

2ª época, volumen 6, no. 2 año 2003  
ISSN 0304-9221

# **B**oletín **M**exicano **de H**istoria **y F**ilosofía **de la M**edicina

**La Historia no escrita de la niñez y la pediatría**  
**La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez**  
**La atención médica del recién nacido**  
**Serendipia, suerte y optimismo**

Incluida en el Índice de Revistas  
Latinoamericanas en Ciencias, PERIÓDICA,  
Departamento de Bibliografía Latinoamericana,  
Dirección General de Bibliotecas (DGB), UNAM

# Contenido



- 4** Nota editorial
- 5** La Historia no escrita de la niñez y la pediatría. Un punto de vista diferente  
*Max Shein*
- 10** La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX  
*Alberto del Castillo Troncoso*
- 17** La atención médica del recién nacido en el Hospital de Maternidad e Infancia de México. Siglo XIX  
*Moisés Morales Suárez*
- 24** Serendipia, suerte y optimismo. Historia de una técnica quirúrgica  
*Alberto Peña*
- 32** *Médicos mexicanos*  
Semblanza del doctor Manuel Peláez Cebrián  
*Manuel Peláez Casabianca*
- 35** *Revisión de libros*  
La prostitución y su represión en la ciudad de México (siglo XIX), prácticas y representaciones.  
Núñez Fernanda  
*Rosalina Estrada Urroz*
- 37** Perspectiva histórica de atención a la salud en México. 1902-2000  
Fajardo Ortiz Guillermo, Carrillo Ana María, Neli Vela Rolando  
*Jaime Lozano-Alcázar*
- 39** *In Memoriam*  
Frederic Lawrence Holmes †  
(1932-2003)

## Editora

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

## Coeditora

Xóchitl Martínez Barbosa

## CONSEJO EDITORIAL

Agustín Albarracín Teulón† (España)

Jorge Avendaño-Inestrillas (México)

Rosa Ballester (España)

Alberto Bernabeo Raffaele (Italia)

Enrique Cárdenas de la Peña (México)

Marcos Cueto (Perú)

Clementina Díaz y de Ovando (México)

Jacalyn Duffin (Canadá)

Ma. Rachel F. da Fonseca (Brasil)

Carolina Hannaway (Estados Unidos)

Fernando Martínez Cortés (México)

Anne-Marie Moulin (Francia)

Pedro Pruna (Cuba)

Pedro Ramos (México)

Max Shein (México)

Carlos Viesca (México)

Luis Alberto Vargas (México)

## MESA DIRECTIVA 2003-2004

Dr. Rolando Neri Vela

Presidente.

Dra. Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Vicepresidenta.

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Secretario General.

Dr. César Arturo Frías Austria

Tesorero.

Dr. Nemesio Herrera Reyes

Secretario de Actas.

## Formación e impresión

Nestlé México, S.A. de C.V.

*El siguiente número del Boletín estará dedicado a Personajes y fuentes en la investigación histórico médica.*

ISSN 0304-9221

El *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* es una publicación semestral que aparece en marzo y en septiembre, editado por la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*. Editora responsable, Ana Cecilia Rodríguez de Romo. Tiraje de 400 ejemplares. Certificado de Licitud de Título (en trámite), Certificado de Licitud de Contenido (en trámite), Reserva de Título en Derechos de Autor (00923/98). Distribuido por la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*, Brasil 33, colonia Centro, México, D.F., C.P. 06020.

El órgano de difusión de la SMHFM está abierto a los estudiosos en el campo. Los trabajos serán sometidos a arbitraje por el Consejo Editorial para ser publicados. Todo material publicado en el *Boletín* queda protegido por derechos de autor. El *Boletín* no es responsable de las opiniones de los autores.

Las sesiones ordinarias de la SMHFM se efectuarán los jueves cuatro de cada mes a las 20:00 hrs. en el auditorio de la Academia Mexicana de Cirugía, segundo piso. Torre de Auditorios, Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, México, D.F.

## SUSCRIPCIONES

La cuota de membresía anual a la Sociedad cubre el envío del *Boletín*. La suscripción particular anual es de \$150.00 pesos para la República Mexicana y de 25.00 dólares para el extranjero.

Los pedidos deben hacerse a nombre de la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*. Brasil 33, colonia Centro, México, D.F., C.P. 06020.

Toda correspondencia relacionada con este *Boletín* debe dirigirse a las editoras, Brasil 33, colonia Centro, México, D.F., C.P. 06020, correo electrónico: [ceciliar@servidor.unam.mx](mailto:ceciliar@servidor.unam.mx)

## INDICACIONES PARA LOS AUTORES

El *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* acepta artículos originales relacionados con la historia, filosofía y antropología de la medicina. Además, incluye artículos por invitación, simposios, reseñas de libros y notas breves acerca de investigaciones históricas. Los editores se reservan el derecho de adecuar los trabajos al estilo del *Boletín*.

Además del disquete con el texto capturado en *Word for Windows*, el autor enviará dos impresiones en papel con el texto en *doble espacio*. La extensión de los originales no debe ser mayor de 15 cuartillas en total. Incluir una hoja de presentación con el nombre completo del autor, sus grados académicos y su dirección, teléfono y fax o correo electrónico. Cada artículo debe entregarse con un resumen, no mayor de diez líneas tanto en español como en inglés. No se incluirán notas al pie de página. Las referencias y las notas se numerarán en el texto en forma consecutiva. Al final se presentarán en forma de lista en el mismo orden en que aparecen en el texto.

El material de archivo debe acompañarse del nombre o tipo de documento, fecha del archivo y clasificación. Las fotografías en blanco y negro, bien contrastadas, tamaño postal, numeradas e identificadas por el reverso y con una leyenda explicativa en hoja por separado.

## Nota editorial

**E**ste número de nuestra revista está dedicado a la infancia, pero desde el punto de vista de la historia de la medicina. Lo primero, aunque parezca ocioso, es definir que es la infancia y como una de las consecuencias de esta aclaración, entonces ubicar a la pediatría en la historia. De un modo o de otro, los textos giran alrededor del reconocimiento de la niñez y de la especialidad médica que la cuida, en el contexto de lo universal y de lo nacional.

Un pediatra historiador, comparte con nosotros ideas originales, que son producto de su especial sensibilidad y su pericia de muchos años en el manejo de los niños.

