató niños con este método en el Hospital de San Andrés. Pensaba al respecto:

Ya sea con un aparato inamovible o por la tracción ejercida con pesas en el miembro enfermo [...] el niño torna mejor el sueño, desaparece el terror nocturno y todo esto de un modo tan rápido y tan completo que no tememos ser tachados de exageración al calificar de brillante este resultado.⁶⁰⁸

Efectivamente, con este procedimiento, a los pocos días había un alivio notable, los dolores del niño iban poco a poco desapareciendo, y después de unos tres meses se retiraba la tracción y se colocaba al niño un aparato de yeso para conservar el reposo articular y darle la oportunidad de deambular con muletas.⁶⁰⁹

Cuando a pesar de todo, el proceso patológico avanzaba y la extremidad enferma llegaba a presentar “actitudes viciosas”, consistentes en rotaciones anormales, “flexiones y abducciones” los médicos sabían que había llegado el momento en que los cirujanos practicaran grandes “resecciones”, cuando los abscesos y los trayectos fistulosos se reproducían a pesar de medicamentos y drenajes. Era el momento de las operaciones, para evitar la “tuberculización” generalizada, “degeneración visceral” y el consumo de los pequeños organismos.⁶¹⁰ Las operaciones “vanguardistas” eran las resecciones “subperiosticas” buscando la regeneración huesosa y la restauración de las articulaciones destruidas. Están documentadas en las publicaciones de Eduardo Liceaga y Rafael Lavista.⁶¹¹

operaciones. Pruneda, A., (1950), “Elogios académicos. Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXX, 26 de abril, núm.2, 1950, pp. 225-232; “Dr. Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVII, 15 de abril, núm.8, 1900, pp. 139-142.; Del Castillo, C.R., *op.cit.*, 2013, pp.201-204.

⁶⁰⁸ Velasco, O., (1894), *op.cit.*, p.31; Del Castillo, C.R., 2013, *op.cit.*, p.202.

⁶⁰⁹ Valenzuela, F., (1894), *op.cit.*, p.56; el tesista nos informa que se contaba cuando menos con un modelo del “aparato de Lannelongue”, en el Hospital de Infancia de México, construido bajo la dirección del Dr. Eduardo Vargas, Jefe de la clínica infantil de dicho nosocomio. Se trataba de una cama con un colchón impermeable que tenía un agujero en la parte media (para recoger orina y heces del niño y efectuar los aseos). Se fijaba a la extremidad enferma del niño una cuerda, que a través de una polea era traccionada por una pesa que iba de 250 g a 2 kg.

⁶¹⁰ Macouzet, R., *op.cit.*, 1910, p.90.

⁶¹¹ Liceaga, E., “Resección sub-capsulo-perióstica de la articulación coxo-femoral seguida de la regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, México, t.I, núm.1, 1 de enero de 1875, pp.6-8; Valenzuela, F., (1894), p.65.

El tratamiento general de la “tisis” consistía en esa época en sustraer al enfermo del medio en que se había contaminado. Lo ideal era conducir a los enfermos a un ambiente marino, donde a nivel del mar el niño recibiera los beneficios de los baños de agua salina, lo cual desde luego solo era aplicable a una pequeña fracción de los niños mexicanos afectados por la enfermedad. La mayoría de ellos debería contentarse con recibir la hidroterapia terapéutica en las salas de los hospitales o en los cuartos de las vecindades que compartían con su familia en las zonas urbanas o rurales de la ciudad de México. A los enfermos se les proporcionaban remedios que fortalecieran su organismo y los ayudaran a resistir los embates de la enfermedad.

Tal era el caso de los tónicos y reconstituyentes como el aceite de hígado de bacalao, las sales de quina y los vinos aromáticos. También la acción de algunos medicamentos como el benzoato de sosa o las inhalaciones de agua creosotada. Los ejercicios moderados al aire libre formaban parte del tratamiento, sobre todo en el entorno de la capital mexicana, se contaba para estos casos con los terapéuticos paseos a través del bosque de Chapultepec.⁶¹²

4.3.4 La desnutrición de la infancia en México

En esta sección se comentan diversas temáticas relacionadas con la desnutrición infantil en la Ciudad de México referidas y analizadas por algunos más de nuestros médicos- tesistas de la Escuela Nacional de Medicina entre los años 1920 y 1936. Las ideas comentadas nos permiten valorar los cambios que se fueron presentando durante el transcurso de las primeras décadas del siglo: los avances en el nivel de los conocimientos tanto de la fisiología digestiva como del

⁶¹² Octavio Velasco, *op.cit.*, p.30. José Terrés recomendaba la creosota en la tuberculosis en sus fases iniciales. Se trataba de un producto terapéutico de acción balsámica, expectorante y descongestiva, cuya base principal era el guayacol, debiendo ser sometida a un proceso minucioso de destilación por el farmacéutico antes de ser utilizada en enfermos. Luís E. Ruiz llegó a utilizar antisépticos por vía subcutánea, como el ácido fénico. Liceaga utilizaba el calomel “al interior” y pomadas de “ungüento napolitano” o mercurial en las lesiones tuberculosas de ganglios y articulaciones. Así mismo aplicaba “vejigatorios volantes” (protegiendo la piel delicada del niño con delgadas capas textiles) en los sitios donde detectaba las “induraciones pulmonares”. Hacia 1891, este autor coordinó el primer ensayo clínico (de que se tiene conocimiento) investigando el efecto curativo de la “linfa de Koch” o tuberculina en el Hospital de Infancia de la capital, obteniendo cierto grado de éxito. Se estimulaba el apetito de los niños a base de preparaciones magistrales de quina combinada con estricnina y arsénico a microdosis. Todos los autores recomendaban a sus pacientes, ya fueran niños o adultos, largos paseos por el boque de Chapultepec, baños de sol abundantes, baños en aguas minerales, abundante ventilación, ejercicio al aire libre. Tuvieron que pasar muchos años –hasta mediados del siglo XX- para que aparecieran los primeros medicamentos anti-fímicos realmente efectivos. Véase: Gregorio Mendizábal, “Farmacología, Terapéutica y Farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga”, *Gaceta Médica de México*, t.VII, núm.2, febrero de 1912, pp.49-104, p.75; Eduardo Liceaga, *op.cit.*, 1949, pp.109-116; mismo autor *op.cit.*, 1901, pp.143-152; José Terres, *op.cit.*, 1901, pp.9-11.

metabolismo infantil, así como un vigoroso desarrollo experimentado por la tecnología, la industria, la comercialización y el mercado del ramo alimentario.

La dupla nutrición- desnutrición infantil era vista por la medicina mexicana como un tema básico en el área de la puericultura y dentro del contexto de la mortalidad infantil en los años finales del siglo XIX y las postrimerías de la Revolución y la enorme frecuencia de desnutrición infantil sufrida en México. Los médicos mexicanos manifestaron la necesidad de conocer a profundidad y aplicar las diferentes clasificaciones y categorías relativas al área médica del proceso nutrición- desnutrición que se manejaban en el orbe ante un panorama carente de criterios uniformes y coherentes. La urgencia de armonizar y hablar el mismo lenguaje en todos los escenarios. Se debatían y discutían los criterios de diversos investigadores del escenario europeo. Parrot y Marfan en París, Heubner, Camererer, Finkelstein, Rohmer y Reubner en Berlín; Langstein en Viena, entre los principales. Existían similitudes, pero también diferencias en la aplicación de sus diversas ideas en los pequeños enfermos.

Se revisan los primeros datos objetivos sobre la materia, proporcionados por los médicos tesisistas sobre la gran frecuencia de la desnutrición en los principales centros de atención infantil, los Centros de Higiene Infantil y los Dispensarios de Beneficencia Pública de la ciudad. El papel de las infecciones crónicas como determinantes, sífilis y tuberculosis, así como la gran prevalencia de infecciones gastro intestinales. Las prácticas nutricionales y los cuidados de la infancia; el caso del niño asilado y hospitalizado. Los grandes debates sobre los mecanismos patogénicos de las perturbaciones nutricionales, las diferentes posturas. El metabolismo anormal del niño enfermo y sus fundamentos. El niño desnutrido y su gran vulnerabilidad. ¿Cómo llegaba un niño a convertirse en desnutrido? La investigación fisiológica, digestiva y metabólica; análisis y toma de decisiones; investigación nutricional, bacteriológica y química. Las pesquisas francesas y alemanas de finales del siglo XIX y del siglo XX. La investigación clínica en México.

La pedagogía de la nutrición implicaba argumentación moralista y literatura costumbrista; maternidad “científica”; razonamientos basados en evidencias. Normatividad, la ley y la protección de la mujer y del niño. La difusión y comunicación de las ideas relacionadas a la nutrición infantil. La práctica de la nutrición implicaba reglas higiénicas y condiciones de vida; declinación de la lactancia materna y sus contraindicaciones; nodriza: prácticas, cuidados,

normatividad y regulaciones. Ideas y prácticas en México: Cosío, Macouzet, Ramírez, Toroella, Vergara, Castañeda, Cárdenas de la Vega, Gómez Santos, como autores y protagonistas.

La madre proletaria y la alimentación artificial; el proceso y sus diferentes fases; ablactación. Harinas, atoles, incorporación del lactante a la dieta familiar y alimentos nuevos; temporalidades. Se implicaron los diferentes criterios; las ideas de Camerer y la medicina mexicana. Los peligros y los riesgos de la crianza artificial, así como la tolerancia infantil a los alimentos “no naturales”; la leche de vaca en los niños capitalinos; ganado vacuno y su manipulación; el uso de las tablas referenciales en el manejo del niño desnutrido, Marfan, Santiago Ramírez y Manuel Cárdenas de la Vega. La visión del médico sobre la oferta de productos industriales y comerciales y su popularidad en México; la regulación médica de la lactancia artificial a partir de la microbiología, esterilización, la higiene de los establos. El nivel de tecnología alimentaria y la delicadeza de los procesos de la fisiología digestiva infantil; la calorificación del organismo infantil y su protección.

La importancia creciente concedida a las grandes series de casos de niños con relación a la vigilancia clínica del crecimiento y desarrollo infantil. La aplicación sistemática de indicadores médicos usados en el tratamiento de la desnutrición: peso, talla, perímetros, segmentos corporales, “calidad” de los tejidos, tipo de evacuaciones, estado general, temperatura, signos circulatorios, edemas, coloración de tegumentos, temperamento y carácter. Los criterios de Langstein y Finkelstein y su desarrollo en México.

Los diferendos en las reglas terapéuticas y los criterios aplicados en México basados en la gravedad de los casos, la edad y el “estado constitucional” de los niños; el “poder curativo de la leche materna”. El objetivo del tratamiento en esas épocas: suprimir la actividad fermentativa; la diarrea y su expresión fermentativa; el uso de las mezclas “anti fermentativas”: dextrina maltosa y “leche albuminosa”.

4.3.4.1 La desnutrición y sus factores determinantes

Emilio Meza Llorente (1926) nos aporta en su tesis información sobre el estado del conocimiento de este problema de salud desde finales del siglo XIX y los primeros del siglo XX.

Se trataba de una época en la que no existía una uniformidad en criterios y clasificaciones. Los diferentes autores e investigadores cada uno en sus diferentes escenarios de trabajo y de acuerdo con sus experiencias, le daban un apelativo y un calificativo a cada estado

clínico, llegando a descripciones y conclusiones muy semejantes en la mayoría de los casos, pero con algunas diferencias significativas en otros. Los factores que explicaban a los ojos del médico, la gran frecuencia que tenía la desnutrición en los niños era analizada con indicadores casi exclusivamente biológicos que pasaban por las siguientes estaciones.

- 1) La dependencia del niño casi absoluta a la lactancia materna y las consecuencias impredecibles que tenía su privación.
- 2) El predominio de los fenómenos de asimilación sobre la desasimilación. La gran actividad fisiológica que implicaba el crecimiento imponía al organismo infantil necesidades calóricas y nutricionales ineludibles. Menciona el autor las investigaciones pioneras de Jules Parrot (1829-1883) y las posteriores de Albert Robin (1847-1928) en la fisiología digestiva, en relación con las enormes necesidades de nutrientes del organismo infantil que aportaron información importante al respecto.
- 3) El mayor gasto y consumo energético del niño, y su gran pérdida de calor, por superficie corporal, incrementa sensiblemente las necesidades tanto de agua como de nutrientes.

Cualquier situación que tendiera a disminuir la asimilación, abonaría para la presencia de una desnutrición infantil: alimentación defectuosa cualitativa o cuantitativamente, las infecciones o intoxicaciones crónicas, los trastornos digestivos en toda su diversidad. Si se privaba a un niño de la alimentación materna, especialmente en los seis primeros meses de su vida, sustituyéndola por una alimentación artificial se le colocaba en el terreno de adquirir una perturbación nutritiva.

De acuerdo con los cánones de la época otra situación que exigía demasiado trabajo al organismo infantil y rebasaba su capacidad era la presencia de enfermedades infecciosas que se convertían en perturbaciones digestivas cuando eran crónicas o recurrentes. En este terreno entraba la sífilis congénita especialmente en los dos primeros años de vida. La tuberculosis entraba también dentro de esta categoría, pero sus consecuencias nutricionales eran paliadas ventajosamente con una buena alimentación al seno materno. En el caso contrario, con alimentaciones artificiales, a los ojos de muchos, los niños afectados tenían grandes probabilidades de morir rápidamente.

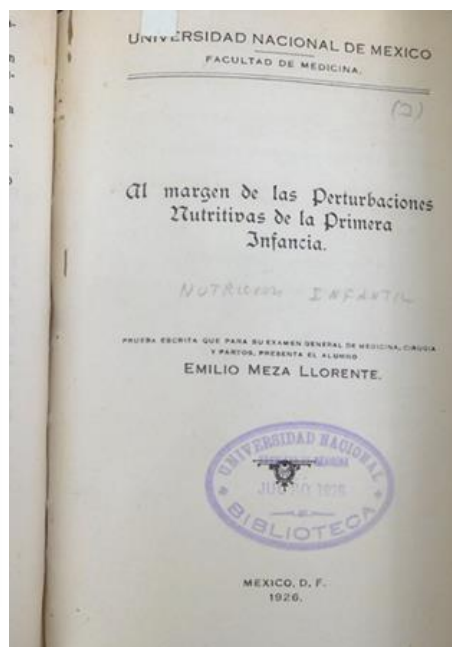
Los estados de desnutrición eran asignados a hijos de padres alcohólicos, con edad avanzada o “neurópatas”. Los niños “débiles congénitos” que como ya se mencionó estaba asociado también con frecuencia a sífilis y lo eran casi siempre desde su vida intra uterina. La desnutrición infantil era una enfermedad que se iniciaba desde el embarazo. A los ojos del

médico el niño desnutrido típicamente tenía señales clínicas desde muy pequeño: bajo peso al nacer, una palidez característica de su rostro que se explicaba por una “distribución anormal en la sangre”.

Los niños desnutridos solían tener un carácter “irascible, irritables al menor motivo, pusilánimes” su sueño típicamente inquieto, y el llanto debido a diversos malestares y dolores corporales. Las “facultades mentales” se afectaban cuando el niño llegaba a estados más graves como la “descomposición e intoxicación”. Estos “embotamientos” no eran advertidos con frecuencia por los médicos menos experimentados.⁶¹³

⁶¹³ Meza Llorente, Emilio (1926) *Al margen de las perturbaciones nutritivas de la primera infancia*. Prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y partos. [Sin indicación de casa impresora] Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México, pp.24-26.

DR. EMILIO MEZA LLORENTE (1926) *Al margen de las perturbaciones nutritivas de la primera infancia*, tesis recepcional, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina.



Originario de Chicontepec, Veracruz; Hijo de D. Emilio Meza y Dña. Concepción Llorente. Vivió su infancia y realizó sus estudios primarios en su tierra natal para viajar a la capital e Ingresar a la Escuela Nacional Preparatoria el 5 de marzo de 1913. En 1918 inició sus estudios de medicina culminando la carrera en 1926. Presentó su examen profesional, y defendió exitosamente la tesis analizada en esta investigación el día 7 de agosto de 1926. Recibió su título de médico cirujano el 9 de septiembre de dicho año. En su exposición nos muestra la ominosa presencia de la desnutrición en los pequeños asilados de la Casa de Cuna, y como era afrontada por sus médicos. [AHUNAM, IISUE, Fondo UNAM, Expedientes de Alumnos; Expediente 22484].

el curso de Francés
 el curso de Dibujo
 Ejercicios Físicos
 Militares

11 Miguel Salinas
11 Leon M. Pacheco
11 Enrique Cárdenas



El interesado protesta por medio de su firma
 plir con todos los deberes que le incumben
 alumno de esta Escuela, y muy especialmente en
 relativos a disciplina.

Emilio Meza Dorca

ACUERDO
 FEB. 28. 1913

Conforme a las disposiciones relativas y previo examen del
 Médico, inscribase.

EL DIRECTOR,



años de edad,
 y de doña
 ción en la ca
 tado
 plica se si
 esa Escuela
 que
 sim

¿Qué sucedía en el interior de los niños, de sus organismos, para que llegaran a convertirse en desnutridos? Los intentos por contestar esta pregunta habían llevado en el campo de la pediatría a generar una gran cantidad de hipótesis y teorías en muchos casos erróneas o alejadas de la realidad. “Tantos errores han motivado el reproche hecho a los pediatras por cambios demasiado frecuentes en la concepción de las ideas relacionadas con la desnutrición de los niños.”⁶¹⁴ Sin embargo, estos diferendos en los criterios médicos, polémicas, debates acalorados, confrontaciones, quizá exageradamente frecuentes, de acuerdo con Leopold Langstein (1876-1933) pediatra e investigador austriaco contemporáneo a la época, dieron mucha luz a este asunto y permitieron aclarar al paso del tiempo la patogénesis de las perturbaciones nutricionales de los niños.

Para entonces se pensaba que los alimentos no naturales, alejados de la alimentación materna, la sobre alimentación de los niños con comidas inadecuadas, excesos de grasa y azúcar con la consecuente generación de ácidos grasos como el acético, butírico, láctico, valerianico, succínico, conducía a una irritación crónica del tracto digestivo y a la presencia de fermentaciones exageradas de las floras bacterianas, formándose en el intestino del niño sustancias anormales. Era uno de los caminos que llevaba al organismo infantil a consumirse.

Si el organismo infantil “carecía de agua, sodio, albuminoides o hidratos de carbono en sus ingestas”, se veía privado de su crecimiento y no podía verificar sus funciones vitales, situación que el organismo del niño no podía tolerar por mucho tiempo. Esto, sin embargo, variaba en cada caso. En México las perturbaciones nutritivas se presentaban con frecuencia por mala calidad de la leche. Tenían características estacionales ya que se presentaba básicamente en los veranos.⁶¹⁵

La perturbación nutricional se asociaba al tipo de vida familiar, al medio en que vivían y crecían los niños, a las ideas, creencias y recursos materiales; los pequeños que vivían asilados en instituciones o se encontraban en medios hospitalarios. Debemos suponer que las estancias eran prolongadas y en muchos casos quedaban expuestos a las aglomeraciones, a la poca atención personalizada, a la mala calidad de los alimentos, a los diminutos y reducidos espacios físicos, a la frecuente predisposición a las infecciones que caracterizaban a estos tipos de hábitat.

⁶¹⁴ *Ibidem*, p.27.

⁶¹⁵ *Ibidem*, p.31.

La “monotonía del hospital con su falta de excitación física, la soledad de los niños, la falta de entretenimientos” considerados factores que afectaban especialmente a los niños “muy sensibles, impresionables, pusilánimes en los que cualquier cosa es motivo de temor y llanto”. Existía de acuerdo con el pensamiento médico de la época una relación entre “la esfera nerviosa y las funciones nutritivas.” El factor constitucional estaba considerado de suma importancia en el curso de estos trastornos nutricionales “el poder nutritivo del niño, su capacidad de trabajo depende de su idiosincrasia, de ciertas cualidades ingénitas”.

Menudeaban las preguntas. ¿Existía un daño en la célula intestinal, alteraciones de origen y por ende limitación de los poderes digestivos y asimilativos? ¿Estaban alteradas las células bajo cuya dependencia estaba el fenómeno del crecimiento? ¿Existía inferioridad congénita de ciertas glándulas endocrinas cuya función deficiente conducía a alteraciones del proceso nutricional? ¿Había obstáculo en la formación orgánica de sustancias biológicas importantes para llevar a cabo los fenómenos de la asimilación? o ¿El problema residía en un trabajo insuficiente del sistema nervioso en sus funciones reguladoras? Estas eran cuestiones no aclaradas que inquietaban a los médicos en ese entonces.⁶¹⁶

El origen y la desnutrición de cada niño tenían una historia que el médico necesitaba conocer a profundidad para establecer un diagnóstico correcto y apegado a la realidad del niño y que permitiría plantear un tratamiento adecuado a cada caso y tomar decisiones con mayor seguridad. El médico mexicano tenía la necesidad de dominar y manejar bien las clasificaciones francesas y alemanas, conocer muy bien sus correspondencias y aplicarlas a la realidad que se vivía en el país y la ciudad: los niños que acudían a la consulta en los dispensarios de Beneficencia, los hospitales, a las clínicas o centros de higiene infantil, a los servicios médicos de las escuelas de la capital. Estaba aún el gran pendiente de diseñar y aplicar un sistema clasificatorio más acorde con el niño mexicano y sus variaciones.⁶¹⁷

El primer paso, para un médico que se enfrentaba a un caso de desnutrición, era decidir el estado de gravedad en que estaba el proceso en su pequeño enfermo y de esta manera poder seleccionar el tipo de conducta nutricional que se debería aplicar. Si el paciente se encontraba dentro de los primeros tres meses de su vida, el médico sabía que se iba a enfrentar a mayores

⁶¹⁶ *Ibidem*, p.37.

⁶¹⁷ *Ibidem*, p.63.

dificultades terapéuticas, a una respuesta más impredecible y a una “capacidad de reparación” más reducida.

A mayor gravedad y compromiso del estado general, más tiempo había que darles a los cambios. Se necesitaban muchos días y aun semanas para lograr beneficios. Si el niño tenía una “constitución” especial como en los casos de “heredo sífilis”, se requería de mayor prudencia y cuidados; era diferente un origen infeccioso que uno puramente nutricional en el proceso. Un niño de mayor edad tenía más probabilidades de tener éxitos con una alimentación a base de mezclas alimenticias artificiales sobre todo si ya no existía la dependencia absoluta a la leche materna. Una observación interesante que comenta Meza Llorente, era la consideración de que la leche materna tenía propiedades curativas y capacidad para “reparar” organismos aun en los casos con perturbaciones nutricionales con actividad diarreica frecuente. En cambio, la alimentación artificial tenía efectos benéficos solo cuando el niño estaba libre de diarrea. “La leche materna es el alimento curativo por excelencia en las perturbaciones nutritivas graves de los niños en los primeros tres meses de vida”.⁶¹⁸

El cese de las caídas del peso y el inicio de la reconstrucción de los tejidos dependía de la regularización de la función gastrointestinal y de que el niño efectuara sus evacuaciones normales. La diarrea se consideraba como la expresión de la fermentación anormal en el intestino. Y la supresión de la actividad fermentativa era un fin que se perseguía en el tratamiento de la “perturbación nutritiva”. En los casos más graves se intentaba una mezcla alimenticia específica en la que las concentraciones de hidratos de carbono y de “sales del suero de la leche” pro fermentativas, fueran menores a las sustancias “albuminoides”. Esto se lograba en general diluyendo la leche o utilizando una mezcla de hidratos de carbono menos fermentativa como las mezclas de dextrina maltosa y azúcar de caña, enriquecida con nutrientes de tipo “albuminoide”. El *Dextromalto* era un producto comercial muy anunciado en periódicos y revistas de la época; se consideraba un producto inhibitorio de la susodicha fermentación; otro producto recomendado para este fin era la llamada “leche albuminosa” que también se expendía en el comercio.

Para entonces ya existía una marca comercial de leche albuminosa o “leche proteínica” con estas características: el *Casec*, producido por una casa comercial y que se sigue utilizando

⁶¹⁸ *Ibidem*, p.66.

hasta la actualidad. Se trataba del caseinato de calcio, “extraído de le leche” y era ensayado en la Casa de Cuna ubicada en la población de Tacuba en los niños asilados que padecían desnutrición severa. En los niños con perturbación nutritiva quitar la diarrea tenía un “interés decisivo para la vida”.⁶¹⁹

4.3.4.2 Las escuelas médicas internacionales y la experiencia mexicana

Al finalizar la década de 1920, las tesis universitarias tienden a ser cada vez más apegadas a datos objetivos obtenidos de diversas investigaciones de esa época. Los indicadores y parámetros utilizados por el médico procedían directamente del metabolismo infantil, y de grandes series de casos estudiados de niños procedentes tanto de países europeos como de México. Jesús Gómez Pagola (1933) nos presenta en su tesis este tipo de información con conocimientos más precisos y sistemáticos relativos a los requerimientos calóricos en los niños y el uso práctico y preciso de datos cuantitativos; el uso de tablas de peso en los niños de diversas edades y las reglas para la evaluación del crecimiento infantil era indispensable en todo escenario clínico. Dentro de los parámetros a seguir, menciona el autor la expectativa de duplicación del peso al nacer a los 4 meses, el triple a los 12 meses y cuádruple los 24 meses, así como también los incrementos mensuales esperables hasta los 30 meses de edad. La desaceleración del peso y de la talla con el avance de la edad de cada niño. Las tablas aludidas y utilizadas en diversos centros de atención médica infantil procedían de varios autores como Marfan, Nobecourt y del médico mexicano Manuel Cárdenas de la Vega. Otra tabla utilizada en México desde la década anterior era la diseñada por el también mexicano, profesor Santiago Ramírez.⁶²⁰

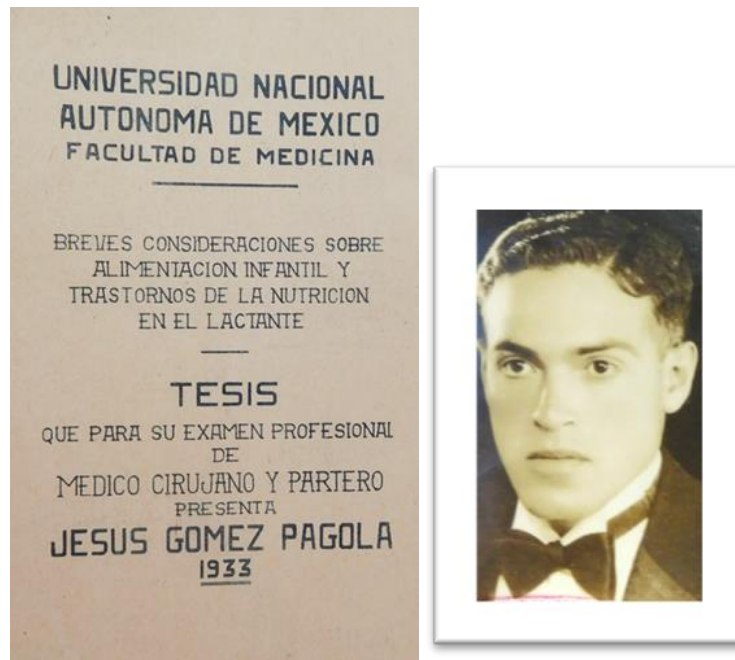
Pagola estudió niños del “Centro de Higiene Infantil Juan María Rodríguez” y encontró que entre el 84 y el 88% de ellos, 750 sujetos, entraban en la categoría de Desnutrición infantil, y solamente entre el 10 y el 16% según la información proporcionada en su investigación estaban en peso normal.⁶²¹ El autor observó y comenta que “a medida que el niño va creciendo y empieza a recibir alimentación artificial, -es decir va abandonando la alimentación al seno

⁶¹⁹ Podemos ver como los niños mexicanos han sido expuestos a productos comerciales desde hace ya muchos años, las casas comerciales hicieron su aparición en México cuando menos desde los inicios del siglo XX, y la asociación de la medicina mexicana con ello data de entonces. *Ibidem*, p.71.

⁶²⁰ Gamiz Izurieta, C., (1925), *op.cit.*, pp.13-14; Cárdenas de la Vega, M., “Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano”, *Revista Mexicana de Puericultura*, Julio de 1932, pp.317-322.

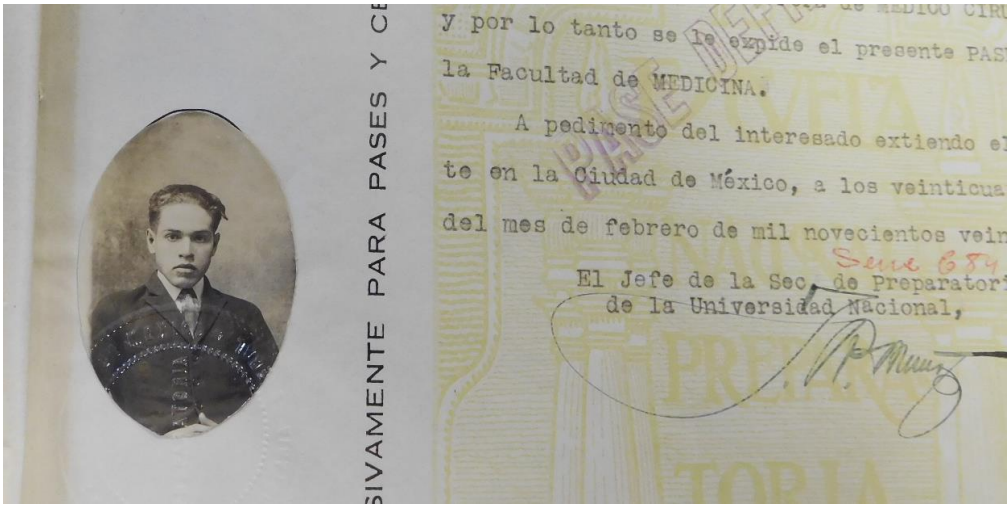
⁶²¹ Jesús Gómez Pagola (1933) *Breves consideraciones sobre alimentación infantil y trastornos de la nutrición en el lactante* ; tesis que pare el examen profesional de médico cirujano y partero presenta... sin casa editorial, p.4.

materno- se incrementaban las diferencias de peso entre los niños, ya que en general era muy mala la calidad de la alimentación recibida por los niños”. La leche de vaca en la ciudad de México era “muy mala leche”, muy diluida; y los niños eran alimentados con atoles, de acuerdo con su visión “harinas de las más corrientes como la maicena”. “Casi lo único que acostumbra nuestra clase pobre es la sopa y un puré [...] el huevo y la carne no estaba generalmente a su alcance”. Esto ocasionaba de acuerdo con el autor con mucha frecuencia los trastornos digestivos, que perpetuaban la desnutrición.



DR. JESÚS GÓMEZ PAGOLA (1933) *Breves consideraciones sobre alimentación infantil y trastornos de la nutrición en el lactante*, tesis profesional, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Nació en Pozos, Guanajuato el 7 de abril de 1907. Hijo de D. Valentín Gómez y Dña. Leonila Pagola. Hizo sus primeros estudios y la secundaria en Guanajuato (1921-1922). Estudió la preparatoria entre 1923 y 1925 en el Colegio Civil del Estado de Querétaro de Arteaga. se le autorizó su “pase” a la ENM el 24 de febrero de 1926. Estudió becado por la Universidad por carecer de recursos económicos. Entre sus maestros durante la carrera destacaron los profesores Samuel Ramírez Moreno (psiquiatría), Salvador González Herrejón (dermatología), Juan Vasavilbaso (pediatría) y Juan Luis Toroella (oftalmología). Presentó su examen profesional defendiendo su tesis el 24 de noviembre de 1933 Fue aprobado por unanimidad por el jurado conformado por los profesores José León Martínez, Gregorio Salas, Ignacio González Guzmán, Augusto del Rosal, Manuel Vaquero y Mario Fuentes. [AHUNAM, IISUE, Fondo UNAM Expediente 18149].



Presenta argumentos coincidentes con los de algunos de sus colegas, relativos al tipo de hábitat de las familias proletarias, poniendo el acento en las causas de origen social y cultural. “En un mismo cuarto vive toda una familia de diez miembros, sirviéndoles inclusive hasta para cocina”; Se vislumbran habitaciones oscuras y mal ventiladas. Las enfermedades se cebaban con frecuencia en sus habitantes. Según el autor la incidencia de sífilis en las familias que vivían en estas condiciones podía llegar a ser hasta del 50%. El alcoholismo también es comentado como un grave problema sanitario. “Es sabido lo que está ligada la nutrición del niño con respecto a los hábitos de sus padres”.⁶²²

El tesista hace un relato de las reglas de la lactancia materna, de acuerdo con el tipo de vida que caracterizaba a las madres de ese entonces. Sujetando a horarios más precisos y regulados, especialmente en el caso de niños más pequeños que corrían más riesgos en su salud. Es recomendado el pesaje del niño después de cada sesión alimentaria, sobre todo durante la primera semana de vida. Pone el acento en el destete, especialmente en el ambiente físico de la Ciudad de México, donde la leche de vaca era de muy mala calidad, adulterada y sin la normatividad que regulara su comercio. Por esta razón los médicos recomendaban un destete lo más tardío posible.⁶²³

Cuando los niños eran alimentados artificialmente el médico debería prepararse para esperar una curva más irregular en su crecimiento y desarrollo. Tendría perturbaciones digestivas y vómitos con frecuencia y periodos más prolongados de estacionamiento de su peso. Podría suscitarse un retardo en la aparición de los primeros dientes; además se caracterizaría por una disminución en la talla, incluso en la edad adulta, y sus posibilidades de morir en la infancia se incrementarían. “El mayor porcentaje de muertos en el primer año se debe a la falta de pecho materno”.⁶²⁴

Sin embargo, como otros de sus colegas consideraba que los productos comerciales podrían ser una buena alternativa para nutrir a los niños en diversas circunstancias. Un ejemplo de ello era la llamada leche condensada. “Al principio se tenía bastante desconfianza al uso de este producto por su composición muy diferente a la leche materna pero la experiencia ha demostrado que es muy buen alimento y que se puede usar en cualquier caso”.

⁶²² *Ibidem*, p.5

⁶²³ *Ibidem*, p.9

⁶²⁴ *Ibidem*, p.11.

“Durante largos viajes y travesías era de un valor incalculable”.⁶²⁵ “Nosotros empleamos este tipo de leche en la gente pobre, -que eran los usuarios habituales de los Centros de Higiene Infantil- [...] tenemos una amplia experiencia en este producto y siempre lo recomendamos cuando se quiere un alimento bueno y barato”.⁶²⁶ La mala experiencia que se tenía con la leche de vaca expendida en la ciudad, y las condiciones frecuentemente desfavorables en las que se llevaba el destete en muchos niños capitalinos serían dos razones fundamentales para que los médicos se inclinaran por el uso de productos comerciales.

Los había también más caros como era el caso de los productos norteamericanos *Las dos vaquitas*” o *El Águila* y las elaboradas por la casa europea *Nestlé*. El autor nos presenta todo un catálogo de esa época de los productos comerciales y sus características. Comenta también la combinación de la ya señalada “leche albuminosa”, *Casec*”, con la “dextrino maltosa” para entonces utilizada en el tratamiento institucional de la desnutrición, tanto en los Centros de Higiene Infantil como en la Casas de Niños Expósitos capitalina.

El Dr. Gómez Pagola nos comenta los casos de los niños “raquíticos” tratados con “leches irradiadas con rayos ultravioleta”, las leches “lacteadas” para “niños vomitadores” o las “leches acidificadas” usadas en los “régimenes de transición” en niños mayores, como el *Babeurre* y el *youghurt*⁶²⁷

El tesista nos describe las diferencias teóricas y prácticas de las distintas escuelas médicas en el campo de la desnutrición. La francesa: Marfan, Terrien, Nobecourt; la alemana: Finkelstein, Camerer, Rohmer. Tendían a recaer la primera sobre bases clínicas y la germana sobre elementos funcionales básicamente. Los alemanes se caracterizaban, de acuerdo con el autor, en ser un poco más agresivos o proactivos en sus ideas.

Para los médicos mexicanos en general, la aplicación de todo tipo de reglas, dependerían del medio social, económico y cultural, así como de la experiencia acumulada del medio donde procedía el niño y el médico que lo trataba.⁶²⁸

⁶²⁵ *Ibidem*, pp.16-17.

⁶²⁶ *Ibidem*, p.17.

⁶²⁷ *Ibidem*, p. 11, 16, 18, 20.

⁶²⁸ Terrien, Eugene, *Precis d'alimentation des jeunes enfants : Du sevrage a dix ans. etat normal etats pathologiques*; (“Compendio de alimentación en los niños pequeños: de su nacimiento a los diez años en estados normales y patológicos”)París: Masson, 1922, ; Nobecourt, Pierre, *Clinique medicale des enfants : troubles de la nutrition et de la croissance*; (“Clínica médica en los niños; problemas de nutrición y del crecimiento”) París: Masson, 1926, , mismo acervo; Marfan, Antoine-Bernard, (1858-1942), *Les affections des voies digestives dans la premiere enfance*, (“Afecciones de las vías digestivas en la primera infancia”)París: Masson, 1923.

La experiencia mexicana en los Centros de Higiene Infantil había demostrado que en muchos niños resultaba imposible la tolerancia de sustancias extrañas antes del quinto o sexto mes de la vida y la regla era el destete hasta después del año y medio, sobre todo en la capital.