Dos artículos abordan diferentes aspectos médicos relativos a la infancia en el siglo XIX y particularmente en nuestro país. Cuestiones que ahora nos parecen obvias, los autores nos explican que su inicio y desarrollo no fue tan simple.

La historia contemporánea, a veces tan peligrosa porque su perspectiva es corta y dificulta su juicio, tiene un atractivo

ejemplo en el artículo sobre el origen y desarrollo de una técnica quirúrgica. En este caso, el autor que es también su protagonista, transmite su experiencia de modo natural y agradable. Por su propio campo de estudio, la historia de la medicina no puede evitar el uso de tecnicismos, pero el esfuerzo es necesario. Al inicio del siglo XX, la historia de la cirugía tan llena de términos debe escribirse y qué mejor que por sus actores.

Como es la costumbre, también se incluyen textos en sus secciones habituales.

Agradecemos al doctor Max Shein su constante apoyo y a Laura P. Velasco y Alicia Gallegos su colaboración en la corrección de textos.

Es nuestro deseo, que disfruten y les sea provechoso este número, con el que completamos exitosamente el sexto año de publicación ininterrumpida del *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*.

**Ana Cecilia Rodríguez de Romo**

# La Historia no escrita de la niñez y la pediatría. Un punto de vista diferente

Max Shein\*

## Resumen

Todavía no ha sido escrita una historia adecuada de la niñez, pero las fuentes existentes nos relatan una pesadilla de la que apenas estamos despertando.

Hasta la fecha, la historia de la pediatría tampoco ha sido escrita, ni siquiera desde el momento en que comenzó a convertirse en una especialidad de la Medicina a mediados del siglo XIX.

Se ofrece una bibliografía extensa que es la base de este ensayo, el que además sostiene un punto de vista diferente acerca del origen y desarrollo de la Pediatría y su influencia en los cambios de actitud de la sociedad hacia la niñez.

**Palabras clave:** Pediatría, Historia de la Medicina, niñez, bibliografía.

## Abstract

The History of Childhood has yet to be written, but the existent sources relate a nightmare from which we have only recently begun to awaken.

The History of Pediatrics has neither been written, not even from the time Pediatrics started to be a medical specialty, since the middle of the XIX century.

I offer an extense bibliography which is the base of this essay, that sustains a different point of view regarding the origin and development of Pediatrics and its influence in the change of attitude to children.

**Keywords:** Pediatrics, History of Medicine, childhood, bibliography.

\* Dr. Max Shein, cirujano pediatra, Hospital ABC, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. Correo electrónico: mshein@prodigy.net.mx

Existe una larga Historia de la Pediatría a pesar de que la especialidad nace propiamente a mediados del siglo XIX. Sin embargo, todavía no ha sido escrita una Historia de la Niñez propiamente dicha. El propósito principal de este ensayo es tender puentes entre el tiempo, el espacio y el pensamiento para tratar de comprender esta incongruencia y analizar las ideas que son la base de esta especialidad de la medicina.

Estas reflexiones son también el producto de mi ejercicio de casi 50 años como pediatra y mi dedicación a la historia de la medicina de casi el mismo tiempo.

El trabajo finaliza con una bibliografía poco conocida que se refiere a diferentes aspectos relacionados a la historia de los niños en la medicina y que precisamente por su rareza deseo compartir con ustedes.

"La Historia de la Niñez es una pesadilla de la que apenas estamos despertando", nos dice Lloyd de Mause quien ha escrito uno de los pocos ensayos que se aproximan al tema. La Historia de la Niñez es una larga relación de crímenes y maltrato contra los niños, de los que daremos ejemplos en las diversas culturas.

Los niños han sido "emparedados" desde Jericó 7000 años antes de nuestra era hasta el siglo XIX en Alemania, para dar con sus huesos mayor consistencia a las construcciones y puentes; han sido mutilados, escarificados en cara y cuerpo, deformados del cráneo o las extremidades inferiores; operados ritualmente de los genitales [circuncisión en los niños e infibulación en las niñas (oclusión de los labios mayores de los genitales por medio de anillos o suturas con el objeto de impedir el coito o la masturbación)].

En Benin en la Costa de Guinea, una de las más antiguas culturas africanas, que alcanzó su máximo apogeo en el siglo XVII, los gemelos eran sacrificados por sospecha de coito adúltero y superfetación, y también lo eran los niños nacidos en días aciagos o por presentación pélvica o cualquier anomalía congénita por pequeña que fuera; en algunas culturas eran sacrificados los recién nacidos que estornudaban. En el Mahabárata hindú, gran epopeya sanscrita de carácter mitológico y religioso, era santificado el sacrificio de los niños "innecesarios".

El uso de los opiáceos para "calmar" a los niños es una constante en la historia de la niñez y encontramos instrucciones para su utilización en el papiro de Ebers desde el siglo XVI antes de nuestra era, hasta documentos del siglo pasado que testifican la importación anual de 200 libras de opio a Inglaterra, para inducir el sueño en los niños, sueño del que a veces no despertaban.

Las niñas en general corrían una suerte todavía más triste: en algunas regiones del Medio Oriente eran ahogadas al nacer en las arenas de los desiertos, hasta que fue prohibida esta práctica por Mahoma en el siglo VII; en el Lejano Oriente las niñas eran ahogadas en bellos tibores hasta el siglo XVII en que lo prohibió el emperador Choen Tse. En la actualidad persiste entre los beduinos la tradición de la excisión ritual de la úvula de las niñas con la uña filosa de la mano de algún anciano de la comunidad, y hemos sido testigos de casos de profusas hemorragias o infecciones en los departamentos de urgencias de hospitales en Israel. En la mayor parte de las culturas antiguas —también las modernas— la glorificación de lo masculino y el menosprecio de lo femenino es práctica común.

Se puede ilustrar todo lo expuesto con cientos de ejemplos de manifestaciones culturales del Renacimiento especialmente pictóricas de grandes maestros de la época —Miguel Ángel, Leonardo, Rafael— que a pesar de sus profundos conocimientos anatómicos, no definen a los niños o jóvenes que pintan con las características correspondientes a su edad. Por ejemplo, en la *Sagrada Familia* de Miguel Ángel, la *Galatea* de Rafael o *La Bella Jardinera* de Leonardo. En todas estas excepcionales obras de arte, el niño Jesús es pintado con características de adulto. Describiré e ilustraré en este escrito únicamente el bellissimo cuadro de caballete de Miguel Ángel, la *Sagrada Familia*, en el que se observa en el niño con implantación masculina del cabello propia del adulto y además la proporción corpórea y la musculatura atlética no corresponden a un infante menor (Fig. 1).