4.3.4.3 Profilaxis de la desnutrición: la vigencia de la lactancia materna

La Dra. Dolores Idalia Peregrina (1936) seleccionó el tema de la desnutrición infantil dada la frecuencia del padecimiento, siendo el terreno que “prepara la incidencia de todas las enfermedades del niño” y para contribuir a “dar a conocer en el sentido social el papel reservado a los niños desnutridos dentro de la comunidad en la cual se desarrollan [...] estando condenados a sobrellevar una situación de nivel bajo, física e intelectualmente, en relación con los bien nutridos”.⁶²⁹

Niños en desventaja social. Vemos aquí a la tesis como una vía de difusión para resaltar la presencia infantil en la sociedad: manifestar, denunciar, revelar al grupo social de niños desnutridos como uno de los más vulnerables y que requerían toda la atención de la sociedad. Uno de los principales obstáculos a los que se enfrentaba un médico interesado en el tema eran las enormes diferencias en ideas, opiniones, concepciones, visiones y criterios de los autores que investigaban el tema. La autora intentaba ajustar todo este conglomerado de ideas, a las necesidades del niño mexicano.

Uno de sus temas centrales es la lactancia materna. Intenta conjuntar argumentos prácticos que acompañen a las madres lactantes. Nos presenta elementos muy novedosos como los estimulantes; el efecto de la succión vigorosa y de los galactogogos; el masaje de las glándulas, la hidroterapia fría local, aplicaciones húmedas calientes, sustancias químicas como la cafeína, el aceite de hígado, clorato de potasio, tintura o extracto de galega, anís y polígala; el extracto de semillas de algodón; los excitantes biológicos como la placenta de oveja y la

⁶²⁹ Peregrina Robles, Dolores Idalia., (1936), *La desnutrición en la primera infancia. Estudio etio-patogénico, clínico y terapéutico*, tesis presentada para obtener el título de médico cirujano, México, sin indicación de casa editora, p.7; La Dra. Peregrina, nació en la Ciudad de México el año de 1910, ingresó a la ENM en 1929, para graduarse exitosamente como médica cirujana en 1936, defendiendo la tesis aquí analizada. Su título le fue expedido el 16 de junio de ese mismo año. Falleció en la capital mexicana el 9 de junio de 1995., Gabriela Castañeda López, *Estudio y análisis de la trayectoria académica y profesional de todas las mujeres inscritas en la carrera de médico cirujano en la Escuela Nacional de Medicina de México, 1882-1932*, tesis de doctorado en historia, FFL / IIH, UNAM, 2017, p.361; Gabriela Castañeda López, Ana Cecilia Rodríguez de Romo, *Pioneras de la medicina mexicana en la UNAM: del porfiriato al nuevo régimen, 1887-1936*, Facultad de Medicina, UNAM, Editorial Díaz Santos, 2010.

opoterapia mamaria. Sustancias con la acción inversa como antipirina, cloral, atropina, purgantes.

Así como otras sustancias que pueden ser eliminadas por esta vía: diastasas, toxinas, antitoxinas y aglutininas. Lo que da cabida a la posibilidad de inmunización del lactante por el amamantamiento. Un argumento interesante es su discurso que integra a las madres como seres conformantes del universo. “La responsabilidad del ser humano como integrante del universo natural y su funcionamiento armonioso”; se trata de un componente ecológico básico del pensamiento médico, derivado quizá de la formación clásica, hipocrática del profesional de la medicina. El argumento de la lactancia materna como remedio contra la mortalidad y las enfermedades de la infancia y la necesidad de procrear y criar niños “robustos, fuertes [...] con organismos desarrollados sobre bases firmes que definan en los mejores términos al futuro del niño” en una época en la que se estaba construyendo a toda una nación.⁶³⁰

Para la autora la normatividad y la regla eran básicas para llevar en las mejores condiciones posibles la práctica de la lactancia por medio de tablas, Marfan: con modificaciones realizadas de acuerdo al medio mexicano; Toroella: se establecían los requerimientos calóricos del niño mexicano, de 110 a 90 kilo-calorías/kg del primero al tercer trimestre de vida. La necesidad de medir, contar, administrar, regular de acuerdo con parámetros preestablecidos y ciñéndose a lo más exacto posible, con la finalidad de evitar “hipo o hiper- alimentaciones”.⁶³¹ El profesor Mario Toroella propuso modificaciones a esta tabla ya que consideró que las cifras reportadas por Marfan eran un poco elevadas para los niños mexicanos. Sugirió que, a partir del tercer mes de vida, se disminuyera una “tetada” al día dando a partir del 4º mes solo 6 diarias, en lugar de las 7 señaladas por el médico francés.

Ya vimos que el destete era considerado como un proceso crítico en la vida del niño, por abandonar la protección que implicaba la lactancia materna para entrar en un terreno de incertidumbre para el organismo infantil y en la vida del niño. El objetivo del médico puericultor era que éste se llevara a cabo en forma paulatina y que no provocara trastornos digestivos al menor. Debería ser efectuado en una “estación fría”, otoño, invierno y parte inicial de la primavera se evitaba el verano. En estas condiciones la edad ideal era de los 9 a los 12 meses.⁶³²

⁶³⁰ *Ibidem*, p.26.

⁶³¹ *Ibidem*, p.27.

⁶³² *Ibidem*, p.7, p.27.

La tesista se refiere también a la fisiología digestiva del niño pequeño. La idea fundamental aquí es que las prácticas en la nutrición infantil tratan de ajustarse a los últimos avances en el terreno de la fisiología infantil y su investigación en la escena mundial.⁶³³ De acuerdo con el estado del conocimiento en la época, el alemán Otto Heubner fijó valores medios de consumo y requerimientos, ceñido a un coeficiente de energía: número de calorías que un niño desarrolla e ingiere normalmente por cada kilogramo de su peso. Equivalente a 100 calorías primer trimestre de vida, 90 en el segundo, 80 en el tercero y 70 en el cuarto. La leche humana llenaría 700 calorías por litro y la de vaca aproximadamente el mismo valor.

Vemos que estas cifras quedarían un poco más bajas si las aplicáramos a los niños de hoy que quizá tengan un mayor consumo energético por nutrientes específicos, que los niños de ayer; muchos hoy son de mayor estatura –y muchos, más obesos– por diferentes estilos de vida y menor actividad en escenarios exteriores y tal vez una mayor actividad intelectual. En los niños de esas épocas se manejaba la necesidad individual de nutrientes de acuerdo con su estado corporal de nutrición, su constitución, la presencia o no de alguna “diátesis” o “enfermedad constitucional” y el tipo de alimentos que se acostumbraban, tipo de medio familiar o escenario de vida del niño.

Un lactante de 6 meses de esa época, en las primeras dos décadas del siglo XX, eliminaba de 2 a 3 gramos por hora de bióxido de carbono y agua, y cuando estaba inquieto o lloraba llegaba a ser hasta 15 gramos. Estas cifras fueron calculadas por otro investigador alemán, Wilhelm Camerer quien estableció la media para un lactante en 1.3 a 3 gramos por kg y por hora siendo para un adulto en las mismas condiciones de 0.7 a 1.5 gramos por hora y por kilogramo, casi la mitad que el pequeño.

Con estos datos se podía apreciar la gran cantidad de energía que necesitaba reponer un niño pequeño de las primeras décadas del siglo XX y se ponían en evidencia para el médico de esa época y su quehacer, las características básicas que presentaba el metabolismo infantil y su naturaleza *suigeneris*. Los primeros estudios minuciosos y novedosos de la fisiología digestiva de los niños y el metabolismo infantil entre los años finales del siglo XIX y las décadas de 1920 y 1930 tuvieron un gran impacto en el escenario europeo y un poco más adelante también en nuestro propio país. Los trabajos pioneros fueron llevados a cabo por científicos centro europeos

⁶³³ *Ibidem*, p.30.

de origen germano. Max Rubner (1854-1932) y Otto Heubner (1846-1926) destacaron por sus abordajes sobre los análisis cuantitativos y cualitativos del metabolismo basal en los niños tomando en consideración el factor crecimiento. Como establece la profesora Peregrina en su tesis, Heubner fue el creador del concepto de *coeficiente nutricional* estableciendo bases cuantitativas en la práctica nutricional de los niños. El “método calórico” que dio a la medicina infantil bases más objetivas en la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, “el número de calorías que un niño desarrolla e ingiere normalmente por kilogramo de peso”.

Por otra parte, Wilhelm Camerer (1842-1910) publica su monografía sobre el metabolismo infantil en 1896 considerada por expertos como el primer análisis sistemático sobre los procesos metabólicos y su balance. Sin embargo, las aplicaciones clínicas de la investigación básica sobre la fisiología digestiva, metabólica infantil y sus aplicaciones en el tratamiento de la desnutrición alcanzaron su mayor desarrollo con otro clínico e investigador alemán: Heinrich Finkelstein (1865-1942).⁶³⁴

El concepto de “desnutrición” en la época de la autora: un término más correcto, de acuerdo con los cánones lingüísticos de la época sería “*disnutrición, distrepsia, hipotrepsia, hipocalimentación*” ya que no existía en la práctica una falla total del metabolismo. Todos ellos, estados que resultan de trastornos nutritivos. En los niños que presentan este trastorno los procesos catabólicos superan a los anabólicos, “desasimilación sobre asimilación”.⁶³⁵

“El proceso nutritivo está invertido” el aprovechamiento del niño, del nutrimento es menor que en la normalidad. Para seguir satisfaciendo sus necesidades el organismo echa mano de sus reservas; al agotarse estas, se pasa a tomar elementos de los tejidos conduciendo a una desintegración parcial o total formándose sustancias tóxicas. Por este motivo la nomenclatura diseñada por los médicos germanos se refería a “intoxicaciones” y “descomposición” como los estados más graves de la desnutrición.

Todos estos fenómenos tienen su contraparte o reflejo en el estudio realizado en el metabolismo del niño desnutrido que demuestra su condición precaria, tanto orgánica como funcional. Estos pequeñitos eran conocidos por el “vulgo” como “enclenques”, “desmirriados”,

⁶³⁴ *Ibidem*, p.32, p.39; Mestre, J., Rosa Ballester, Wanden Lozano, Carmina Franco, Jesús Culebras, Javier Valero; “Historia de la Nutrición Clínica Española” parte I; *Revista Nutrición Hospitalaria*, vol. 32, núm. 5, 2015, pp.1843-1852; Camerer, Wilhelm, *El Metabolismo de los Niños; del nacimiento al final del crecimiento*; Tübingen, Editorial de H. Laupp, Schen Librería, 1895 (traducido del alemán).

⁶³⁵ Peregrina, Robles, Dolores, Idalia., (1936), *op.cit.*, pp.39-40.

niños que causan “lástima”; los “atrépsicos parecen pequeños moribundos” “la piel está forrando los huesos”; “la carita presenta un aspecto simiesco o de vejez”.⁶³⁶

Las palabras “atrépsicos” o “hipotrépsicos”, proceden de la nomenclatura francesa, muy arraigadas en la medicina mexicana y acuñadas desde las investigaciones efectuadas por Parrot casi a mediados del siglo XIX.

4.3.4.4 La desnutrición en la Casa de Cuna

Para concluir con esta sección se retoma parte del material analizado por el tesista Emilio Meza Llorente (1926) quien nos presenta algunos casos de niños de ambos sexos atendidos en la Casa de Niños Expósitos, que en esa época estaba situada en las calles de Tacuba de la ciudad de México. (1925). Su exposición nos sirve como modelo para ver las condiciones en que eran atendidos y alimentados una parte de los niños pertenecientes a los grupos marginados en década de 1920, que formaban parte de las poblaciones infantiles a cargo de la Casa de Cuna de la ciudad México.

Una lectura general de las descripciones y las evoluciones narradas por el autor nos lleva a la siguiente conclusión: los niños en general ingresaban a muy corta edad a ese centro de atención y prevalecía la pérdida progresiva de peso, el deterioro de sus condiciones generales y el avance hacia una desnutrición severa en la mayoría de ellos. Los médicos que los atendían encontraban con frecuencia signos clínicos de sífilis y los estigmas de dicha enfermedad sobre sus cuerpos, lo cual probablemente agravaba el pronóstico de estos pequeños. Todos eran tratados con el esquema que estaba en boga en ese momento: el método de Finklestein con leche albuminosa o “Casec”, rico en proteínas a base de caseinato de calcio, diluido y combinado con otros alimentos de acuerdo con la situación de cada enfermito. Se narra a continuación el caso de uno de ellos, porque se considera de interés para esta investigación.

El pequeño Gilberto Del Castillo ingresó a la Casa, el 6 de junio de 1925, con solo 17 días de edad. Empezó su vida en el orfanato bajando progresivamente de peso lo cual tuvo su mayor definición clínica cuando el pequeño Gilberto cumplía 6 meses a principios de noviembre de ese año. Los médicos lo encontraron extremadamente pálido, enflaquecido en forma notable; su capa de tejido adiposo había desaparecido por completo en su abdomen y sus miembros lucían

⁶³⁶ *Ibidem*, p.40.

muy delgados; su cara tenía un aspecto arrugado, como de “viejecito”; su piel se sentía seca al tacto, lucía muy flácido, habiendo perdido un kilogramo en solo un mes.

Todas las mañanas despertaba frío de su cuerpo; sus evacuaciones eran líquidas, abundantes, hasta 7 veces al día. Dormía muy intranquilo y lloraba frecuentemente. Se observaba decaído y se encontraba muy débil. Su llanto era cada vez más endeble y sus evacuaciones tendían a aumentar constantemente. El diagnóstico médico fue el de una “descomposición”, atrepsia y atrofia generalizada. Correspondía su caso a una desnutrición severa o de III grado si se valoraran sus signos y síntomas a la luz de las clasificaciones de la actualidad. Se empleó la leche proteínica de la casa comercial Mead-Johnson, “Casec”, y se decidió también darle tratamiento con sulfarsenol intramuscular, ya que se le encontraron tanto antecedentes como síntomas clínicos que los médicos juzgaron de sífilis.

Su tratamiento no fue nada fácil. La respuesta fue lenta, laboriosa, pero finalmente satisfactoria ya que el pequeño Gilberto fue subiendo progresivamente de peso, sus evacuaciones y signos gastrointestinales se normalizaron y los estigmas de sífilis desaparecieron después de 7 tenaces semanas de aplicar el medicamento. Para enero de 1926, a los 8 meses de edad, el niño había mejorado notablemente, su panículo adiposo había aumentado, la palidez había disminuido marcadamente, el carácter y el sueño del niño habían mejorado mucho. Para febrero (8 meses) habían desaparecido ya las manifestaciones de perturbación nutritiva y aunque el peso aún no se le normalizaba totalmente para su edad, había mejorado bastante. Se llevó un poco más de tres meses en su tratamiento.

¿Qué sucedió en el caso de Gilberto? Era evidente que las condiciones en las que se encontraba el orfanatorio no favorecían la adecuada nutrición de muchos de sus huéspedes. Muchos no contaban con una madre biológica que los alimentara y quizá tampoco con una nodriza, segunda madre que los ayudara a sobre vivir. Los niños estaban expuestos a las consecuencias de vivir aglomerados y con poco espacio vital. Además, en ese entonces los médicos consideraban a la sífilis una enfermedad frecuente e intercurrente en niños pequeños, ensombreciendo su pronóstico, especialmente en el tipo de poblaciones que solían atenderse en la Casa de Niños Expósitos, es decir, niños abandonados, padres desconocidos o con una pobreza extrema, que según podemos ilustrar en este caso favorecían la presencia de desnutrición en los niños y contribuían a su agravamiento. El sulfarsenol era el medicamento de elección en los niños y aunque no se nos señala con especificidad el tipo de estigmas que se le detectaron a los

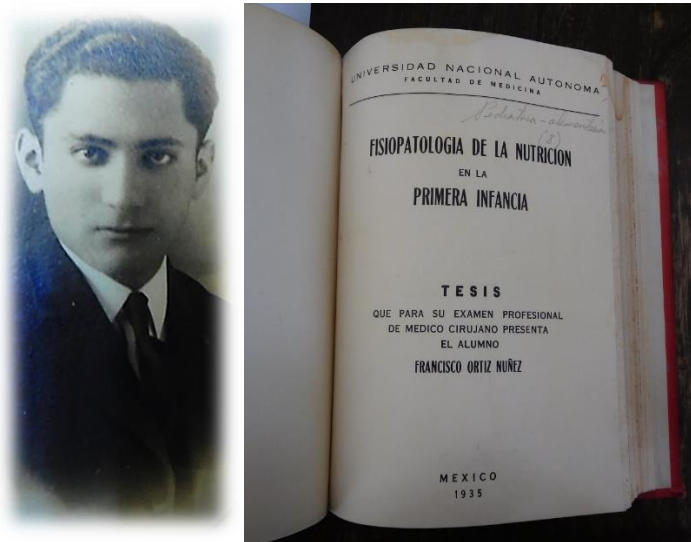
niños enfermos, los tipos de respuesta clínica que nos narra el autor no dejan lugar a dudas del papel que representaba la sífilis en la evolución de los niños y la expectativa y eficacia que representaban en el tratamiento.⁶³⁷

Como corolario de esta sección se puede reafirmar que la nutrición infantil, - tema central en esta investigación- representa un capítulo fundamental en la historia de la infancia en general. La desnutrición infantil comienza en el embarazo, se consolida en la niñez temprana, terminando con la vida del pequeño o marcándolo en su adultez con sus nefastas consecuencias en las áreas físicas e intelectuales.

El binomio hambre- desnutrición representa una dupla lacerante y omnipresente en el mundo de la salud y la enfermedad, tanto individual como colectiva de los seres humanos y de las sociedades, y ha sido a través de la historia, un factor esencial en la economía, la paz social y el bienestar humano. El acceso universal y democrático a los alimentos es uno de los principales obstáculos y retos que enfrenta el mundo y un derecho universal e inalienable.⁶³⁸

⁶³⁷ Meza Llorente, E., (1926) *Al margen de las perturbaciones nutritivas de la primera infancia*. Prueba escrita para el examen de medicina, cirugía y partos. [Sin indicación de casa impresora] Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México., pp.83-85; Meyer, Ludwig Ferdinand (1879-1954); Leopold Langstein (1876-1933) *Sauglinsernahrung und sauglingsstoffwechsel* (“Nutrición infantil y metabolismo infantil”) Edición original en alemán. J.F. Bergmann, 1910; Finkelstein, Heinrich (1865-1942) *Tratado de las enfermedades del niño de pecho*; Traducido de la 3ª edición alemana, por el profesor F. Sánchez-Sarachaga Quintanal. 1932 [Catalogo del acervo RJ45 F56218 1932, BNL; Mismo autor, *Lehrbuch Sauglingskrankheiten* [“Libro de texto de enfermedades infantiles”] Springer-Verlag; Berlin 1921 [Edición original en alemán]

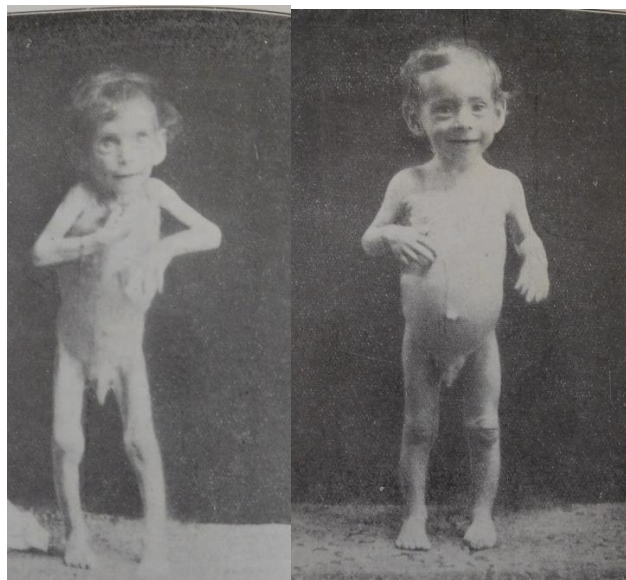
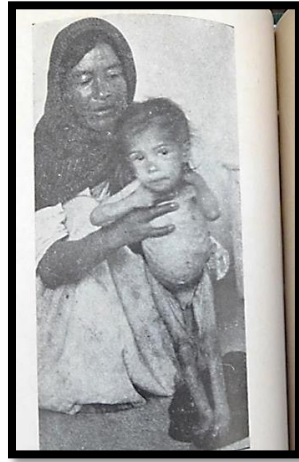
⁶³⁸ La transición nutricional a la que han conducido los cambios de estilos de vida, y el tipo de patrones alimentarios que han ido adoptando diferentes sociedades, producto de la industrialización, urbanización y la exposición progresiva a novedosas marcas comerciales que obedecen, cada vez más a las leyes del mercado y del consumo, ha favorecido la aparición de nuevos retos epidemiológicos como la obesidad infantil y sus consecuencias nada halagüeñas; Barona Vilar, Josep, L., *La Medicalización del Hambre. Economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960*. /Barcelona, Editorial Icaria, Colección Antrazyt. 2014, pp.11-39.



DR. FRANCISCO ORTIZ NUÑEZ (1935) *Fisiopatología de la nutrición en la primera infancia*, tesis que para el examen profesional de médico cirujano presenta el alumno...sin casa editora.

Originario de Campeche, fue hijo de un trabajador del campo, D. Francisco Ortiz. Realizó sus estudios elementales en su tierra natal, y la preparatoria en el Instituto Campechano. Estudió la carrera de médico cirujano en la ENM entre 1928 y 1934. Laboró el año de 1931 como practicante adjunto en el servicio médico de la Penitenciaría y llevó a cabo su Internado médico en el Hospital Juárez en 1934. Presentó su examen profesional y defendió su tesis los días 17 y 18 de diciembre de 1935. Fue aprobado unánimemente por un jurado sinodal conformado por los profesores Carlos Meneses, Abel Ortega, Mario Alfonso Toroella, J. Rafael Pliego, y Fernando Rébora. Su título le fue expedido el 18 de enero de 1936. Su tesis fue novedosa ya que fue uno de los primeros trabajos académicos universitarios en tratar con detalle el tema del pH y el equilibrio acido- base del niño desnutrido. Fue publicada en forma de artículo en la *Revista Mexicana de Puericultura* en el volumen de julio de 1935, pp.78-111.

Revista Mexicana de Puericultura (1931) tomo 1, oct. núm.12, págs. 42 y 43



“La desnutrición infantil es una enfermedad que inicia desde el embarazo”

CONCLUSIONES

Las tesis universitarias expuestas y analizadas en este trabajo académico, fueron elaboradas en su conjunto por jóvenes médicos mexicanos, animados en su momento por un gran optimismo, confianza en la ciencia y con grandes expectativas en el futuro de su país. Ellos suplían su falta de experiencia con una gran voluntad de aprendizaje y una mirada fresca y esperanzadora, en muchos casos acompañada del orden, la sistematización y el método requerido en la realización del trabajo científico inherente a una tesis.

Algunos de estos autores, a la postre desempeñarían roles protagónicos en el proceso de construcción de la medicina pediátrica ya que dictaron cátedra y prestaron sus servicios en puestos de dirección en instituciones relacionadas con la infancia como hospitales, institutos de investigación, asilos, Casa de Cuna y en otros proyectos como la Inspección Médica Escolar, Centros de Higiene Infantil o en los Dispensarios de Beneficencia Pública.

A través de la lectura de estas fuentes es posible sumergirse en distintas facetas del ámbito de la infancia: el estado del arte de la profesión médica, la formación de los cuadros profesionales y la calidad de la atención que proporcionaban a los niños de la sociedad mexicana. Así mismo, son un excelente instrumento para conocer los intereses académicos, inquietudes y prioridades de los médicos acerca de los problemas de salud que agobiaban a la niñez.

Son documentos que reflejan en diferente medida, la relevancia social y los alcances de la profesión sanitaria en su lucha cotidiana contra la enfermedad infantil. Por otra parte, las tesis elaboradas por las numerosas generaciones de estudiantes que pasaron por las aulas, anfiteatros y laboratorios de la ENM, son testimonios que permiten conocer y apreciar de primera mano los avances tecnológicos y desarrollos científicos de nuestro país, además del grado de avance de la investigación en el área de la medicina infantil y muchos otros aspectos.

Esta investigación nos revela la contribución de un considerable grupo de estudiantes y académicos de la ENM a la formación de un *corpus* local de conocimientos y prácticas en el área infantil y de un marco teórico en la atención médica dirigida a madres y niños en México.

Este cuerpo de saberes y experiencias se puede sintetizar en los siguientes ejes:

- 1) Construcción y modelado conceptual del cuerpo infantil, a partir de la fisiología, psiquismo, desde el campo clínico, social y terapéutico.

- 2) Catálogo de enfermedades. A partir de su análisis puede trazarse un esquema de las transformaciones y transiciones terapéuticas ocurridas en las épocas que abarca el estudio.
- 3) Reconocimiento de los factores determinantes de la salud, la enfermedad y la muerte de los niños mexicanos a través de la historia.
- 4) Trazo del camino temprano recorrido por la medicina infantil y del surgimiento de la pediatría moderna en México, y su papel fundamental, como quehacer social.

Los tesisistas contribuyeron con sus ideas, a forjar una base de investigación amplia sobre diferentes temáticas, elaborando una síntesis de su conocimiento, contribuyendo a la expansión del universo conocido de la enfermedad.

El *canon* de saberes y prácticas que conforma este conjunto de 96 tesis analizadas, derivadas de las temáticas de higiene y puericultura, metodología y propedéutica clínica, mortalidad infantil, crianza y nutrición así como de diversas enfermedades, contiene los elementos que permitieron con el tiempo construir una imagen nítida del cuerpo infantil, establecer pautas útiles para la vigilancia y el seguimiento del desarrollo del niño, detectar los momentos críticos de su crecimiento, preservar y promover los cuidados de la salud infantil para prevenir sus enfermedades. Asimismo, coadyuvaron a sentar las bases normativas para implementar los derechos de la niñez y contribuyeron a desarrollar y consolidar los fundamentos de la salud ambiental.

Los elementos clínicos contenidos en esta base de conocimientos contribuyeron en diversa medida al estudio de la enfermedad en sus diferentes dimensiones: topográficas, espaciales y temporales. Ayudaron a ampliar el horizonte de la investigación clínica de la enfermedad, en la exploración de nuevas vetas en la detección y el comportamiento de los padecimientos. Ofrecieron algunas claves valiosas para mejorar la interacción del médico con el niño y su organismo corporal, así como diferentes estrategias para interpretar códigos y señales e instrumentos para normar conductas y tomar decisiones ante la presencia de una enfermedad infantil.

El contenido de esta colección de textos tuvo una presencia significativa especialmente en los momentos álgidos de los conflictos políticos y sociales, ante la carencia de otras fuentes

de información, proporcionaron a los estudiantes y al gremio médico en general, conocimientos útiles para la toma de sus decisiones.

Como resultado de este proceso surgió un catálogo de diversas enfermedades, que permitió identificar y curar muchas de ellas. Éstas se nos revelan como verdaderos indicadores de calidad de vida, tanto de los individuos como del medio ambiente. La exploración de la literatura médica confeccionada por los estudiantes reafirma la existencia de una relación íntima entre el tipo de enfermedades padecidas por los niños mexicanos y el contexto histórico en que se presentaron. Se resalta el papel jugado por la guerra, la pobreza, las migraciones, así como las aglomeraciones en asentamientos humanos insalubres y densamente poblados, que caracterizan al desequilibrio social.

Destacan en el horizonte epidemiológico analizado, enfermedades sociales dominantes que tuvieron un gran peso específico en la sociedad, y determinaron la orientación de políticas y acciones colectivas. Tal fue el caso de la tuberculosis, la sífilis, la desnutrición infantil y otros padecimientos graves e incapacitantes como las enteritis estacionales que mataron a miles de niños de diversas generaciones, la atemorizante difteria o la oftalmía purulenta de los niños pequeños.

El estudio de este catálogo de enfermedades permite apreciar particularidades de especial interés para las transformaciones ocurridas durante la transición terapéutica de la atención médica- sanitaria dirigida a la población infantil, entre 1869 y 1936. Se destaca la aparición de nuevos desarrollos terapéuticos aplicados en varias enfermedades como la difteria, gastro enteritis, tuberculosis, desnutrición y el uso institucional de nuevas drogas, como fue el caso de los arsenobenzoles en la sífilis, en niños y madres mexicanas.

Las tesis escritas desde el área de la crianza y la alimentación del niño coadyuvaron a ubicar el papel de la nutrición infantil como un factor fundamental y prioritario de la puericultura y la pediatría, marcando la vida de muchas generaciones de niños a través de los tiempos. Se presenta a la crianza como una práctica imprescindible, especialmente en momentos de crisis políticas y sociales.

Otro tema fundamental en esta investigación y con una gran presencia en la historia de la puericultura, de las mujeres y de la niñez, ha sido sin duda el embarazo y la atención materno-infantil. Es posible confirmar a través del tiempo la enorme frecuencia de graves enfermedades

como la sífilis, blenorragia, desnutrición, tuberculosis, abandono social, que han minado y acabado con la vida de múltiples generaciones de madres mexicanas.

Desde el campo de estudio de la mortalidad infantil y la estadística médica, el acervo de conocimientos y prácticas contenido en estas fuentes documentales también ayudó a la medicina a establecer el perfil y las características principales de los factores determinantes de la salud, la enfermedad y la muerte infantil a través del tiempo.

Es interesante señalar que en el análisis de algunas tesis presentadas en esta investigación resulta útil el empleo del modelo de “determinantes sociales y ambientales sobre la salud”, (DSAS) que incluyen factores de índole social.

Este modelo de investigación tiene un amplio espectro de aplicación. Actualmente se conoce que es en los primeros años de la infancia cuando se generan las condiciones que favorecen y mantienen las inequidades socioeconómicas en la salud y que en muchos casos perduran toda la vida. Este modelo ha sido diseñado a partir de investigaciones recientes, y puede ser muy esclarecedor cuando se usa en la investigación sobre la salud de la infancia de épocas pasadas.

En el caso de la presente investigación se identificaron las determinantes sociales y ambientales para explicar los hechos de salud y enfermedad, así como el comportamiento epidemiológico que se experimentó en las épocas estudiadas.

Los médicos autores de tesis nos señalan cómo, desde mediados del siglo XIX, se emprendieron los primeros abordajes estadísticos en salud, desglosando y analizando los principales factores causales de riesgo de enfermedades y muerte de los niños mexicanos: bienestar material, características y condiciones de la vivienda, medioambiente, educación, salud, enfermedades y comportamientos de riesgo, todo ello inmerso en una sociedad provista de sus propias ideas, creencias, percepciones y actitudes muy diversas.

Hoy sabemos que conocer esta información nos permitirá establecer en el presente y futuro mecanismos eficaces de inclusión social desde las primeras etapas de la vida, incorporando sistemas sociales reconocedores de los derechos de los niños: identidad, respeto a la persona, reconocimientos de ideas y opiniones, derecho a los cuidados y educación, afecto; a perenecer a un estado de bienestar.

Finalmente, el estudio de las tesis estudiantiles permite establecer que la pediatría es un verdadero oficio social cuyo devenir histórico, al ser analizado, accede al conocimiento de las

principales problemáticas sociales y de salud que rodearon a la niñez mexicana durante el periodo de estudio. Es importante señalar el papel jugado por la especialidad, como un instrumento público e institucional del Estado en la formación de futuros ciudadanos sanos, acordes con el proyecto de nación.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Dr. Luis E. Ruiz (1857-1914)	p. 62
Dr. Federico Martínez (1899) <i>Ligeros apuntes sobre la higiene de la primera infancia</i> , tesis inaugural, Tipografía Avenida Juárez num.624.....	p.67
Dr. Victor Del Pino (1911) <i>Higiene de la primera infancia</i> , tesis inaugural, Documento mecanografiado.....	p.68
Dr. Saul Sánchez (1933) <i>La habitación tipo de las clases menesterosas</i> ,	p.80
Dr. Abel Díaz Covarrubias (1923), <i>Algunos aspectos de la puericultura</i> , tesis para examen general de medicina, México, Imprenta Franco-Mexicana, Puericultura	p.96
Dra. Ana María Plaza Arana (1934) <i>Consideraciones sobre puericultura pre y post-natal</i> , tesis recepcional, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina	pp.117 y 118
Dr. Secundino Sosa (1888) <i>El Diagnostico</i> , México, Imprenta del “Círculo Católico”.....	p. 141
Dr. José Terres, Catedrático de Clínica Interna, 3er año de la Carrera de Médico-cirujano	p. 147
Dr. José María Irys Calacich (1918) <i>Diagnóstico clínico</i> , tesis que presenta el alumno...para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia.....	p. 150
Escuela Nacional de Medicina (1906 y1930).....	p. 158
Dr. Mariano Herrera (1881) <i>Algunas consideraciones sobre pediátrica</i> , publicada por la Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios.....	p. 164
Dr. Carlos Gamiz Izurieta (1925) <i>Algunos datos sobre propedéutica de la primera infancia</i> , tesis que para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia presenta... México, Imprenta Morelos.....	p.175
Dr. Isidro Espinosa de los Reyes y Dr. Mario Alfonso Toroella.....	p.176
Dr. Demetrio Mejía (1879).....	p.197
Dr. Jesús Rodríguez Tovar (1904), <i>Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México</i> , tesis inaugural.....	p.203
Dr. Saul Sánchez (1933) <i>La habitación tipo en las clases menesterosas</i> , tesis para examen profesional de médico cirujano; p.23, 24, 25, 26.....	p.214
Dr. Gonzalo Méndez Luque (1903) <i>La Ciudad de México a los ojos de la higiene</i> , tesis inaugural del alumno...de la Escuela Nacional de Medicina, México, Imprenta y Litografía Miguel Ylanes Blanco.....	p. 219
Niños y madres en los conflictos bélicos.....	p. 224
Dr. Francisco Paz (1908) <i>Breve estudio de la leche desde el punto de vista de la</i>	

<i>higiene</i> ; México, edición colectiva p.170.....	p. 238
Dra. Emilia Montes de Oca (1929) <i>La alimentación en la primera infancia</i> ; México, tesis recepcional, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina, Impresora “Eureka”.....	pp. 248 y 249
Roque Macouzet (1899).....	p.258
Tiña: azote de las escuelas.....	p.269
Dr. Abel Diaz Covarrubias (1923) Sífilis congénita: un gran problema de salud para la infancia mexicana.....	p.276
Hospital Morelos (1925).....	p.280
Dr. Ernesto Parada (1927) <i>La heredo-sífilis y su tratamiento por los arsenicales</i> ; texto mecanografiado.....	p. 289
Dr. Abel Díaz Covarrubias (1923) El Pénfigo sífilítico.....	p. 292
Dr. Carlos Aguirre (1922) <i>Tratamiento de la sífilis por las sales de bismuto</i> , México, Impresora Latino-Americana; Las úlceras “fagedénicas” llegaban en ocasiones a comprometer los huesos.....	p. 297
Dr. Miguel Rolón (1922), <i>La tuberculosis en la ciudad de México y su profilaxia</i> , tesis para graduación de la carrera de médico cirujano; México, Secretaría de Educación Pública, Talleres Gráficos de la Nación.....	pp. 325 y 326
Dr. Pedro Arroyo Ávila (1923) <i>La tuberculosis de la infancia en México. Estudio de esta dolencia desde un punto de vista general</i> ; tesis que presenta para su examen general de medicina, cirugía y obstetricia el alumno... México, Escuela Tipográfica Salesiana.....	p. 332
Dr. Eduardo Del Raso (1930) <i>Algunas consideraciones sobre tuberculosis en la primera infancia</i> , prueba escrita que para el examen profesional de medico ciruano presenta el alumno, texto mecanografiado.....	p. 337
Dr. Rafael Lavista (1874) <i>Estudio sobre la coxalgia, principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica</i> , tesis presentada para concurso por la plaza de catedrático de patología externa, México, Imprenta de Ignacio Escalante.....	p. 341
Dr. Emilio Meza Llorente (1926) <i>Al margen de las perturbaciones nutritivas de la primera infancia</i> , tesis recepcional, Universidad Nacional de México, Facultad de Medicina.....	pp. 349 y 350
Dr. Jesús Gómez Pagola (1933) <i>Breves consideraciones sobre alimentación infantil y trastornos de la nutrición en el lactante</i> , tesis profesional, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.....	pp. 356 y 357
Dr. Francisco Ortiz Nuñez (1935) <i>Fisiopatología de la nutrición en la primera infancia</i> , tesis que para el examen profesional de médico cirujano presenta el alumno, sin casa editora.....	p. 367
<i>Revista Mexicana de Puericultura</i> (1931) tomo 1, oct. núm.12, págs. 42 y 43; “La desnutrición infantil es una enfermedad que inicia desde el embarazo”...	p. 368

BIBLIO-HEMEROGRAFÍA

ACKERKNECHT, Erwin., “Diátesis. The Word and the concept in medical history”, *Bull.Hist.Med.*, 1982.

ACKERKNECHT, E., “Medical Education in 19th.Century France Academic Medicine”, *Bull.Hist.Med.*, 1957.

ACKERKNECHT, E., *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, Introduction, pp. viii-xiv, y 3-28.

AGOST FELIP, M.R., “Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud” en *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012, 38(1) pp.126-140.

AGOSTONI, Claudia, “Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s” (“Educación Popular para la salud y Propaganda en tiempos de paz y guerra en la ciudad de México en las décadas de 1890s a 1920s”) en *American Journal of Public Health* · January 2006, vol.96, num.1, pp.52-61.

AGOSTONI, C., “Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras a Ciudad de México durante la década de los 1920” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm.33, enero-junio de 2007, pp. 89-120.

AGOSTONI, C., “Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología, ciudad de México, siglos XIX a XX” en *De Normas y Transgresiones, Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)* Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM. 2005, pp.167-192.