Igualmente podemos comprobarlo en la literatura citando a vuelapluma a sólo dos diferentes autores de importancia: Montaigne moralista y filósofo francés del siglo XVI escribe en uno de sus Ensayos: "He perdido algunos niños con un poco de tristeza, pero no con mucha pena" y agrega: "Los niños no tienen forma corpórea visible, ni mente".<sup>1</sup> El segundo, Jean Baptiste Poquelin (Molière) en su obra teatral *El Médico a Palos* escribe: "Beraldo le dice a su hermano Argán: ¿De dónde viene hermano mío que poseyendo los bienes que tenéis y no contando con más hijos que una (Angelina), pues la más pequeña Louisonne (de cinco años) no cuenta, de donde viene repito que habláis de ponerla en un convento?"<sup>2</sup>

Es obvio que los niños no eran tomados en cuenta, aunque es cierto que existen muchas excepciones a todo lo dicho, ejemplificadas cuando Minerva la madre amorosa salva la vida de Menelao desviando la flecha que había de matarlo, o el ritual Talmúdico de plantar un cedro para festejar el nacimiento de un hijo, o un poco menos —un pino— si se trata



Figura 1.- La Sagrada Familia de Miguel Ángel.  
Referencia bibliográfica No. 20.

de una niña, o las culturas babilónica o egipcia que por ser matriarcadas eran más cuidadosas de sus hijos e hijas.

En cuanto a la Pediatría, es hasta el siglo XVIII cuando las cosas cambian, no por el interés de los médicos en los niños, porque ninguno intuyó la diferencia entre el organismo infantil y el del adulto; los niños eran simplemente considerados como adultos en pequeño, aunque existe una extensa literatura acerca de las enfermedades de los niños, desde la época grecorromana, en los escritos de Hipócrates hasta Oribasius, incluyendo entre ellos a Aristóteles el estagirita, Celso, Soranus de Efeso, Plinio y Galeno. E incluso hasta llegar a los médicos árabes y judíos de la Edad Media: Rhazés, Avicena, Averroes y Maimónides.

Con la invención de la imprenta a mediados del siglo XV, aunque el concepto de la niñez no había cambiado —el niño seguía siendo considerado un adulto en pequeño— y la Pediatría no había "nacido". Apenas un año después del primer libro de Medicina General, *Antidotarium de Messue*, fue publicado en 1472, el primer libro incunable dedicado a "Enfermedades de los Niños", en Padua, por Paolo Bagellardo (*Libellus de Egritudinibus Infantium*).<sup>3</sup> Fue escrito en latín y traducido al italiano en 1486, el cual hace unos años tuve la fortuna de ojear, hojear y obtener (para mi uso personal, para propósitos de estudio e investigación), una copia fotostática en la Biblioteca Harvey



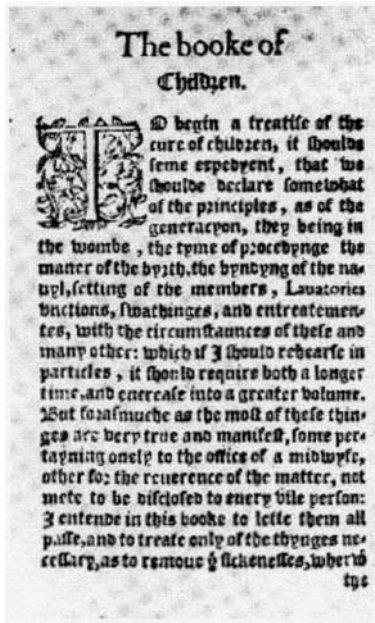


Figura 2.- Primera página del libro de Thomas Phaer, 1546



Figura 3.- Portada del libro de Luis Lobera de Ávila, 1551

Cushing de la Universidad de Yale, la cual desafortunadamente no tengo permiso de reproducir.

El segundo fue publicado por Bartholomeus Metlinger en Alemania y el tercero por Cornelius Roelans en Bélgica, escritos originalmente en latín como el de Bagellardo. Siguiéron muchos otros como el primero escrito en inglés por Thomas Phaer en 1545 *The Booke of Children* y en 1551 el primero escrito en español en la ciudad de Valladolid por Luis de Lobera de Ávila, *Libro del Regimiento de la Salud de la esterilidad de los hombres y mujeres y las enfermedades de los niños*.

Todos ellos constituyen Tratados sobre enfermedades de los niños y no de Pediatría, ya que su contenido no rebasaba las descripciones y conceptos galénicos de las enfermedades; además, la Pediatría no existía en su concepción moderna que apenas se intuía a mediados el siglo XIX y se afirmaba a fines de él para florecer a principios del siglo XX.

La diferencia de los niños fue vislumbrada por grandes pensadores de otras áreas. Charles Darwin fue uno de los primeros, quien interesado en todas las especies vivientes, se preocupó en llevar un acucioso diario de su primer hijo William del 27 de diciembre de 1831 el día que nace, a septiembre de 1844 al cumplir 13 años, publicado como

*A Biographical Sketch of an Infant* en 1882, en el que anotó sus observaciones acerca de la gran diferencia entre el organismo humano infantil y el adulto. Describió fenómenos que le llamaban la atención y que más tarde recibieron epónimos de otros investigadores: el signo de Babinsky, el reflejo de Moro, los reflejos tónicos del cuello de Gesell, y el orden cronológico de aparición de los grandes acontecimientos de tipo motor y neurológico.

Poco tiempo después, el fisiólogo alemán Wilhelm Preyer, también en 1882, publica su libro *Das Seele des Kindes* (El alma de los niños) que es propiamente un tratado de Psicología Infantil y abre la puerta para la investigación de los fenómenos cognoscitivos y de aprendizaje que más tarde desarrollará Piaget y muchos otros investigadores.