AGOSTONI, C., *Monuments of Progress, Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, University of Calgary press., 2003, capítulo 3, “The expansion and diagnosis of the city” pp.45-56 (TD29.M4 A46) IHH UNAM.

AGOSTONI, Claudia, “Los infinitamente pequeños. Debates y conflictos en torno a la bacteriología. Ciudad de México. Siglos XIX a XX” en *De Normas y Transgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1959)* IHH/UNAM, 2005, pp.167-192.

AGOSTONI, Claudia, Andrés Ríos Molina, *La Estadística en salud en México. ideas, actores e instituciones*, 1810-2010, UNAM, Secretaría de Salud, 2010, pp. 9-164.

ALANIS, Mercedes, “Más que curar prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932” en *Historia, ciencia, saude, manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.22, num.2, abril-junio, 2015, pp.391-409.

ALANÍS, M., “Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario”, *Cucuilco*, num.63, 2015, mayo-agosto, pp.9-28.

ALANIS, M., “Medicina científica e higiene” en *La Atención Medica Infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2016, pp.53-55.

ALANIS, M., (2016) *La Atención Médica Infantil en la Ciudad de México. Discursos, imaginarios e instituciones 1861-1943*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2016.

ALBARRAN SAMANIEGO, Arturo “1921, el año de la India Bonita. La apertura del discurso indigenista en El Universal” revista en línea *Artelogie*, publicado el 7 de septiembre de 2018 y consultado el 1 de enero 2019; ie [En línea], 12 | 2018, Publicado el 07 septiembre 2018, consultado el 19 abril 2019. URL: <http://journals.openedition.org/artelogie/2729>

ALCUBIERE Beatriz y Tania Carreño King, *Los Niños Villistas. Una mirada a la historia de la infancia en México, 1900-1920*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1996, pp.11-14; pp.37-84.

ALONSO, Miguel, Aurora y Alcón Espín, “Las Tesis doctorales de Farmacia defendidas en España durante el siglo XIX”, Madrid, Universidad Complutense, 2008, *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija de estudios sobre la Universidad*, vol.1, (1) pp.25-26.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José., *et al*, *Historia de la salubridad y la asistencia en México. Año de la patria. Siglo y medio de Independencia y cincuentenario de la Revolución Mexicana*, edición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, tomo I, pp. 275-276.

ALVAREZ PELAEZ, Raquel “Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936)”; *Quipu*, vol.2, núm.1, ene-abr, 1985, pp.95-122.

ALVEAR ACEVEDO, Carlos., *La Educación y la Ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, México, JUS, 1978, p.175.

ARCOS REYES, Jorge A., *Eugenesia, Racismo y Política a principios del siglo XX*, tesis de licenciatura en historia, UNAM, 2011,

ARIAS GÓMEZ, María Eugenia, *El Distrito Federal y la Ciudad de México a los ojos de nueve autores porfirianos (1887-1913)*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016.

ARMUS Diego, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna” en *Asclepio*, Vol.LIV, Núm.2, 2002, pp.41-60.

ARMUS D., “Cultura, Historia y Enfermedad. A modo de introducción” en *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina*, edición de Diego Armus, Grupo Editorial Norma, 2002, pp.11-25.

ARMUS, D., “Eugenesia en Buenos Aires: discursos, práctica, historiografía”, *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, suol, dez, 2016, pp.149-169.

ARRIAGA, Eduardo, *New Life Tables for Latin American Populations in the Nineteenth and twentieth Centurys*, Berkeley, University of California, Press, California, 1968.

BAGINSKY, Adolf, *Traite des maladies des enfants*, Paris: G. Steinheil, 1892, RJ44 B3414 1892, Biblioteca Nicolás León, Antiguo Palacio de Santo Domingo, Facultad de Medicina UNAM (en adelante BNL).

BAKER, Jeffrey P., "The incubator controversy; pediatricians and the origins of premature infant technology in the United States, 1890-1910", en *Pediatrics*, vol.87, núm.5, mayo de 1991, p.654-655.

BAKER, Jeffrey, P., « The incubator and medical discovery of the premature infant. Historical perspective » en *Journal of Perinatology*, 2000, 5 :321-328.

BARÓN FERNÁNDEZ, José, *Manual de Puericultura*, México, s.e., 1950, RJ101 B3 1941, BNL.

BARONA VILAR, Josep, Lluís, *La Medicalización del Hambre. Economía Política de la alimentación en Europa, 1918-1960.* /Barcelona, Editorial Icaria, Colección Antrazyt. 2014.

BARONA VILAR, J.L., *Introducción a la Medicina*, Valencia, España, Universidad de Valencia, Publicaciones; 1992, p.588.

BARRIER, Françoise Marguerite (1813-1870), *Traité pratique des maladies de l'enfance: fondé sur de nombreuses observations cliniques*, troisième édition revue et augmentée; París, F. Chamerot, edición de 1861. ("Tratado práctico de las enfermedades de la infancia; fundamentado en numerosas observaciones clínicas"). RJ45 B77 186, BNL.

BARRIER, Françoise Marguerite (1813-1870), *Tratado Práctico de las Enfermedades de los niños*; "arreglado a las lecciones impartidas por Antonio Mayner" traducción llevada a cabo por Luis Oms y Garrigolas y por Juan Oriol Ferreros; Barcelona, Ramón Inder (ed), 1843.

BARTH, Jean-Baptiste-Philippe, M. Henri Roger, versión traducida: *Compendio de auscultación y percusión* / traducido y extractado de la última edición de la obra de los señores Barth y Roger y aumentado con notas de las obras más modernas por D. Enrique Simancas Larsé, Segunda edición, Madrid : Imprenta, Estereota. y Galvanopa. de Aribau y C., 1876; Acervo histórico de la Academia Nacional de Medicina de Mexico, sito en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, (En adelante ANM)., catalogo RC76.3 B3518 1876.

BARTH, Jean-Baptiste-Philippe, M. Henri Roger *Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie* (Exposición metódica de las diversas aplicaciones de este modo de examen y del estado fisiológico y morbido de la economía) Quatrième édition, revue et augmentée, Paris : Labé, 1854, BNL RC76.3 B35 1854.

BARTH, Jean-Baptiste-Philippe, M. Henri Roger, *Traité Pratique d'Auscultation, suivi d'un précis de percussion*, 5ª edición de 1860, Paris, Labé [Tratado práctico de auscultación seguido de un compendio de percusión].

BAZANT, M., *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2006, pp. 15-52.

BEAUNIS, Henri Étienne (1830-1921), *Les sensations internes*; Paris, F. Alcan 1889.

BECLARD, Jules (1817-1887), *Traité élémentaire de physiologie humaine comprenant lesd principales notions de la physiologie comparée*; Paris, Asselin 1866 (Tratado elemental de fisiología humana comprendiendo las principales nociones de la fisiología comparada).

BEDFORD E., "Cardiology in the days of Laennec" *British Heart Journal* 1972 ;34:1193-1198.

BILLARD, Charles-Michel (1800-1832) *Traite de maladies des enfants maladies des enfants faites a l'hopital des enfants-trouvés de Paris*, París, J.B. Bailliére, Libraire de l'Academie Royale de Médecine, 1837 ; RJ45 B55 1837, BNL.

BIRN, Anne-Emanuelle, "Child health in Latin America; historiographic perspectives and challenges", *Historia, Ciencias, Saude Manginhos*, Rio de Janeiro, jul-sept., vol.14, num. 3, 2007, pp. 677-708.

BLUM Ann Shelby "Conspicuous Benevolence: Liberalism, Public Welfare and Private Charity in Porfirian Mexico City, 1877-1910" *The Americas*, 58:4 (Julio, 2001) pp 8, 13, 25-26.

BLUM, A.S., *Domestic Economies. Family, work and welfare in Mexico city 1884-1943*. Introduction: Child, class and family in Mexico City [p.XV] (Economía doméstica. Familia, trabajo y bienestar en la ciudad de México 1884-1943. Introducción: niño, clase y familia en la ciudad de México) 2009; Lincoln, University of Nebraska, Press.

BOBADILLA, J., "La salud perinatal y la calidad de la atención médica en la ciudad de México" en Mario Bronfman, M., y José Gómez de León, (1988) *La Mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*. El Colegio de México.

BOERHAAVE, Herman, (1668-1738) *Tratado de las enfermedades de los niños* / traducido al francés, de los Aphorismos de Boerhaave; comentados por el Baron de Van-Swieten En Madrid: En la Imprenta de Benito Cano, 1787, catalogo (R128.7 B647, BNL)].

BOLTANSKI, Luc, *Puericultura y moral de clase*, editorial Laia, Barcelona, 1974, p.7; del cap.1 "una misión civilizadora" pp.38-53.

BONVECCHIO C, selección. "Humboldt W. La situación de la universidad". En Bonvecchio C., *El mito de la universidad*. México: UNAM, Siglo XXI; 1991, pp.75-96.

BOUCHUT, Eugene (1818-1891) *Manuel pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants a la mamelle*, París, J.B. Bailliere, 1845, RJ44 B68, BNL.

BRAVO BECHERELLE, M., "Tablas de vida para México, 1893-1956", México, *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, vol. 18, núm. 2, 1958.

BUCHARDAT, Apollinaire, *Traité d'hygiene publique et privée basée sur l'etiologie*, 1881 publicada por el librero Germer Bailliere en París.

BUDIN, Pierre Constantine, *Le Nourrison : Alimentation et higiene enfants débiles, enfants nés a terme: Leçons cliniques*, París, O. Doin, 1900, RJ101 B83, BNL.

BUSTAMANTE, Jesús, Laura Giraldo y Leticia Mayer, *La novedad estadística: cuantificar, cualificar, y transformar las poblaciones en Europa y América Latina*, siglos XIX y XX, Madrid, Ediciones Polifemo, 2014, pp.17-61.

BUSTAMANTE, Miguel E., "Observaciones sobre la mortalidad general en México de 1922 a 1969" en *Gaceta Médica de México*, 1972, vol.103, núm. 1, pp.47-56.

CABANIS, Pierre-Jean- Georges, *Rapports du physique et du moral de l'homme*, “Relación de los físico y moral del hombre” comentado con mayor amplitud en nuestro capítulo 3, catalogo del Acervo Histórico de la Facultad de Medicina UNAM, R 130 C 337 BNL.

CADOGAN, William, *An essay upon nursing: and the management of children, from their birth to three years of age*; The tenth edition, revisado y corregido por el autor; Londres: Imprenta de Robert Horsfield, en el No. 22, de Ludgate-Street, MDCCLXXII. [1772] Recurso en línea UNAM.

CAMMERER, Wilhelm, “El Metabolismo de los Niños. Del nacimiento al final del crecimiento”; Tübingen, Editorial de H. Laupp, Schen Librería, 1895 (traducido del alemán).

CAMPOSORTEGA, S., *Análisis Demográfico de la Mortalidad en México 1940-1980*, El Colegio de México.

CANO, Gabriela, “Primer Congreso Feminista Panamericano” en *Debate Feminista*, vol.1, mayo, 1990, pp.303-318.

CARDENAS DE LA VEGA, Manuel, “Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano”, *Revista Mexicana de Puericultura*, Julio de 1932, pp.317-322.

CARMONA Y VALLE, Manuel, (1889) *Cátedras orales dadas en el Hospital de San Andrés* por el Dr. Manuel Carmona y Valle, profesor de clínica interna en la Escuela Nacional de Medicina, México, Imprenta de Eduardo Dublan y comp, R135 C37, BNL.

CARMONA Y VALLE, M., (1894), *Lecciones de Clínica Médica, dadas en el Hospital de San Andrés*, dadas por el Dr. D. Manuel Carmona y Valle, director de la Escuela Nacional de Medicina, profesor de clínica interna de 5º año, Revisadas y corregidas por el autor, recogidas y editadas por el alumno de la Escuela, Teodosio S. Pérez Peniche, 247 pp. RC61 C27, BNL.

CARRILLO, A.M., “El inicio de la higiene escolar en México. Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882” en *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 66, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 71-74.

CARRILLO, A.M., “Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm.4, jul-ago, 2001 pp 361-369.

CARRILLO, A.M., “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La Inspección Médica Escolar (1896-1913)” en L. Cházaro y R. Estrada, (eds.), *El Umbral de los Cuerpos*, Colegio de Michoacán-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2005, pp. 171-209.

CARRILLO, A.M., “Los comienzos de la bacteriología en México” en *Elementos: Ciencia y Cultura*, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, vol.8, núm.42, 2001, junio-agosto, pp.23-27.

CARRILLO, A.M., “La alimentación “racional” de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y lactancia artificial”, en TUÑÓN, Julia (comp) *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, El Colegio de México, 2008, pp.227-280.

CARRILLO, Rafael “La epidemia de gripa en el Hospital General en el año de 1918”, *Gaceta Médica de México*, 1920, t.I, pp.226-236.

CARRILLO, R., “La población mexicana y la eugenesia”, *Revista Mexicana de Puericultura*, 1931-1932, pp.783-802.

CARRILLO, R., “La Puericultura por el Dr. Pinard” traducido y anotado por Rafael Carrillo, Tipografía Económica, 1906, 190p, G 649.1 PIN.pu 1906, Biblioteca Nacional de México.

CASTAÑEDA DE INFANTE, Carmen (1999) Ana Cecilia Rodríguez de Romo, *Catalogo de tesis de medicina del siglo xx*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1999. BNL.

CASTAÑEDA DE INFANTE, C., (Coordinadora), Clemencia Serrano, Edmelda Hernández, Sonia Flores, Fernando Martínez Cortés, Carlos Viesca, José Sanfilippo (1988), *Catalogo de tesis de medicina del siglo XIX*, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, CESU, Facultad de Medicina, UNAM, 1988, pp. 5-20, Catalogo Z66661.M6 C365 1999, Biblioteca Nicolás León, Antiguo Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM [BNL], Acervo Histórico, Academia Nacional de Medicina ANM.

CASTRO HERNÁNDEZ, Shiduet Mariana, (2009), *Construcción del Niño: una pedagogía de lo corporal*, tesis de maestría en pedagogía, UNAM.

CAZENAVE, Pierre-Louis Alphée, (1795-1877), *Abrégé pratique des maladies de la peau*, Paris (“Compendio práctico de enfermedades de la piel”): Labé, Libraire de la Faculté de Médecine, 1847, Acervo Histórico de la Biblioteca Dr. Nicolás León, Antiguo Palacio de Santo Domingo, Facultad de Medicina, UNAM, BNL., catalogo RL71 C39 1847.

CHAZARO, Laura, “Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines del siglo diecinueve” en *De normas y transgresiones, Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, Claudia Agostoni, y Elisa Speckman Guerra, editoras. IHH, UNAM, 2005, pp. 55-81.

CHRISTIAN,J., “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la ciudad de México, 1870-1928” en C. Agostoni, (coord.), *Curar, sanar y educar, Enfermedad y Sociedad en México, siglos xix y xx*, Universidad Nacional Autónoma de México y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, 2008, pp. 43-70.

CICERO, Ricardo, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x” en *Gaceta Médica de México*, vol. 4, núm.7, 31 de julio de 1909, pp. 499-510.

COHEN, Aarón., “Mortalidad de la infancia” en *Historia de la infancia en la España contemporánea 1834-1936*, dirigida por José María Borrás Llop, Ministerio del Trabajo y asuntos sociales, Fundación Germán Sánchez 1996, pp.109-143.

CLARK BR. *Las universidades modernas: espacios de investigación y docencia*, México: UNAM, Miguel Ángel Porrúa; 1997.

COOK, Borah W., *Essays in Population History; México and Caribbean*, Berkeley, University of California Press, 1974.

CORDERO, Eduardo, “La subestimación de la mortalidad infantil en México” en *Demografía y Economía*, 1968, vol. II, núm.1, 1968, pp.205-225.

CORNIL, Víctor (1837-1908) *Manuel d'histologie pathologique* par V. Cornil et L. Ranvier, Paris : F. Alcan, 1901-1912; RB27 C67 1901, BNL.

COSÍO, Joaquín, L. E. Ruíz, M. Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, Inspección General de Higiene del Ramo de Instrucción Pública, México, en *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 23-25 y 30 y 32.

COSÍO, J., *The prevention of the tuberculosis in the primary school*, México, Archivo Histórico de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, expediente 4, folio 42, 1907, pp. 1-12.

COSÍO, J., “Leche garantizada” en *Gaceta Médica de México* tomo IV, núm. 7, 7 de julio, 1909, p.536.

CUEVAS CARDONA, C., “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)” en *Historia Mexicana*, vol. VII, núm.1, julio-septiembre, 2007, pp. 53-89, p. 63.

CULLERIER, Auguste (1805-1874) *Recherches pratiques sur la therapeutique de la syphilis*, Trinquart, libraire, 1836 (“Investigaciones practicas sobre la terapéutica de la sífilis”; *Precis iconographique des maladies veneriennes*, 1856, (« compendio iconográfico de enfermedades venéreas) Catalogo RC201 C85, BNL.

DANIEL, M. Thomas, « Tuberculosis in history; Did it change the way we live ? » en SCHLOSSBERG, David, *Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infections*, ASM, Press, Washington DC, pp. 3-9, 11-13, Recurso en línea, UNAM.

DANIEL, M.T., « Times and Tides of Tuberculosis. Perceptions revealed in Keats to Sontag ;(Tiempos y flujos de tuberculosis. Percepciones reveladas en la literatura, de Keats a Sontag) ; Fifthian Press, Mc Kainley Ville, California, 2013.

DANIEL, M.T., *Pioneers in Medicine and their impact on Tuberculosis*, University of Rochester Press, 2000, pp.133-155.

DANIEL, M.T., *Captain of Death: The Story of Tuberculosis*, University of Rochester Press, 1997, p.17.

DATOS PARA LA MATERIA MEDICA MEXICANA. Instituto Médico Nacional. Primera parte, 1894, volumen 1. Relación de los medicamentos estudiados por los investigadores mexicanos en el Instituto e incluidos en el primer volumen de los *Datos*; 5 volúmenes en RS165.C3 E77 misc9, Instituto de Geología, UNAM y RS173.M72 D37, BNL y ANM.

DAVIS, ANNE, L. “A Historical Perspective on Tuberculosis and its control”, en REICHMAN, Lee, B., /Earl Hershfield *Tuberculosis. a comprehensive international approach*; Marcel Dekker, Inc, New york-Basel, 2000, pp. 3-54; p.7.

DE LA PEÑA, Sergio y James Wilkie, *La Estadística Económica en México. Los orígenes*. Siglo XXI, universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México, 1994.

DEL CASTILLO Alberto. *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México, 1880-1920*, El Colegio de México y el Instituto Mora, 2006, pp. 59-135; 153-156; “Antecedentes”, “La invención de un concepto moderno de infancia” (pp.15-29), “Los médicos” (pp.59-104).

DEL CASTILLO, A., “Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México (1876-1911)” en Claudia Agostoni y Elisa Speckman Guerra [eds], *De Normas y Trasgresiones. Enfermedad y Crimen en América Latina (1850-1950)*, (HV4995.A54 D46 Biblioteca Central UNAM, IIH, 2005, pp.83-107.