No podemos dejar de mencionar a Sigmund Freud, quien describió sus controversiales ideas acerca de la sexualidad infantil y su influencia en la conducta, colocando las etapas más importantes de desarrollo psicológico (anal, oral, fálica, latencia) en las edades infantiles tempranas y más tardías incluyendo la adolescencia, adelantándose a describir las etapas de crecimiento y desarrollo mental; aunque inaceptadas o modificadas por otros psiquiatras y psicólogos han tenido una gran influencia al estimular nuevos pensamientos y métodos de investigación.

Cuatro o cinco lustros más tarde son publicadas en la segunda y tercera decenas del siglo XX, los hallazgos seminales de las acuciosas investigaciones pediátricas de Senn y Gesell de la Universidad de Yale, que convierten al crecimiento y desarrollo del niño en la Ciencia Básica de la Pediatría.

Estos estudios dieron pauta a los hasta entonces "practicantes pediátricos" para llevar a cabo investigaciones en Anatomía, Fisiología, Patología, Terapéutica, etc., todas ellas tan cambiantes y diferentes en las diversas etapas de crecimiento y desarrollo de los niños, hasta que la Pediatría deja de ser un apéndice de la medicina del adulto.

Gracias al entendimiento de los procesos evolutivos del ser humano que esa ciencia del crecimiento y desarrollo nos ha proporcionado, se vislumbró el hecho de que el niño no es un adulto en pequeño sino un organismo con características anatómicas y fisiológicas diferentes al adulto.

Esas características anatómicas y fisiológicas peculiares del niño dieron lugar a que la Pediatría se convirtiera en una especialidad de la medicina, porque colorean los procesos normales (de salud) o anormales (patológicos) de su vida, haciendo que la manera de explorar a los niños, la recopilación de signos o síntomas del niño sano o enfermo y la manera de tratarlos en salud o enfermedad sean muy diferentes a lo que se hace en el adulto.

Debe subrayarse que las diferencias entre los dos organismos son fundamentales y no por razones de inmadurez del cuerpo infantil como aducían la creencias ancestrales durante muchos siglos. Sirvan para ello simplemente dos ejemplos, el primero sintomático y el segundo patológico, que el lector mismo puede resolver:

En mi primer caso usé la ictericia. Ésta tiene un acercamiento diagnóstico que varía en el recién nacido de hora en hora, de día en día y de semana en semana. Las siguientes situaciones son posibles. 1) La incompatibilidad sanguínea con la madre que se manifiesta con la ictericia desde el nacimiento; 2) La ictericia fisiológica que generalmente se presenta después de las 48 horas; 3) La ictericia cuya causa es el exceso de pregnediol en la leche materna, que inhibe a la glucuronil transferasa hepática, y se presenta de 72 a 96 horas después del nacimiento por alimentación al seno materno; 4) La ictericia desencadenada por infecciones: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, etc., alrededor de la primera semana; 5) Ictericia por problemas metabólicos (segunda semana); 6) Ictericia por anomalías congénitas de los conductos bilia-

res (alrededor del primer mes). La semiología, nosología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, dependen absolutamente del momento de crecimiento y desarrollo en que se encuentra el niño, pues la anatomía, fisiología y consecuentes patologías y tratamiento son muy diferentes que las del adulto.

El segundo ejemplo corresponde al hematoma subdural en un recién nacido que también por razones de crecimiento y desarrollo tiene una historia natural diferente a la del adulto, coloreada por la diferente anatomía y fisiología entre ambos, simplemente los huesos más blandos del cráneo y la existencia de suturas no osificadas dan lugar a un abordamiento diagnóstico diferente y más sencillo (punción de la fontanela anterior) y un tratamiento quirúrgico menos cruento que en el adulto.

De la Pediatría de principios del siglo pasado empiezan a desprenderse los cuidados de los niños en diferentes estadios de crecimiento y desarrollo que se han convertido en subespecialidades independientes de las épocas tempranas: el prematuro, el recién nacido y la aplicación de ciertos procedimientos al feto, que con el progreso de la genética y su ingeniería nos deparará indudablemente muchas sorpresas en este nuevo siglo.

Finalmente el niño ha sido reconocido como un ente humano y social diferente, digno de aprecio, cuidado y amor, pero la historia de la niñez sigue incompleta sin haber sido escrita completa y adecuadamente pero converge con la historia de la pediatría y ha dado un vuelco total en las leyes, en el reconocimiento de los derechos humanos de los niños, que se consideran en la actualidad como la parte más preciada e importante de la humanidad; aunque el camino por recorrer es todavía muy largo como nos lo recuerda el simple hecho de salir a la calle y observar el maltrato y abuso del que los niños todavía son objeto.

## Referencias

1. Montaigne, Michel de. *Essays*. USA, Penquin Books, 1981, Book 2, Chapter 8, p. 139: "On the Affection of Fathers to their Children" (Escrito en 1576).
2. Poquelin, Jean-Baptiste (Molière). Salvat, 1969. "El Enfermo imaginario", p. 101. (Obra teatral estrenada en 1673).
3. En 1998 el Dr. Jesús Kumate prologó y anotó en edición en español, para la colección de Ediciones del Hospital Infantil de México.



### Bibliografía recomendada

1. Abt-Garrison. *History of Pediatrics*. Philadelphia London, W.B. Saunders Co., 1965.
2. Aries Phillip. *Centuries of Childhood*. N.Y, Vintage Books, 1962.
3. Bagellardo, Paolo. Padua, 1472. *Tratado sobre las enfermedades y los Remedios de los Infantes*. Edición facsímil. Editor Jesús Kumate, Ediciones del Hospital Infantil de México. México, 1998
4. Behlmer, George. *Child Abuse and Moral Reform in England 1870-1908*. California USA, Stanford University Press.
5. Burkhard Frederick, Smith Sydney. *The Correspondence of Charles Darwin*. Volume 4, 1847-1850. Great Britain, Cambridge University Press, 1988.
6. Dubos, René. *Celebrations of Life*. NY., Mc Graw Hill Book Co., 1981.
7. Erikson, Erik. *Juego y Desarrollo*. Barcelona. Crítica, 1982.
8. Freud, Sigmund. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. The Edition of the Works of Sigmund Freud, vol. VII. London G.B. Hogart Press, 1969.
9. Gay, Peter, Freud. *A Life For Our Time*. London-Melbourne, J.M. Dent Sons LTD, 1988.
10. Hogan, Louise. *A study of a Child*. London, G.B., Harper and Brothers Publishers, 1898.
11. Hunt, David. *Parents and Children in History*. London, G.B., Basic Books, 1970.
12. I. Newton Kugelmass. *Clinical Nutrition and Feeding in Infancy and Childhood*. Philadelphia and London, Lippincot and Co., 1930.
13. Lowrey, GH. Seventh Edition. *Growth and Development of Children*. Chicago USA., Year Book Medical Publishers, 1978.
14. Payne, George Henry. *The Child in Human Progress*. New York and London, G.P. Putnam Sons, 1919.
15. Phaire Thomas, 1545 Facsimile. *The Booke of Children*, Edition of the British Pediatric Society. Edinburgh and London, 1955, E.& S. Livingstone LTD.
16. Reti, Ladislao. *Unknown Leonardo*. N.Y., Mc Graw Hill, 1974.
17. Still, George Frederic. *The History of Pediatrics*. Great Britain, Oxford University Press, 1931.
18. Séjourné Laurette. *Supervivencias de un Mundo Mágico con Dibujos de Leonora Carrington*, 1953.
19. Shein, Rosa Korbman. *El Juego como Método Diagnóstico en Psicología Infantil*. México, D.F., Facultad de Filosofía y Letras. UNAM, 1963.
20. Salvino, Roberto. *The Complete Work of Michelangelo: The Pictures*. N.Y., Reynel & Company, 1956.
21. Salvino, Roberto. *The Complete Work of Raphael*. N.Y., Reynel & Company, 1969.
22. Still, George Frederick. *The History of Pediatrics*. Great Britain, Oxford University Press, 1931.

# La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX

Alberto del Castillo Troncoso\*

## Resumen

En este artículo se reflexiona en torno al surgimiento de la mirada anatómico-clínica en Francia y su influencia en México durante la segunda mitad del siglo XIX y los primeros años del XX, a través de una literatura de carácter pediátrico que era consultada por los médicos mexicanos durante este período. Se enfatiza la importancia de los cambios y transformaciones de la Escuela Nacional de Medicina, que proporciona la infraestructura para las primeras cátedras de enfermedades infantiles. Todos estos factores posibilitan la construcción de una visión médica-pediátrica que reconoce a la infancia como su objeto de estudio y la va diferenciando de las otras etapas de la vida.

**Palabras clave:** México, siglo XIX, clínica pediátrica, enfermedades infantiles.

## Abstract

This paper presents a picture of the influence of French pediatrics in Mexico, during the 2<sup>nd</sup> half of the XIX Century based in the anatomic-clinical point of view, and the consequent development of the concept of pediatrics, that recognizes and differentiates infancy from the other stages of life.

**Keywords:** Mexico, XIX<sup>th</sup> Century, Clinical pediatrics, pediatric diseases.

\* Dr. Alberto del Castillo Troncoso, doctor en Historia, Instituto Mora. Correo electrónico: delcasta@aol.com

A finales del siglo XVIII, la medicina occidental consolidó la sistematización de observaciones empíricas que había venido practicando en los siglos anteriores y desarrolló una nueva forma de analizar e interpretar los procesos patológicos, que desplazó gradualmente a la célebre teoría de los humores.

Esta nueva forma de interrogar la realidad de los pacientes y su entorno, se desarrolló en forma particularmente importante en Francia durante la primera mitad del siglo XIX, lo que llevó a la llamada escuela "anatómico-clínica" a un nivel privilegiado en el entorno internacional, que influyó decisivamente en la orientación y el quehacer científico de los países hispanoamericanos.

La nueva mirada se cifraba en las lesiones anatómicas como punto de partida para describir los padecimientos e interpretar las enfermedades. El saber médico comenzó a establecer una relación más estrecha entre dos series de fenómenos: la observación clínica de los registros corporales de los pacientes y las lesiones de carácter anatómico. El lugar privilegiado para llevar a cabo estas actividades fue el hospital, que se convirtió en el centro de operaciones de las nuevas propuestas y razonamientos, en un espacio de investigación y docencia como nunca antes se había practicado en la historia de la medicina.

La observación rigurosa de los fenómenos patológicos incorporó métodos de registro y de exploración de los cuerpos cada vez más detallados y precisos, como la auscultación, facilitada por el estetoscopio, las percusiones torácicas, los aparatos de medición craneana y muchos otros instrumentos y herramientas cuya función era reforzar el carácter mensurable de las observaciones médicas, de acuerdo con los parámetros científicos de la época, en los que la exactitud y la objetividad constituían valores intercambiables.

La mirada clínica implicó una forma diferente de enfrentar las enfermedades infantiles y de concebir la etapa de la niñez. En la tradición hipocrático-galénica regía el principio de que en la naturaleza infantil predominaban el calor y la humedad, lo que le daba a la etapa una peculiar predisposición a la enfermedad. Sin embargo, con la edad moderna y su insistencia en la atención a la infancia en sí misma, surgieron otras ideas del tratamiento y abordaje médico del cuerpo infantil que lo hicieron más científico.

Esta creencia en la predisposición de la infancia a la enfermedad era tan marcada en siglos anteriores que la propia etapa era percibida en términos devaluatorios. Todavía



Hecker, R. et Trumpp, J. *Atlas-Manuel des Maladies des Enfants*, Paris, J.B. Bailliere et fils, 1906, p. 315

Brouzet, en pleno siglo XVIII, se refería a ella de la siguiente manera: "*Cet age qui doit être regardé lui-même comme une maladie, qui a son commencement, sa marche, ses accès et sa fin*".<sup>1</sup>

A lo largo de la primera mitad del siglo XIX se consolidó una literatura de carácter pediátrico en la que la atención se centraba en los casos clínicos de la infancia. Las normas de salud y enfermedad se basaban en la contemplación de los órganos alterados y las desviaciones patológicas se estudiaban en función de los casos llamados "normales", y se tomaba en cuenta el desarrollo de cada individuo.

Estos cambios resultaron claves en la medida en que implicaron un giro en la percepción de la niñez. Ya no se atribuían al infante rasgos de debilidad, sino que ahora se le estudiaba en función de los estados de salud y patología, con una especificidad en la organización y una dinámica propia.

La nueva lectura anatómico-clínica y sus métodos exploratorios redundaron en la elaboración de una visión específica respecto del estudio objetivo de los padecimientos. Algunos de los autores fundamentales de este nuevo orden de cosas fueron: Billiard, Bouchot, Comby, Marfan, Grancher, Apert, Cruchet, Rocaz, Genevrier, Broca, Méry, Castaigne y Simon.