DEL CASTILLO, A., “Moral médica y secularización: el cuerpo infantil en el discurso médico del Porfiriato” en *Política y Cultura*, Departamento de Política y Cultura, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, núm. 16, otoño 2001, pp.143-169.

DEL CASTILLO, Carlos Rolando, *La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)*, tesis para obtener el grado de Maestro en historia, dirigida por la Dra. Patricia Aceves Pastrana, UNAM, 2013.

DELEARD, D., *Guide Pratique de Puériculture a l'usage des Docteurs en Médecine et des Sages Femmes*, París, Felix Alcan, Éditeur, 1910.

DELOR, François, Michel Hubert, “Revisiting the concept of vulnerability”, en *Social Science & Medicine (Soc Sci Med)* : 50 (2000), pp. 1557-1570.

DEMELIN, L.A., (y Louis Devraigne) *Manuel du puericultur*, 1921, Paris : O. Doin, RG801 D45, BNL.

DÍAZ DE LEÓN, Jesús, *El Libro del Hogar. Consejos a las madres mexicanas para conservar la salud de sus hijos*; Aguascalientes, Imprenta de Ricardo Rodríguez Romo., 1897.

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Real Academia de la Lengua, Madrid, 18ª Edición, 1956.

DICCIONARIO DEL ESPAÑOL DE MÉXICO, Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios, El Colegio de México, 2010, v.2,.

DIDAY, Paul, *Le peril venerien dans les familles* (« El peligro venéreo en las familias »); Paris : Esselin, 1881, RC200 D53, BNL.

DIDAY, P., *Manual práctico de enfermedades venéreas*; traducido al castellano por D. Rafael Ulecia y Cardona; Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 1886; catalogo RC200 d53718, ANM.

DIDAY, P., (1812-1894); *La pratique des maladies veneriennes*, Paris, Asselin, 1894; RC200 D537 1894, BNL; 1886, RC200 D537, BNL.

DIDAY, P., (1812-1894) *La pratique des maladies veneriennes*; Paris (“La práctica de enfermedades venéreas”): Asselin, 1886 mismo acervo RC200 D537, BNL.

DOBKIN, J. Brudney “Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and the decline of tuberculosis control programs.” *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 745.

DONZELOT, J., *La Policía de las Familias*, Valencia, Pre-Textos, 1998; original francés de 1977, Les Editions de Minuit.

DUARTE GÓMEZ, María Beatriz; Rosa María Núñez Urquiza; José Alonso Restrepo; Vesta Louise Richardson, “Determinantes Sociales de la Mortalidad Infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México”, *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 2015; 72(3):181-189.

DUNN, P.M.,M “Stephanie Tarnier (1828-1897) “The architect of perinatology in France”, *Archives of Disease in Childhood and fetal, neonatal*; 2002, 86:137-139.

DUROZIEZ, P. *Traité clinique des maladies du cœur*; Paris, G. Stein Heil, 1891, RC, G81, D87, Catalogo BNL.

EBSTEIN, Wilhelm, (1900) *Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica* publicado bajo la dirección de W. Ebsstein y J.W., Shwalbe, traducido al castellano por José Góngora y Tuñón, Barcelona, José Espasa editor, tomo I “Enfermedades del aparato respiratorio y corazón” (Existe un ejemplar en el Acervo histórico de la ANM, catalogo RA 410 E 37).

ECO, Umberto, *Como se hace una tesis*, Barcelona, Gedisa, 2003.

ENGLISH, P.C., “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine” en *Pediatrics*, 1985, vol. 76, pp. 1-9.

ESPINOSA DE LOS REYES, Isidro, “Apuntes sobre puericultura intra-uterina”, *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*, enero de 1921, pp.29-33; editado y publicado por *El Universal*.

ESPINOSA R.E., Vlietstra RE, Mann RJ. “JBA Chauveau, EJ Marey, and their resolution of the apex beat controversy through intracardiac pressure recordings”. *Mayo Clin Proc*; 1983. 58: pp. 197–202.

FAJARDO-DOLCI, G., C. Becerra Palars, C. Garrido, E. De Anda Becerril, “El Doctor José Terrés y su tiempo” en *Revista Médica del Hospital General de México*, S.S., vol. 62, núm. 3, julio-septiembre de 1999, pp. 219-225.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco, *Bibliografía General de la Academia Nacional de Medicina (1836-1956)*, México, Editorial Fournier, 1959.

FERNÁNDEZ-CANTÓN S., Gutiérrez-Trujillo G, Viguri-Urbe R. “Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes”. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2012; 69:144-148.

FILATOW, A. Nil, *Diagnostic et semiologie des maladies de l'enfance*, Paris, Ruegff, 1898. RJ45 F55 1898 BNL y RJ47 F5318, traducción al francés de E. Perier, de la 4ª edición rusa.

FINGER, Ernest, *La syphilis et les maladies veneriennes*, (“La sífilis y las enfermedades venéreas”) Paris: F. Alcan, 1909, RC201 F5514 1909, BNL.; edición de 1895; traducción de la 3ª edición alemana, RC 201 F5514 BNL.

FINKELSTEIN, Heinrich, *Tratado de las Enfermedades de los niños de pecho*, Madrid, traducción de Editorial Labor, 1932.

FINKELSTEIN, H., (1865-1942) *Tratado de las enfermedades del niño de pecho*; Traducido de la 3ª edición alemana, por el profesor F. Sánchez-Sarachaga Quintanal. 1932 [Catalogo del acervo RJ45 F56218 1932, BNL; Mismo autor, *Lehrbuch Sauglingskranckheiten* [“Libro de texto de enfermedades infantiles”] Springer-Verlag; Berlin 1921 [Edición original en alemán].

FLORES Y TRONCOSO, Francisco de Asís, *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*; tomo III, Edición facsimilar (edición original de 1886), del IMSS de la primera edición: 1992, pp.192-193, “Pediátrica” t.3, , p.67, R465 F63, BNL, ANM.

FONSSAGRIVES, Jean Baptiste., (1882), *Lecons d'hygiene infantile*, París, 1882, Paris : A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882; RJ101 F65, BNL.

FONSSAGRIVES, J.B. *Tratado de Higiene de la Infancia*, Madrid, Librería de “El Cosmos”, 1885, pags. 119, 121, 124 y 141. RJ61 F65, BNL.

FOUCAULT, M., *Nacimiento de la Clínica*, México, 2006, Editorial Siglo XXI.

FOURNIER, Alfred, *Les affections parasymphilitiques*, Paris : Rueff, 1894, RC201.7N4 F68, BNL, ANM.

FRENK, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Economica, 3ª edición, 2003, “la salud como punto de encuentro...biología y sociedad” pp, 23-25.

GACHELIN, G., “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institute Pasteur (1888-1900): “The role of a supranational network of microbiologist”, *Dynamis*, 2007, pp .45-62.

GARCÍA CUBAS, Antonio, *Noticias Geográficas y Estadísticas de la República Mexicana*, México, Imprenta de J.M. Lara, 1857.

GARCÍA CUBAS, A., *Apuntes relativos a la población de la República*, México, Imprenta del Gobierno en 1858.

GARCÍA CUBAS, A., *Geografía e Historia del Distrito Federal*, México, Antigua Imprenta de E. Murguía la segunda edición publicada en 1894 y se cuenta con un facsimilar editado por el Instituto Mora en 1993.

GARCÍA CUBAS, A., “Estudio sobre la población de la Republica” en el *Diario Oficial del Supremo Gobierno de la Republica*, año de 1870.

GARCÍA CUBAS, A., (1894) *Geografía e Historia del Distrito Federal*, México, Antigua Imprenta de E. Murguía, Edición facsimilar del Instituto Mora, 1993.

GARCÍA CUBAS, A., *El libro de mis recuerdos. Narraciones históricas, anecdóticas y de costumbres mexicanas anteriores al actual estado social*, México, Imprenta de Arturo García Cubas, Hermanos Sucesores, 1904; Edición facsimilar de Editorial Porrúa, en 1986. F1386 G36 1986, IIH UNAM.

GASPAR, Sara. Tesis de doctorado: *La tesis un proceso pedagógico de construcción de conocimientos y significados culturales*. UNAM, México, 2001; Colección digital de TESIUNAM.

GAYÓN, José., ¿La difteria vino a México con el ejército francés? en *Gaceta Médica de México*, tomo XXVIII, 15 de julio de 1892, pp. 50-54.

GÓMEZ, Federico, *La Salud y la Familia. Puericultura práctica*. Méndez Oteo, Editor, 1974, pp.17-19.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Norma, “El estudio de la muerte como fenómeno social. La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico” en *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, Vol. XVIII, núm.3, septiembre-diciembre, 2000, pp.677-694.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, N., *Estudio epidemiológico sobre la mortalidad infantil*, UNAM, 2004, pp.9-34.

GONZALEZ NAVARRO, Moisés., “Porfirismo: vida social”, en Cosío Villegas, Daniel, *Historia Moderna de Mexico*; Editorial Hermes, Mexico, 1973, p.8, p.56.

GONZALEZ NAVARRO, M., “Sociedad y Cultura en el Porfiriato”, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1994, p.32, 33, 35, 129, 132 “La ciudad de los palacios”, pp.34-38; “De la cima a la sima” pp.135-136; 140, 148.

GONZALEZ NAVARRO, M., *La pobreza en México*, El Colegio de México, Centro de estudios históricos, 1985, pp.27-31 HC135 G65, Biblioteca Central UNAM, IIH UNAM;

GONZALEZ TEJEDA, Ernesto, *Puericultura*, 1964, RJ101 G61964 BC UNAM.

GONZÁLEZ, J. “La oftalmía purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia” en *Publicaciones de la Asociación para evitar la ceguera en México*, núm. 5, marzo de 1919, pp. 1-12.

GONZÁLEZ-COSSÍO T, Sanín LH, Hernández-Ávila M, Rivera J, Hu H. Longitud y peso al nacer: el papel de la nutrición materna. *Salud Pública Mex.* 1998; 40: 119-26.

GRANCHER, J., *Traite des Maladies de l'Enfance*; publie sous la direction de J. Grancher, J.Comby, A.B. Marfan; Paris Masson, 1897, RJ44 T73, BNL.

GRANCHER, Joseph, Jules Comby, A. B. Marfan, *Tratado sobre las enfermedades de la infancia*, Paris: Masson, 5 volúmenes, 1897-1898.

GRAVES, Robert James, *Leçons de clinique medicale*, Paris, Delahaye, edicion de 1863, traducida de ingles a francés por el profesor Sigismund Jaccoud.

GUERRERO, David, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920” en Alicia Mayer, (coord.) *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 2007, pp.121-147.

GUZMÁN, Miguel, R., “Medicina, dinamoscopía, comprobación clínica de las experiencias (sic) de Mr. L. Collongues. “Memoria de prueba para optar el grado de licenciado en la Facultad de Medicina”, *Anales de la Universidad de Chile*, mayo de 1877, p.411.

HANNA, Ibrahim, R., Mark E. Silverman; “A History of Auscultation and some of its Contributors”; *American Journal of Cardiology* 2002; agosto; 90:259-267.

HARVEY, William, *Excursus anatómico motu cordis et sanguinis in animalibus*, Frankfurt, sumtibus, Guilielmi Fitzeri, 1628. Ediciones de 1649, 1683 y 1751 versiones digitales en línea UNAM.

HERNÁNDEZ BRINGAS, Héctor y René Jiménez Ornelas, “Un Panorama de la Mortalidad Infantil en México”, *Aportes de Investigación*/48, UNAM, CRIM (Centro de Investigaciones Multidisciplinarias) Cuernavaca, Morelos, 1991, pp.14-18.

HERNANDEZ FRANYUTI, Regina, *El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994*, México, Instituto José María Luis Mora, 2004.

HERRERA ORTEGA, Silvia (2007) *La Eugenesia en México. Antecedentes y primera década de trabajo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia*; tesis universitaria de la UNAM, catalogo digital en línea de TESIUNAM.

HERRERA, Alfonso L., (1868-1942) Daniel Vergara Lope, *La vie sur les haïtes plateaux: influence de la pression barometrique sur le constitution et le developpment des êtres organiques, traitement climaterique de la tuberculose* (La vida sobre las altiplanicies: influencia de la presión barométrica sobre la constitución y el desarrollo de sus organismos; tratamiento climatérico de la tuberculosis. Obra premiada por el Instituto Smithsonian de Washington D.C.; Imprimeur de E. Escalante, 1899, Catalogo QP82.2A4 H46, ANM, BNL, Instituto de Biología UNAM.

HERSCH MARTÍNEZ, Paul, “Tres textos de medicina doméstica en México” en *Bol. Mex. His. Fil. Med*, 2004, 7 (1) pp.11-18; p.15.

HOHENDORF G. “Wilhelm von Humboldt”. *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* [revista en línea]. 1993 [consultado 2006 oct 25]; 23 (3-4): [cerca de 13 p.]. Disponible en: www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/humbolds.pdf

HUFELAND, Christoph Wilhelm, *Manuel de medecine pratique: Legs d'une experience de 50 ans*; traducción del alemán de la 4ª edición original; Paris, *Bulletin Clinique*, 1838. Catalogo RC 46 H 414 BNL.

HUMBOLDT, Alexander von, (1822) *Ensayo Político sobre el Reyno de la Nueva España*, México, 1ª edición en español, París, 1822, Imprenta de la Rosa, Gran patio del Palacio Real, calle de Monttensier núm.5; la segunda edición “corregida y aumentada enriquecida con mapas”, París, 1827; y la Edición de la Librería de Lecointe, Paris, 1836, (catalogos F 1211 H82 1827, Acervos de la UNAM: Instituto de Investigaciones Esteticas, Instituto de Geología y una versión digital en línea disponible. Una versión mas reciente: sexta edición crítica con introducción bio-bibliográfica, notas y arreglos de D. Vito Alessio Robles, Editorial Pedro Robredo, México, 1941. (F 1211 H933 1941, IIH UNAM).

HUMBOLDT, A., *Tablas Geográficas, Políticas, del Reyno de la Nueva España que manifiestan su superficie, población, agricultura, fábricas, comercio, minas, rentas y fuerza militar*, México, Imprenta de D. Mariano de Zúñiga y Ontiveros, 1822; edición de la editorial Siglo XXI, de 2003, catálogo G917.2FHUM.tSIG, Biblioteca Nacional de México (BNM),

HÜNTELMANN, A., “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle* Germany”, *Dynamis*, 2007, pp. 107-131.

HUTCHINSON, J., *A system of syphilis: In six volumes* / Ed. by D'Arcy Power and J. Keogh Murphy; with an introduction by Jonathan Hutchinson; London: Hodder & Stoughton: Oxford University Press, 1908; pp.187-20 catálogo RC201 BNL ANM.

IGLESIAS GAMARA, et al, “Estudio de la osteomalacia y raquitismo en diferentes periodos históricos en Colombia”, *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Oseas*, vol.10, núm.1, enero-febrero, 2001, pp. 8-18.

INEGI (2009) *Cronología de la Estadística en México (1521-2008)* consultada en la página electrónica del INEGI (inegi.org.mx) publicada desde 2009.

IZQUIERDO, J., Joaquín (1956), *Carpio y los primeros escritos independientes en Pro de la reforma médica.*, México, Imprenta Universitaria.

IZQUIERDO, José Joaquín, (1970) “La enseñanza de la medicina observacional, racional y científica, en México: antecedentes y perspectivas”; *Anales de la Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología*, 1970 BC UNAM, R751.A6 I96.

IZQUIERDO, José Joaquín, *Carpio y los primeros escritos del México independiente en pro de la reforma médica* (se dan a conocer los nuevos métodos de exploración física UNAM, 1956, ANM, Facultad de Filosofía; IHH UNAM, R126.H6 A9.

IZQUIERDO, José. Joaquín, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmía purulenta del recién nacido” en *Publicaciones de la Asociación para evitar la ceguera en México*, núm.1, octubre 1918, p.5.

JACCOUD Sigismund, (1883-1884), *Leçons de clinique medicale: faites a l’Hospital Lariboisier*. Paris, A. Delahaye, 1873. 10 hojas de láminas. Catalogo RC61 J3318 1873, BNL.

JACCOUD, S., *Lecciones de Clínica Médica dadas en el Hospital de La Piedad de París* traducción del francés por el profesor Esteban Sánchez de Ocaña, Madrid, El Cosmos, editorial, años 1883-1884).

JACCOUD, S., *Leçons de clinique medicale faites a l’hospital de la pitie : 1885-1886* / par E. Lancereaux ; Paris : Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, Edición de 1887.

JACKSON ALBARRÁN, Elena, *Seen and Heard in Mexico. Children and Revolutionary Cultural Nationalism* (“visto y oído en México. Niñez y nacionalismo cultural revolucionario”) University of Nebraska Press/Lincoln and London 2014.

JASSO GUTIERREZ, Luis, “Estrategias integrales en salud aplicadas a los niños de México. Estado del arte y perspectivas inmediatas”, en el capítulo 11 del libro *Estado del Arte de la Medicina 2013-2014*, Ruelas Barajas, Enrique, Alberto Lifshitz, Gerhard Heinze, México, CONACYT, Academia Nacional de Medicina, Edición de 150 aniversario, 2014, pp.133-139.

JASSO GUTIERREZ, Luis, Mariana López Ortega, “El Impacto de los Determinantes Sociales de la salud en los niños” en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 2014; 7 1 (2): 117-125.

JIMÉNEZ M, Del Popolo F, Bay G, Jaspers-Faijjer D. “La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas”, *Desafíos*, 2007;6: pp,1-12.

JIMENEZ, Miguel Francisco, *Sobre la identidad de las fiebres*, México, Imprenta de Andrade y Escalante, 1869, RC106 J55, BNL.

JIMENEZ, Miguel Francisco, *Clínica médica: apéndice a las lecciones sobre los abscesos del hígado: tratamiento*; México: Imprenta de J. M. Andrade y F. Escalante, 1866, RC848.A2 J55, BNL, ANM.

JIMENEZ, Miguel Francisco, *Lecciones dadas en la Escuela de Medicina de México*, México: Imprenta de M. Murguía, 1856, RC848.A2 J56, BNL, ANM.

JORDANOVA Ludmila “Children in history: concepts of nature and society”; en Scarre Geoffrey, *Children, Parents and politics*, New York; Cambridge Univ., Press; 1998, pp. 10-11, 3-24.

KEERS R., “Laennec: his medical history”, *Thorax*, 1981; 36:91–94.

KNIGHT, Alan, “La Revolución en el poder. El problema del orden, economía y sociedad” en *La Revolución mexicana: del porfiriato al nuevo régimen constitucional*, México: Fondo de Cultura Económica, 2010, catalogo F1234 K6318, IIH UNAM; version digital en línea de la UNAM, 2012.

KNIGHT, A., “Popular Culture and the Revolutionary State in Mexico, 1910–1940” en *Hispanic American Historical Review*, 74 (3), 1994, pp. 394–395.

KOTTEK, Samuel, “Quelques remarques sur les premices de la pédiatrie au XVIIIe siècle” (“Algunas precisiones sobre las primicias de la pediatria en el siglo XVIII” en *Histoire des Sciences Médicales*, tomo XXXI, núm. 3-4, 1997, pp.359-367.

KUBORN, Hyacinthe (1828-1910), *Des causes de la mortalité comparée de la premiere enfance dans les principaux climats de l'Europe*, editado en París por Delahaye en 1878 (“Las causas de la mortalidad comparada de la primera infancia con los principales climas de Europa”).

KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús, “Síntesis histórica 1802” en *Historia de la pediatria en México*, Ignacio Avila Cisneros, Francisco Padrón Puyou, Silvestre Frenk, Mario Rodríguez Pinto; México, Fondo de Cultura Económica, 1997, catalogo RJ42.M48 H55, ANM, Biblioteca Valentín Gomez Farías, Facultad de Medicina, UNAM.

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MÉXICO 1910, Coordinación de Humanidades y Centro de Estudios sobre la Universidad, México, Edición facsimilar, 1990, pp. 157-160.

LACASSAGNE, Alexandre, *Precis d'hygiene privee et sociale*, Paris, Libreria de G. Masson; (se cuenta en los repositorios (ANM y BNL) con diferentes ediciones (1876, 1879, 1885). RA425 L33 1879; RA425 L33 1876.

LAENNEC, René-Théophile-Hyacinthe (1781-1826), *De l'auscultation mediate ou traité du diagnostic des maladies del poumons et du coeur: fondé principalement sur de nouveau moyen d'exploration*. (« De la auscultacion mediata o tratado del diagnóstico de las enfermedades de los pulmones y del corazón, fundamentado principalmente sobre nuevos medios de exploración ») Se cuenta en los repositorios (ANM y BNL) con diversas ediciones originales de los años 1827, 1837, 1820 y 1819 de diferentes casas editoras europeas. RC76.3 L32 1837 BNL; RC76.3 L32 1820; RC76.3 L32 1819, ANM.

LAÍN ENTRALGO, P., “Inmunoterapia e inmunología”, En: Laín, P. (director, *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1972, vol. 6, (colección de 7 volumenes), pp. 192-201. (Catalogo R145 L315 de la ANM y BNL).

LANCEREAUX, E. (1829-1910) *Traité historique et pratique de la syphilis*, Corbeil, 1866, Typ. De Creté., Existe un ejemplar en la Colección José María Vigil, Biblioteca Nacional de México.

- LANGSTEIN, Leopold (1876-1933) *Sauglinsernahrung und sauglingsstoffwechsel* [“Nutrición infantil y metabolismo infantil”] [Edición original en alemán] J.F. Bergmann, 1910.
- LEA.W; “Mexico City: space and class in the porfirian capital, 1884-1910”, *Journal of urban history* 22 no.4: 1996, pp.454-492. (Catalogo HD 8116 L44, IIH UNAM).
- LEAR, John, *Workers, neighbors and citizens: the revolution in Mexico city*, Lincoln, University of Nebraska, Press “The social geography of the porfirian capital” 2001, pp.15-48 (Biblioteca Nacional de México, G.972 09).
- LEDERMANN, Walter D., “Laveran, Marchiafava y el paludismo” en *Revista Chilena de Infectología*, 2008; 25 (3): 216-221.
- LEHMANN., J.E., “Twenty years afterward historical notes on the discovery of the antituberculosis effect of paraminosalicylic acid (PAS) and the first clinical trials.” *Am. Rev. Respir. Dis.* 1964; 90: 953-6.
- LICEAGA, Eduardo., “Resección sub-capsulo-perióstica de la articulación coxo-femoral seguida de la regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, México, t.I, núm.1, 1 de enero de 1875, pp.6-8.
- LICEAGA, E., “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, tomo I, núm.14, 15 de julio de 1901, pp.175-182.
- LICEAGA, E., *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma*. Arreglo preliminar y notas por el Dr. Francisco Fernández Del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, pp. 117. (Catalogo PN6268.M4 L52, ANM y BNL).
- LICEAGA, E., “Los congresos de los médicos”, (1º y 2º, 1876 y 1878 respectivamente) de la capital” en *Mis Recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, pp.161-173.
- LICEAGA, E., “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, tomo XXXVI, núm. 16, 15 de agosto de 1899, pp. 399-405.
- LOPEZ RAMOS, Sergio, *De cómo la moral se hizo psicología en México en 1895*, México, Naucalpan, Editorial El Aduanero, 2002, 181 p. (PQ 7298. 2206635 D93, IISUE, UNAM.).
- LÓPEZ RAMOS, S., *Prensa, Cuerpo y Salud en el siglo XIX mexicano (1840-1900)*, México, Centro de Estudios y Atención Psicológica, AC, 2000, pp.105-158, p.115; R465 L68 BNL.
- LÓPEZ RAMOS, S., *Historia del aire y otros olores en la ciudad de Mexico, 1840-1900*; México, Centro de Estudios y Atención Psicológica, Miguel Angel Porrúa, 2002, catalogo TD883.7M62 L65, IISUE UNAM.
- LOZANO–ALCÁZAR, J., “El primer hospital oftalmológico de México” en *Cirugía y Cirujanos*, 2002, vol. 20, pp. 124-128; J. Christian, “Educación especial y..., pp. 43-70.
- MACOUZET, Roque (1870-1921), *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Editorial de Fidel Giró, 1910.

MACOUZET, R., "Higiene, lactancia" en *Gaceta Médica de México*, t.IV, núm.2, 15 de enero 1904, pp.20-23.

MAGENDIE, Francois, *Precis elementaire de physiologie*, Paris, Mequignon-Marvis, (catalogo BNL QP 34 M34 1833.).

MARADONA, J.A., *Tuberculosis. Historia de su conocimiento*; Oviedo, Asturias; Universidad de Oviedo, 2009, p.53.

MARFAN, Antoine-Bernard (1858-1942), *Traite de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age*, ("Tratado de la lactancia materna y alimentación de los niños en la primera infancia") ediciones de 1899, 1920, 1930 [4a edicion] de las casas editoras parisienses de Steinheil y Masson, disponibles en los repositorios. RJ216 M354 1920 y RJ45 M3569 1899, BNL.

MARFAN, Antoine-Bernard, *Les affections des voies digestives dans la premiere enfance*, ("Afecciones de las vías digestivas en la primera infancia") Paris, Masson, 1923, 1930 RJ446 M37 BNL.

MARQUEZ MORFÍN, Lourdes, *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera*, 1994, pp.41-104.

MÁRQUEZ MORFIN, L., y América Molina Del Villar, "El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México", *Desacatos* núm.32, enero-abril, 2010, pp.121-144.

MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando, *La Medicina Científica y el siglo XIX mexicano*, México, FCE, 1997.

MARTÍNEZ CORTÉS, F., *Carpio, Laennec y la invención del estetoscopio*, UNAM, Facultad de Medicina, 1986, BNL, ANM R468.C39 M37.

MARTINEZ CORTES, F., *El Doctor Miguel Francisco Jiménez y la clínica moderna en México* México, D.F. : UNAM, Facultad de Medicina, 1986; R468.J55 M37, BNL , ANM.

MEDINA DE LA GARZA, Carlos E., Armando Hugo Ortiz Guerrero, "Tesis del siglo XIX. Primeros egresados de la Escuela de Medicina de Nuevo León", *Ética, Filosofía e historia de la medicina, Revista Medicina Universitaria*, Monterrey Nuevo León; 2008, 10(39):114-125.

MEDINA DE LA GARZA, C., Martina-Christine Koschwitz, "Peter Frank y la medicina social" en *Revista Medicina Universitaria*, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, 13(52) 2011, pp.163-168.

MEJIA, D., "Clínica interna. Algunas notas acerca de la tuberculosis. Historia, frecuencia y contagio." *Gaceta Médica de México*, t.IV, núm.9, 30 de septiembre de 1909, pp. 641-655.

Memoria del Primer Congreso del Niño (1921) patrocinado por "El Universal", HQ769 C6, ANM y Biblioteca Antonio Caso, Facultad de Derecho, UNAM.

Memoria del Primer Congreso Mexicano de Pediatría (1938), organizado por iniciativa de la Sociedad Mexicana de Puericultura, México, Editorial Niplos, RJ42.M48 C65 1938, ANM, BNL.

MENDIZÁBAL, G., "Farmacología, Terapéutica y Farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga", *Gaceta Médica de México*, t.VII, núm.2, febrero de 1912, pp.49-104, p.75.

MENDIZÁBAL, Gregorio (1904) “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México” en *Gaceta Médica de México*, tomo IV, núm. 21, 1 de noviembre de 1904, pp. 263-271.

MENENDEZ DI PARDO, Nadia Vera (2018) “El heredoalcoholismo y la teoría de la degeneración” en el artículo “Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad (1870-1910)”, *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, número 71, enero-abril, pp.85-109, pag. 92.

MESTRE, J., Rosa Ballester, Wanden Lozano, Carmina Franco, Jesús Culebras, Javier Valero; “Historia de la Nutrición Cínica Española” parte I; *Revista Nutrición Hospitalaria*, vol. 32, núm. 5, 2015, pp.1843-1852.

MEZA HUACUJA Ivonne (2015) *La edad difícil. Los adolescentes modernos en la Ciudad de México (1876-1934)*, El Colegio de México, tesis, Introducción, 2015 pp.i-xvi.

MICHEL, C.H., et Perret, *La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusq'á l'age de deux ans*, *Soc.Scient. Hyg. Alim.*, 1907.

MIER Y TERAN, Marta, *Evolution de la population mexicaine a partir des donnees des recensements 1895-1970*, Université de Montreal, 1982 tesis de doctorado.

MOLINA DEL VILLAR, América, “El tifo en la Ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana, 1913-1916”, en *Historia Mexicana*, t.LXIV: 3, 2015, pp.1163-1247.

MORELOS, José B., “Las diferencias regionales del crecimiento económico y la mortalidad en México 1940-1960”, *Demografía y Economía*, 1973, vol. VII, núm.3, pp.113-125.

MORENO ALTAMIRANO, Laura, “Desde las fuerzas mágicas hasta Roberto Koch: Un enfoque epidemiológico de la tuberculosis” en *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. México, junio 2004; Vol.17 (2): 117-125.

MORENO JUAREZ. Sergio, “Presencia, participación y representación femenina en los dos Centenarios de la Independencia nacional, (1910 y 1921)” *Signos Históricos*, 2012 núm.27, enero-junio, pp.24-62.

MORENO TOSCANO A., y Carlos Aguirre “Migraciones hacia la ciudad de México durante el siglo XIX, perspectivas de investigación”, *Investigaciones sobre la historia de la ciudad de México*, México, DIH-INAH, *Cuadernos de Trabajo*, 1974, pp.1-26.

MORLES V. “El grado de doctor: historia y estado actual”. En: Morles V. *Los doctores y el doctorado: historia y algunas propuestas*. Venezuela: Centro de Estudios e Investigaciones sobre Educación Avanzada; 1996, pp.3-15.

MUÑOZ, Carlos, *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*, México, Pearson Prentice, 1998, p. 4.

MURRAY, John, Styblo K., Rouillon A., “Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost”, *Bull. Int. Union Tuberc. Lung. Dis.*, 1990; 65: 6-24.

MURRAY, J.F., “A century of tuberculosis”, *Am.J.Resp.Crit.Care.Med.*, junio 1, vol.169, núm.11, 2004, pp.1181-1186.

NARRO, José; Rebeca Ponce de León, “Algunas consideraciones sobre la mortalidad infantil en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, México, vol. XXII, núm.6, 1979, pp.281-294, publicado en la obra *La Mortalidad en México 1922-1975*, Ignacio Almada Bay, comp., IMSS, 1982.

NERI VELA, Rolando, “La oftalmología en el México del siglo XIX” en E. Graue Wiechers (editor), xxv Aniversario, Instituto de Oftalmología, Fundación Conde de Valenciana, México, Composición Editorial Laser, S.A de C.V., 2001, pp. 26-27.

NIEMEYER, Paul (1832-1890), *Precis de percussion et d’auscultation*: Paris, F. Savy, 1874; Catalogo RC 763, N5414 1874, BNL).

NOBECOURT, Pierre, (1871-1943) *Precis de medecine infantile*, (“Compendio de medicina infantil”) Paris: Masson, 1907, RJ45 N63, BNL; *Precis de medecine des enfants*, (“Compendio de medicina de los niños”) Edición de 1920, Paris, Masson; (Catalogos RJ45 N64 1920, BNL, edición de 1926, RJ45 N64 1926, mismo acervo).

NOBECOURT, P., *Clinique medicale des enfants: troubles de la nutrition et de la croissance*; (“Clinica medica en los niños; problemas de nutrición y del crecimiento” Paris: Masson, 1926, (RJ216 N63, mismo acervo).

OLMSTED, James, (1945), (1886-1956), *Francois Magendie, pioner in experimental physiology and scientific medecine*, New York, Schumann; BNL R 507 M3 05.

OROZCO RIOS, Ricardo, “Temas sanitarios en el Porfiriato”, *Bol Mex Hist Fil Med*, 2002; 5(2) p.13; pp.10-14.

OROZCO Y BERRA, M., *Historia de la ciudad de México desde su fundación hasta 1854*, México, SEP-Setentas,1973, núm.112. (Catalogo F1219.1 M5 075, IIH UNAM).

ORTEGA, Leopoldo, Adrián Garay, Noticias... en *La Escuela de Medicina*, t XIX, núm.12, Junio 30 de 1904, p.278, t XV, núm. 17, Abril 1 de 1900, p.376.

ORTEGA, Leopoldo, Adrián Garay, y Mariano Herrera, “Importancia y necesidad de una clínica infantil” en *La Escuela de Medicina*, t II, núm.10, noviembre 15 de 1880, pp.113-115.

ORTIZ REYNOSO Mariana, Patricia Aceves Pastrana (editora y coordinadora de la investigación), *Las tesis de farmacia del siglo XIX mexicano*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2002.

ORVAÑANOS, Domingo (1844-1919) “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina” en *Gaceta Médica de México*, tomo IV, núm. 9, 30 de septiembre de 1909, pp. 627-628.

ORVAÑANOS, D., *Ensayo de Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1889, pp. 179-182. (RA811 O78, BNL, IIH UNAM).

PALACIOS GARCÍA, Indira Dulce María, “Samuel Morales Pereira: su obra y su generación” en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, (2017) 2ª época, volumen 16, número 1, enero-marzo, 2017 de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, pp.19- 29.

PANI, Alberto J., (1878-1955) *La Instrucción Rudimentaria en la República*, México, Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1912, pp. 9-14. Catalogo G308 MIS. 111; Biblioteca Nacional de México.

PANI, A.J., *La higiene en México*, México, J. Ballezá, 1916. Catalogo RA451 P2, BNL.

PARROT, Jules (1829-1883), *La syphilis hereditaire et le rachitis*; Paris : G. Masson, 1886 (« La sífilis hereditaria y el raquis »); RC201.3 P37, BNL.

PARROT, J., *Clinique des nouveau-nés: L'athrepsie*; Lecons recueillies par le dr Troisier. Avec 13 planches, dont 4 en couleur, dessinees par F. Renaudot (“Clinica de los recién nacidos: la atrepsia; lecciones reunidas por el Dr. Troisier con 13 laminas, 4 en color dibujadas por F. Renaudot. (RJ320.A8 P37 BNL).

PEREZ MONFORT, Ricardo, “Fragmentos de historia de las drogas en México, 1870-1920” en *Hábitos, normas y escandalo; prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío*, Ricardo Pérez Monfort, Alberto del Castillo, Pablo Picato, CIESAS, Plaza y Valdés, 1997, p.150.

PEREZ MONTFORT, R., *Estampas de nacionalismo popular mexicano: Diez ensayos sobre cultura popular y nacionalismo*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS, 2003, pp.146-190.

PÉREZ TAMAYO, Ruy, *Enfermedades viejas y Enfermedades nuevas*, Siglo XXI Editores, México, 1985, pp. 80-85.

PEREZ TAMAYO, R., *Tres variaciones sobre la muerte*, México, El Colegio Nacional, 2014, pp.3-66.

PINARD, Adolphe, (1844-1934), *La Puericulture du premier age: nourriture, vêtement, hygiene*, París, Libraire de Armand Colin, 1904 (“La puericultura de la primera edad: nutrición, vestimenta e higiene”) fue traducida al castellano por el pediatra mexicano Rafael Carrillo: “La Puericultura por el Dr. Pinard” traducido y anotado por Rafael Carrillo, Tipografía Económica, 1906, 190p, G 649.1 PIN.pu 1906, Biblioteca Nacional de México.

PINEL, Philippe (1745-1826), *The Clinical Training of doctors: an essay of 1793*; edited and translated from french with an introduction by Dora B. Wiener; Baltimore Johns Hopkins University Press, 1980 (Acervo historico de la ANM con el catalogo R740 P55).

PIORRY, Adolphe, *De la percussion mediate et des signes obtenus a l'aide de ce nouveau moyen d'exploration des les maladies des organes thoraciques et abdominaux*; Paris, S. Chaude, 1828. (RC76 P56 BNL).

PRADO VÉRTIZ, Antonio, “Pasado y presente de la pediatría mexicana” en *Gaceta Médica de México*, vol.98, núm.4, 1968, pp.469-486, p.475.

PRENSA *El Monitor Republicano*, 13 de abril de 1849: “El ejercicio físico de los niños”

PRENSA: *El Demócrata*, “diario libre de la mañana” amplia cobertura de la epidemia de influenza a partir del 3 de octubre de 1918, sitio www.hndm.unam, de la hemeroteca digital de la Biblioteca Nacional de México, acceso libre.

PRUNEDA, A., “Elogios académicos. Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXX, 26 de abril, núm.2, 1950, pp. 225-232; “Dr. Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVII, 15 de abril, núm.8, 1900, pp. 139-142.

RAINERI, Flavia y cols., *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años. Bases para un diálogo deliberativo*. Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires, Fundación Kaleidos, Ministerio de Salud de Buenos Aires, Foro de Primera Infancia, UNICEF, 2015, pp.15-38.

RAMIREZ RANCAÑO, Mario, *La Revolución en los volcanes*, México IIS UNAM 1995, p.202. Catálogos: IIS UNAM F1234.A74 R355 2010; BC UNAM F1234.A74 R355.

RAMIREZ, Santiago. “El grito sifilítico”, *Gaceta Médica de México*, 1920, 1: p.474.

REBOK, Sandra, “La Expedición americana de Alexander Von Humboldt y su contribución a la ciencia del siglo XIX”, en *Bull. Inst. fr. Etudes andines*, 2003, 32 (3): pp. 441-458 (Boletín del Instituto francés de estudios andinos).