La escuela anatómico-clínica francesa fue la de mayor influencia en la medicina mexicana durante el porfiriato y en los inicios de la pediatría nacional. La mayor parte de los textos de los médicos franceses era consultada a finales del siglo XIX por sus colegas mexicanos. Todavía hoy en día, estos textos pueden revisarse en la Biblioteca de la Antigua Escuela Nacional de Medicina (ENM). La lectura de los mismos nos permite comprender el modelo de exploración clínica predominante en la segunda mitad del siglo XIX, el cual fue retomado a principios del XX por algunos médicos mexicanos que iniciarían las cátedras sobre cirugía y enfermedades infantiles, como Roque Macouzet y Carlos Tejeda.

Las nuevas propuestas de observación, con sus respectivos métodos de exploración de los cuerpos, produjeron resultados muy concretos como la elaboración de las historias clínicas de los pacientes, que registraron y codificaron signos físicos que se tradujeron en una nueva percepción y representación del cuerpo humano.

La separación visual por parte del médico resultó fundamental en todo este proceso. El diagnóstico del médico, basado en la exploración clínica, se complementaba con análisis microscópicos de muestras patógenas y muestras cuantitativas de lecturas de gráficas, entre otros registros documentales.

Una de las prioridades de este tipo de lecturas era establecer los límites de la etapa de la infancia respecto de su "otredad", representada por la figura del adulto. En términos generales, podemos establecer que el "ojo" diferenciador de la infancia proporcionado por el esquema científico, pasaba por la fisiología como una de sus estaciones centrales: "El niño no funciona como el adulto: éste no es un diminutivo de aquél, un *homunculus*, es un tipo fisiológico especial, que desempeña una función más que el adulto, el crecimiento, y una función menos, la generación."<sup>2</sup>

El cuidado y la atención médica de la infancia en México presentan un antecedente importante en el período novohispano, particularmente en la segunda mitad del siglo XVIII, caracterizada por una voluntad asistencial privada y estatal que creó hospicios, casas de cuna y de recogidas, el Monte de Piedad y hospitales, como el de San Andrés, entre otras importantes instituciones.

Por lo que toca al período del México Independiente, habrá que esperar seis largas décadas para encontrar una etapa de cierta estabilidad política y económica que permitiera una continuidad en el avance de las ideas médicas relativas a la infancia y la creación de una infraestructura ligada al

Estado. Al menos, ésta es la conclusión a la que han llegado los historiadores de la medicina en nuestro país, como podrá verse a continuación:

*Habría que comenzar por decir que en los primeros cincuenta años, esto es, de 1810 a 1860, poco o nada significativo aconteció [...] en cuanto a acciones específicas dirigidas al cuidado y la atención médica de los niños. En efecto, envuelto el país en una ola de turbulencias, desasosiego y ajustes políticos, socio-culturales y económicos [...] resulta explicable que no surgieran ni ideas ni acciones específicas relacionadas con el cuidado y salud de los niños.*<sup>3</sup>

La formación de una visión médica capaz de reflexionar sobre los problemas de la infancia está ligada al triunfo de las fuerzas liberales y la creación de un Estado nacional en el último cuarto del siglo XIX, lo que se tradujo en la consolidación de una red de instituciones de asistencia a la niñez y en la renovación y profesionalización de cuadros a partir de la incorporación de cursos y cátedras de pediatría dentro de la ENM.

En 1861, el Estado llevó a cabo la secularización de hospitales y establecimientos de beneficencia, al crear la Dirección General de Beneficencia Pública, que quedó posteriormente bajo la jurisdicción de la Secretaría de Gobernación, con tres clases de establecimientos: hospitales, hospicios y casas de educación y corrección.

Entre estas instituciones vale la pena destacar el Hospital de Maternidad e Infancia, creado por órdenes del presidente Benito Juárez y que cerró durante el período de la intervención francesa, en el cual se fundó la Casa de Maternidad e Infancia. En 1867 se inauguró en el Hospital de San Andrés una sala exclusiva para infantes, la cual quedó a cargo del Dr. Eduardo Liceaga y pasó dos años después a la Casa de San Carlos adjunta a la maternidad, convirtiéndose en el Hospital de Maternidad e Infancia, que puede ser considerado como el primer hospital para niños en la historia del país.<sup>4</sup>

A partir de 1875 su director fue el doctor Juan María Rodríguez, autor del primer tratado mexicano de obstetricia. En 1905 el Hospital de Maternidad e Infancia se trasladó al recién inaugurado Hospital General. Otras instituciones significativas del período fueron el Hospicio de Pobres, la Escuela Industrial de Huérfanos y la Casa Amiga de la Obrera, creada por la esposa de Porfirio Díaz para cuidar a los hijos de las trabajadoras, con un servicio que incluía guardería y educación primaria y el Hospicio de Niños, que empezó a funcionar en 1905.

Como parte de esta red institucional, hay que destacar también la labor del Consejo Superior de Salubridad del Ayuntamiento de la ciudad de México (CSS), instancia a partir de la cual se realizaron los primeros esfuerzos gubernamentales encaminados a la protección higiénica de la infancia, que incluyeron campañas de vacunación y diversas medidas para mejorar las condiciones sanitarias de hospitales, escuelas y asilos.

Uno de los factores que explica el surgimiento de nuevas ideas acerca de la infancia fue la transformación de los hospitales, que dejaron de ser depósitos de pobres y marginados para convertirse en centros de investigación y docencia. Este cambio, como resulta fácil de imaginar, no se produjo de una manera inmediata, sino que fue el resultado de varias décadas en las que la situación "antigua" y la "moderna" coexistieron en los mismos espacios.

Resulta importante mencionar el testimonio de uno de los médicos más destacados de la época, el Dr. Eduardo Liceaga, que en 1882, en su calidad de director de la ENM solicitó a las autoridades gubernamentales que hicieran efectiva la separación del Hospital de la Infancia del de Maternidad, ya que ésta nunca se había materializado en los hechos, a pesar de haber sido ordenada por el gobierno en 1861.