REBOK, S., Miguel Angel Puig-Samper, Martín Almagro-Gorbea, “Wilhelm y Alexander Humboldt y la anticuaría hispana de la Ilustración” en (281- 295) *De Pompeya al Nuevo Mundo: la corona española y la arqueología del siglo XVIII*, Miguel Almagro Gorbea y Jorge Maier editores, 2012, pp. 281-295;

REYES, A., “inoculación de la tuberculosis por las vías digestivas”, *Gaceta Médica de México*, diciembre 1890, tomo XXV, pp. 174-176.

REYES, José María, “Higiene pública. Limpia”, *Gaceta Médica de México*, 15 de abril de 1866, t.II, núm.8, pp.113-120.

REYES, J.M., “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, t.XIII, núm.20, 3 de junio de 1878, pp. 377-385.

REYES, J.M., “Revista sanitaria de la capital. Constitución médica”, *Gaceta Médica de México*, t.X, 15 de febrero de 1875, pp.111-113.

REYES, J.M., “Intermitentes perniciosas”, *Gaceta Médica de México*, t.X, 15 de junio de 1875 pp.225-229;

REYES, J.M., G. Barreda, L. Hidalgo y Carpio, G. Ruíz y Sandoval, “Congreso Médico de Higiene” en *Gaceta Médica de México*, tomo XI, núm.18, 15 de septiembre de 1876, pp. 379-39.

REYES, J.M., Gabino Barreda, Luis Hidalgo y Carpio, Gustavo Ruíz Sandoval, “Crónica Médica. Congreso Médico y de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, t.XI, núm.18,15 de septiembre de 1876, p.379; t.XI, núm.20, 15 de octubre de 1876,pp.393-395; t.XI, núm.22, 15 de noviembre de 1876, pp.430-436; t.XI, núm.23, 1 de diciembre de 1876, p.464; t.XI, núm.24, 15 de diciembre de 1876, pp.479-480.

REYES, J.M., “Higiene pública. Limpia”, en *Gaceta Médica de México*, t.I, núm.9, 15 enero de 1865, pp.145-152, p.147.

REYES, J.M., “Memoria sobre la mortalidad de la ciudad de México, escrita por el señor D. José María Reyes” en *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*, México, Imprenta de Vicente García Torres, t.X, núm.1, 1863, pp.93-104.

REYES, J.M., “Consideraciones acerca de la enseñanza clínica”, *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, 1844, pp.97-100; 173-175.

RICORD, Philippe (1800-1889) *Leçons sur le chancre*, Paris: A. Delahaye, 1860, RC201 R523 1860, Acervo histórico de la BNL.

RICORD, Philippe., *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis: Communications a l'Academie Nationale de Medecine* Paris: (“De la sifilización y el contagio de los accidentes secundarios de la sífilis; comunicaciones a la Academia Nacional de Medicina” Chez J. B. Bailliere, 1853.) RC201.15 S96, BNL.

RILLIET, F., BARTHEZ, E., *Traite clinique et pratique des malades des enfants, par Rilliet et Barthez*; Paris: Germer Bailliere, 1843 ; catalogo RJ45 R55, BNL.

RIVERA TAPIA, José Antonio, “La situación de la salud pública en México (1870-1960) *Revista del Hospital Manuel Gea González*, vol. 16, núm.1, 2003, p.41; pp.40-44.

ROCHA, Martha Eva, *El Álbum de la Mujer. Antología ilustrada de las mexicanas*, vol IV El Porfiriato y la Revolución, México, INAH, pp.54-55;

RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos de la Asociación Médica del Hospital ABC*, vol.50, num.4, octubre-diciembre, 2005, pp. 184-190.

RODRIGUEZ DE ROMO, A.C., “La ciencia pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: el caso mexicano”, *Dynamis, Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.* (16), 1986, pp.291-316.

RODRÍGUEZ DE ROMO, A.C., Gabriela Castañeda López, Rita Robles Valencia, *Protagonistas de la Medicina Científica Mexicana, 1800-2006*, Mexico, UNAM/Plaza y Valdés, pp.459-460.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, “Una medicina para la infancia” en *Historia de la Infancia en la España contemporánea 1834-1936*, dirigida por José María Borrás Llop, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruiz Pérez, 1996, pp.149-169.

RODRÍGUEZ, Juan María, *Guía clínica del arte de los partos*, México, tercera edición, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1885; catalogos, RG651 R63 1885, BNL, ANM.

RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, “capitulo XIII, Especialidades médicas”; en *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1910*, edición del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, pp.203-210.

RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, “El tifo en la Ciudad de México en 1915” en “Simposio: México en 1915. Epidemias, hambre y asistencia médica” en *Gaceta Médica de México*, 2016; vol. 152: pp. 252-258.

RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1910*, Capítulo XII “Las Tesis”, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 2008, pp.187-201.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, E., “La producción social de la novedad. El suero antidiftérico: nuncio de la nueva medicina”, *Dynamis*, 2007, pp. 33-44.

ROGER, P., *Deux medecins-deux sculpteurs-Paul Richer et Raymond Saboureaud*, these, París, Libraire Arnette, 1947, p. 58. (Últimas dos referencias consultadas en la página electrónica pasteur.fr/infosci/archives).

ROLLET, Catherine, “History of health notebook in France: “A stake for mothers, doctors and state”, *Dynamis. Acta Hisp.Med.Sci.Hist. Illus.*2003, núm.23, pp. 143-166

ROLLET, Joseph, (1824-1894) *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis le chancre simple et la blennorrhagie et principes nouveaux d'hygiene de medecine legales et de therapeutique appliques a ces maladies*; (“Investigaciones clínicas y experimentales sobre la sífilis, el chancro simple y la blenorragia; principios nuevos de higiene de medicina legal y de terapéutica aplicada a estas enfermedades”) Paris: Lefrancois, 1869; RC200.A2 R65, BNL.

ROMÁN VILLAR, Martha, *Instituciones médicas, educación higiénica y puericultura en la ciudad de México 1876-1930*, tesis de maestría en historia, p.5; coleccion digital de TESIUNAM.

ROSEN, G., *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*. (New York: Froben Press), 1944.

ROSENBERG Charles, E., “Framing Disease: Illness, Society, and History” en Rosenberg Ch. y Golden J. (Editores) *Framing Disease. Studies in cultural history*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 199, pp.xiii-xxv. Catalogo RA418 F72 BNL.

ROSENBERG Ch., “Explaining epidemics”, en Charles E. Rosenberg, *Explaining epidemics and oher studies in the history of medicine*, Cambridge University Press, 1992, pp.293-304. R149 R67, IIIH UNAM.

RUIZ, L.E., “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias” en *Gaceta Médica de México*, tomo 34, 15 de noviembre de 1897, pp. 568-571.

RUÍZ, L.E., *Tratado Elemental de Higiene*, México, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, callejón de Betlemitas número 8., 1904. RA440 R85, BNL, ANM.

SAAVEDRA, Alfredo, “Historia y antecedentes de la Protección a la infancia en México”. *Revista Mexicana de Puericultura*, enero de 1936; *Memorias del VII Congreso Panamericano del Niño*, México 1937.

SAAVEDRA, Alfredo, “La Puericultura en México”, en *Medicina, Revista Mexicana*, Sociedad Mexicana de Eugenesia, sesión del 29 de agosto de 1967, XXXVIII ciclo de conferencias. RJ101 S23, IIIH UNAM.

SABOUREAUD, R., “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l'Institut Pasteur*, tomo 60, núm.4, 1938, pp. 345-350.

SAKULA, A., (1981), "RTH Laennec 1781-1826: his life and work: a bicentenary appreciation", *Thorax*, 1981, 36:pp. 81-90.

SALAZAR M.M., "La salud de México durante el Porfiriato y 50 años después", *Rev Soc Mex Hist Nat*, 1960; 2: pp.335-351.

SAN MARTIN, Hernán, *Salud y Enfermedad. Ecología humana, Epidemiología, Salud pública, Medicina preventiva, Sociología y Economía de la salud*; Prensa Médica Mexicana, [Catalogo RA10 S34 1981, IISUE, UNAM.].

SÁNCHEZ ROSALES, Gabino, *Historia del Instituto Médico Nacional, 1888-1915*, tesis de doctorado en historia, UNAM, 2014.

SANCHEZ RÍOS, F., "La Razón de ser de la puericultura" en *La Puericultura en México*, México, Publicaciones "Puericultura" 1952, pp.43-44; catalogo RJ101 S3, BC. Biblioteca Central UNAM.

SANCHEZ RIPOLLÉS. J.M., "Breve visión histórica de la vitamina D" en *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Oseas*, vol.14, núm.1, 2005, p.28.

SANFILIPPO, José, Sonia Flores; (1991) *Carpio y el inicio de la medicina moderna en Mexico: documentos medicos UNAM*, Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, 1991, catalogo R468.C39 M35, BNL, ANM.

SCHELL, Patience, A., "Nationalizing Children Through Schools And Hygiene: Porfirian and Revolutionary Mexico City", ("Nacionalizando niños a través de las escuelas y la higiene: la Ciudad de México porfiriana y revolucionaria") *The Americas*, A quarterly review of inter-american cultural history; vol.60, april 2004, num.4, pp. 559-587.

SEIDLER, Eduard, "El Desarrollo de la pediatría moderna", en Lain Entralgo P., Luis Sánchez Granjel, José María López Piñero, *Historia Universal de la Medicina*, T. VI, 1974, pp. 208-215.

SHIFTER, Liliana y Patricia Aceves, en su investigación "Los farmacéuticos y la química en México (1903-1919): prácticas, actores y sitios" en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol.51, 2016, pp.72-75.

SIGERIST, Henry, (1998), "Johann Peter Frank, un pionero de la medicina social" en *Hitos en la historia de la salud pública*, México, Siglo XXI, 5ª edición, pp.66-84.

SISTO Genaro, *Les cris chez les nourrissons et la syphilis hereditaire*; tr. francaise d'apres le manuscrit original par L. Francoz; avec pref. de Comby; Paris: O. Doin, 1910 ("Los gritos de los niños lactantes en la sífilis hereditaria; traducción al francés del manuscrito original por L. Francoz con un prelude del profesor Jules Comby; RC201.3 S57, BNL.

SISTO, Genaro, *Conferences de pathologie infantile* Paris: O. Doin, 1914, RJ45 S3614 1914, BNL.

SOMOLINOS PALENCIA, J. "El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis y su primera noticia en México" en *Salud Publica de México*, Época VI, volumen XXIV, número 3, mayo-junio, 1982, pp.237-240.

SONTAG, S. (2003); «La Enfermedad y sus metáforas», Madrid, Suma de letras, 2003, páginas varias.

SORKIN, David, (1983) “Wilhelm von Humboldt: the theory and practice of self-formation, 1791-1810” en *Journal of the history of ideas*, vol.44, num.1, enero-marzo, pp.55-73.

SOSENSKI Susana, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX” en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, N. 26, julio-diciembre, 2003, pp. 45-79.

SOSENSKI, S., “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, núm. 238, octubre-diciembre, 2010, pp. 1229-1280.

SOSENSKI, S., y Mariana Osorio Gumá, “Memorias de infancia: la Revolución Mexicana y los niños, a través de dos autobiografías” en Susana Sosenski y Elena Jackson Albarrán, *Nuevas miradas a la historia de la infancia en América Latina. Entre prácticas y representaciones*, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp.153-175.

SOSENSKI, S., “Niños en acción. El trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934”, El Colegio de México, 2010; tesis de doctorado, 2008, pp.1-5; catalogo HD6250.M49 S67, Biblioteca Central, IIH UNAM.

SOSENSKI, S., “Producciones culturales para la infancia mexicana: los juguetes (1950-1960)”, *Relaciones*, 132, otoño 2012, p.101; pp.95-116.

STEPAN, Nancy Leys, “Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial”; *Quiipu*, vol núm.3, sep-dic, 1985, pp.351-384.

STEPAN, Nancy.Leys. *The Hour of Eugenics: Race, gender and nation in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca, New York, 1991, p.130.

STERN, Alexandra, “Madres conscientes y niños normales, la eugenesia y el Nacionalismo en el México Posrevolucionario, 1920-1940” en Laura Chazaro (Ed.) *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo xix*, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Zamora, 2002, pp. 293-336.

SUAREZ MEJIDO, Álvaro, “Del primer ruido cardiaco. Contribución al estudio del componente inicial auricular del primer ruido cardiaco”, *Revista Médica de Costa Rica*, vol. XLI, núm. 449; 1974, pp. 143-154.

SUAREZ Y LÓPEZ GUAZO. Laura Luz, *Determinismo biológico: la eugenesia en Mexico*, tesis de doctorado, UNAM, 2000; colección digital TESIUNAM.

SUAREZ Y LÓPEZ GUAZO. L., “La influencia de la Sociedad Eugénica Mexicana en la educación y en la medicina social”, *Asclepio*, vol. 51, num.2 de 1999, p.59.

SWEDIAUR, Franz, (1748-1824), *Traité complet sur les symptomes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques*; “Tratado completo de los síntomas, efectos, naturaleza y verdadero método de curación de las enfermedades sifilíticas”; traducido de la quinta edición francesa, con notas y adiciones, por Don Bartolomé Colomar; Madrid: En la Imprenta de Repullés, 1807-1808; Catalogo RC201 S8818 BNL.

TERRÉS, J., “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente” en *Gaceta Médica de México*, tomo I, núm.1, 1 de enero de 1901, pp. 9-11.

TERRÉS, José, (1864-1924) *Guía del estudiante de clínica medica*, México: Imprenta Franco Mexicana, 1920; catalogo RC61 T47 BNL.

TERRÉS, José, *Introducción a la clínica médica*, México: Imprenta Franco Mexicana, 1918, catalogo RC4 T47 ANM.

TERRÉS, José, *Manual de propedéutica medica* México: Tipografía económica, 1914, RC71 T47 1914, BNL.

TERRIEN, Eugene *Precis d'alimentation des jeunes enfants: Du sevrage a dix ans, etat normal etats pathologiques*; (“Compendio de alimentación en los niños pequeños: de su nacimiento a los diez años en estados normales y patológicos”) Paris: Masson, 1922; RJ216 T47, BNL.

TROCONIS Y ALCALÁ, L., “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, tomo IV, 3ª serie, núm.10, 31 de octubre de 1909, pp. 714-726.

TRONCOSO, M.C., “Componentes sociales, económicos y culturales del proceso salud-enfermedad en el primer año de vida” en LATTES, A., *Salud, Enfermedad y Muerte de los niños en América Latina*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CIACSO), 1989, pp.53-92.

TROUSSEAU, Armand (1801-1867), *Clinique medicale de l'Hotel - Dieu de Paris*, Paris: J. B. Bailliere, 1861, catalogo RC61 T86 1861; Edición de 1865: RC61 T86 1865; 1868: RC61 T86 1868; 1873: RC61 T86 1873, BNL

TROUSSEAU, Armand, (1801-1867) *Tratado de Terapéutica y de Materia Médica*, Tomo I traducción al castellano de la segunda edición francesa, por José Rodrigo y Francisco Álvarez, Librería de los Señores Viuda é Hijos de Antonio Calleja, año 1841 p.71.; [catralogo RM 121 T7618 1846 en ANM.

UNDERWOOD, Michael, *A treatise on the diseases of children: with general directions for the management of infants from the birth.*, dos volúmenes; Londres, Imprenta J. Matthews, 1789, recurso en línea UNAM.

URIBE Y TRONCOSO, Manuel, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909” en *Anales de Higiene Escolar*, tomo I, julio de 1911, pp. 331-348.

URIBE Y TRONCOSO, M., “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Tíñosos de París y de algunas cuestiones relativas a la antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, tomo I, enero de 1912, núm. 3, pp. 211-218.

VALLEIX, Françoise Isidore, *Clinique des Maladies des Enfants Nouveaunes*, Paris :J. B. Bailliere, 1858 ; catalogo RJ45 V35, BNL

VANDERMONDE, Charles-Augustin, *Ensayo sobre la manera de perfeccionar a la especie humana* (Paris 1756) Texto digitalizado en línea, UNAM, recursos electrónicos.

VAUGHAN, Mary Kay, *Estado, clases sociales y educación en México*, México: Fondo de Cultura Económica, 1982; catalogos: LC92.M48 V37 Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM; LC92.M4 V37 Biblioteca Central, UNAM.

VAUGHAN, Mary Kay, *The State, Education and Social Class in Mexico, 1880-1928*; DeKalb; Northern Illinois University Press, 1982, version original.

VEGA Y ORTEGA, Rodrigo A., “Algunas reflexiones profesionales expuestas en las tesis de Farmacia de la Escuela Nacional de Medicina. La década de 1890” en *Revista eä*, Vol.3, Núm.2, diciembre 2011, investigación conformante del proyecto “Naturaleza y territorio en la ciencia mexicana (1768-1914)” dirigido por la Dra. Luz Fernanda Azuela, www.ea-journal.com, pp.1-29.

VELASCO, Antonio (1886), *Medicina doméstica o tratado elemental y práctico de curar*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.Catalogo; RC81 V45 BNL.

VERGARA LOPE, Daniel (1865-1930) *La anoxihemia barométrica: medios fisiológicos y mesológicos que ayudan al hombre a contrarrestar la acción de la atmosfera rarificada de las altitudes; la tuberculosis en las altitudes*; México, Secretaría de Fomento Oficina Tipografica, 1893. QP 82 V 47 BNL

VIDAL SOLARES, F, *Puericultura e higiene de la primera infancia*; Barcelona: L. Gili, 1915; catalogo RJ101 V53 BNL.

VIESCA TEVIÑO, Carlos, “Las Enfermedades del hambre, México 1915”, “Simposio México en 1915. Epidemias, hambre y asistencia médica” *Gaceta Médica de México*, 2016; págs. 259-263; 152-252.

VIESCA TREVIÑO, Carlos, “La Gota de Leche: de la mirada médica a la atención materno-social en el México Postrevolucionario” en *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y xx*, Claudia Agostoni, coordinadora, Universidad Nacional Autónoma de México-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, pp.195-217.

VILLETE, G., “Una observación de *diphtheritis* traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villete”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico* (sic), tomo segundo, 1 de agosto de 1837, pp. 338-340.

WEISZ, G, “The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century”, *Bulletin of History of Medicine*, V. 77, 2003, pp. 536–575.

WEIZS, George, *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford University Press,2006, Introduction, xi-xxx, Cap.1 The Rise of Specialities in Early Ninetenth-Century, 2006, pp. 3-25.

WEST, C., (1816-1898) *Leçons sur les Maladies des Enfants*, París, G. Masson, Éditeur, 1881 ; Traducción al francés de la obra « Lectures on the diseases of infancy and childhood ». Catalogo RJ44 W4714 1881, BNL.

WRIGHT, Thomas, (2010) (1810-1877) *La circulación de la sangre. La revolucionaria idea de Harvey*; traducido del inglés por Virginia Aguirre Muñoz, FCE, 2016, Breviarios.