En este importante documento se evidenciaba el desfase existente entre los proyectos de reforma gubernamentales y la realidad que privaba y que era la que tenían que sufrir cotidianamente los pacientes. También nos muestra la existencia de un proyecto "civilizador" representado por la noción de hospital impulsada por el gobierno, que incluía por parte de médicos como Liceaga la consulta gratuita todos los días a partir de las 7 de la mañana, así como otras actividades relacionadas con la higiene y la urbanidad. "El hospital también se encargó de impartir educación elemental a los internos. Se les enseñaba a comer en la mesa con manteles y cubiertos, a bañarse y a cambiarse de ropa cuando fuera necesario".<sup>5</sup>

Uno de los factores más importantes que incidieron en el cambio conceptual respecto a la infancia, fue la renovación que experimentó la ENM durante el Porfiriato, con la incorporación de las primeras cátedras y cursos relacionados con las enfermedades infantiles, fruto de la influencia de la escuela clínica francesa en la formación de profesores y en la difusión de las nuevas ideas a través de la publicación de numerosos textos que explicaban didácticamente los resultados de las investigaciones empíricas.

En la segunda mitad del siglo XIX, la medicina en la capital comenzó a incorporar los grandes cambios provenientes de



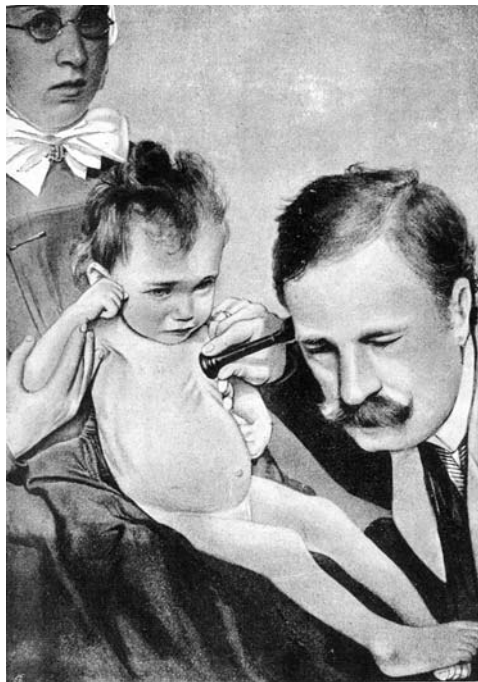
las escuelas europeas, particularmente los referentes a los criterios fisiológicos, la mirada clínica y la teoría de los gérmenes patógenos, que implicaban nuevas concepciones sobre el cuerpo, las enfermedades y su etiología.

Los médicos mexicanos viajaron a Francia y se penetraron con este tipo de planteamientos. Algunos de ellos regresaron a México y enriquecieron notablemente el desarrollo histórico de la medicina en este país. Este es el caso de Miguel Jiménez, considerado como uno de los primeros clínicos nacionales; el de José Terrés, uno de los médicos más importantes de la segunda mitad del siglo XIX, y el de Juan María Rodríguez, autor del primer libro de texto en el país sobre temas de obstetricia: *Guía Clínica del Arte de los Partos*, publicado en 1879.

La presencia de cursos de pediatría dentro del plan de estudios de la ENM data de la década de los noventa. En 1893, encontramos el primer registro de una clase de "Clínica Infantil" a cargo del Dr. Carlos Tejeda. A partir de ese año, el propio Tejeda se encargó de llevar adelante la cátedra en el Hospital de Maternidad e Infancia. En términos generales, ésta se realizaba tres veces a la semana: los martes y los jueves el profesor impartía lecciones a la cabecera de alguno de los pequeños enfermos, y los alumnos interpretaban signos y síntomas hasta llegar a la elaboración de un diagnóstico, mientras que los sábados el mismo Tejeda impartía una conferencia sobre el caso clínico más destacado de la semana. Si las condiciones lo permitían, se llevaba a cabo alguna autopsia.<sup>6</sup>

El 19 de diciembre de 1898 apareció una convocatoria para la plaza de "catedrático adjunto de clínica de enfermedades infantiles", a la que se presentó como candidato el Dr. Roque Macouzet, quien fue aprobado el 7 de febrero del año siguiente, por un jurado académico integrado por los doctores Lavista, Parra, Erdozain, Toussaint y el propio Tejeda. A partir de ese momento y hasta 1905 Tejeda impartió el curso clínica quirúrgica para niños, mientras que Macouzet llegó a impartir la cátedra de la materia de la que había sido adjunto. Desde el año de 1906, se integraron también los doctores Joaquín Cosío, como profesor de la Clínica Médica de Pediatría; Ricardo Manuell, en calidad de Jefe de Clínica Médica de Pediatría, y Luis Troconis, como jefe de Clínica Quirúrgica de Pediatría.<sup>7</sup>

La información anterior evidencia la consolidación de la pediatría como una de las corrientes de especialización de la medicina mexicana hacia finales del siglo XIX, de tal manera que a principios de la siguiente centuria, se definieron sus objetivos y las características como una ciencia moderna incorporada al plan de estudios de la ENM



Hecker, R. et Trumpp, J. *Atlas-Manuel des Maladies des Enfants*, Paris, J.B. Bailliere et fils, 1906, p. 39

dentro del rubro de "Sistemas de perfeccionamiento".<sup>8</sup> Resulta importante destacar el valor simbólico de esta incorporación, en la medida en que muestra el nivel de la ENM respecto a otros países europeos, como es el caso de Alemania, donde, para 1901, ocho de las veinte universidades del país poseían algo semejante a una cátedra pediátrica.<sup>9</sup>

Otra cuestión significativa es la que se refiere al inventario de instrumentos y objetos de los servicios de las diferentes clínicas médicas y quirúrgicas de pediatría de la ENM a principios del siglo XX, en el que se destacan, entre otros, un oftalmoscopio, un laringoscopio, un rinoscopio, un estetoscopio, un microscopio, un otoscopio con espejos, así como diversos abre bocas, bisturíes, pinzas especiales, cucharillas y camas con accesorios, entre otros. Todos ellos demuestran la consolidación de una mirada clínica entre los médicos y los estudiantes durante esos años.<sup>10</sup>

El rastreo de esta mirada encuentra una de sus líneas más significativas en las tesis de los estudiantes de medicina de la época, que en términos generales confirman los planteamientos de la escuela clínica, pero a partir de observaciones empíricas realizadas en hospitales mexicanos, como el caso de la Casa de Maternidad o el Hospital de la Infancia. Al igual que sus colegas franceses, los estu-



diantes mexicanos insisten en un ojo diferenciador de la niñez como una "otredad" alejada del modelo adulto dominante:

*Para cualquier lado que se dirija la vista, se encuentran diferencias radicales entre el adulto y el niño: ya sea en el dominio de la clínica como en el de la patología propiamente; ya en el de la fisiología como en el de la anatomía; ya en el terapéutico como en el higiénico.*<sup>11</sup>

En este orden de ideas, la mirada de los médicos señalaba que la niñez presentaba una hiperactividad que la distinguía y diferenciaba de la etapa adulta, la cual se manifestaba a través de diversos factores, tales como la actividad circulatoria, la ingesta de alimentos, las actividades del sistema nervioso, la eliminación de orina y heces fecales y el tamaño de varios órganos de capital importancia, como el cerebro, el encéfalo, los riñones y el corazón, todos ellos proporcionalmente mayores a las actividades y órganos de los adultos.<sup>12</sup>

En este punto encontramos una inferencia muy importante: si el niño presentaba un proceso de normalidad diferente al del adulto, también su proceso de morbosidad tenía que ser distinto. En esto se basaba su enorme fragilidad, que lo predisponía a la enfermedad y en última instancia, a la muerte. Esta idea fue desarrollada por la mayoría de los constructores de la mirada clínica, más interesados en la vía patológica como forma privilegiada de acceso a la infancia, que en los procesos que constituían la llamada "normalidad".

Esta vocación de la pediatría por la detección de los fenómenos patológicos está presente en la mayor parte de los textos, que se reducen a extensas descripciones de las enfermedades infantiles. En concordancia lógica con los planteamientos centrales de la mirada clínica, destacaban la importancia de las lesiones y las irregularidades como el camino más adecuado para comprender las vicisitudes de la etapa.

Una muestra de lo anterior, la podemos encontrar en el *Manual de las enfermedades de los niños*, de E. Apert, uno de los textos más influyentes de la época, el cual dedicó únicamente 55 páginas a las consideraciones en torno al niño "sano", mientras que en otras 520 se dio a la tarea de describir con lujo de detalles las diferentes enfermedades que aquejaban a los infantes de la época.<sup>13</sup>

El saber médico establecía que la fisiología de la infancia poseía un carácter único, plenamente diferenciado de

la etapa adulta, y que el crecimiento constituía una de sus funciones más importantes. De hecho, el estudio detallado de las condiciones en que se desarrollaba este último, proporcionó un número considerable de referencias documentables para constatar la originalidad de la etapa, caracterizada por un crecimiento acelerado y propensa a un número mayor de irregularidades. De esta manera, se estableció que el encéfalo del recién nacido pesaba en condiciones normales cerca de 352 gr, el equivalente a una octava parte del peso total, mientras que el del adulto correspondía a 1,295 gr, cifra que representaba una cuadragésima parte del peso total de la persona; o bien que la actividad cardíaca del bebé era mucho más intensa que la del adulto, pues la rebasaba en una proporción de dos a uno; entre muchos otros ejemplos que apuntan a lo mismo: documentar que el patrón de normalidad de los infantes correspondía a medidas y estándares mucho más elevados que los de los adultos.<sup>14</sup>

Esta delimitación de las características de la etapa infantil y el establecimiento de sus diferencias respecto del mundo de los adultos por parte de los estudiantes capitalinos resulta muy relevante. Al respecto, vale la pena mencionar el testimonio del doctor yucateco Francisco Solís, quién señala que todavía a principios del siglo XX en aquella región del país muchos médicos se resistían a aceptar los nuevos criterios pediátricos y continuaban tratando a los infantes como adultos pequeños:

*[...] no concebían que la pediatría pudiera ser una especialidad, pues el criterio de entonces era que el niño era nada más un "adulto pequeño" y con darle un quinto de la dosis de medicamentos señalados para el adulto, se le podía medicar de todas sus dolencias. Muchos años habían de pasar para que se aceptara al fin que el organismo del niño, en plena evolución y crecimiento, tenía sus características propias, su metabolismo especial, sus sistemas inmunitarios y defensivos condicionados a la frecuencia y peligrosidad de las infecciones, todo lo cual hacía imperativo que el médico lo estudiara en toda su complejidad, evitando para siempre el erróneo y simplista concepto de que el niño era nada más un adulto en miniatura.*<sup>15</sup>

En el cambio de siglo, un estudiante capitalino en su tesis, reivindicó la importancia de los exámenes clínicos y se encargó de describir las manifestaciones de las enfermedades en los gestos corporales y las facciones de los rostros de los niños, construyendo un imaginario visual que vinculaba este tipo de signos con las patologías correspondientes:

*La mayor parte de las enfermedades agudas determinan una expresión de la cara muy semejante, caracterizada por la contracción de las facciones, la formación de arrugas en la frente, la aproximación de las cejas [...] Recorriendo ligeramente algunas enfermedades en particular, vemos por ejemplo, que la neumonía determina una alteración continua de la fisonomía, cuyos rasgos esenciales son la dilatación de las alas de la nariz, la palidez de la cara y el enrojecimiento de los pómulos.*<sup>16</sup>

Roque Macouzet fue uno de los médicos mexicanos más importantes en el campo de la pediatría durante el Porfiriato. Su formación como clínico así lo confirma: estudió en París con los doctores Marfan y Bilhaut y culminó su estadía en el extranjero en el *Post-Graduate Medical College* de Nueva York, con los profesores Plimpton y Caillé.

Otros destacados médicos mexicanos que dirigieron una parte sustancial de su ejercicio profesional al cuidado y atención de los niños en la segunda mitad del siglo XIX y los primeros años del XX fueron José Ma. Reyes, que estudió el problema de la marginación infantil a finales de siglo; Ricardo Cicero, uno de los primeros en utilizar el enfoque antropométrico para el estudio de los casos infantiles; Ramón Pacheco, primer director del Hospital de Maternidad e Infancia, nombrado por el propio presidente Juárez, y Eduardo Liceaga, figura capital de la medicina mexicana que se ocupó de la dirección de dicho hospital durante la década de los setenta y los ochenta.

El aspecto que resalta la importancia de Macouzet en la formación de una pediatría mexicana, es la publicación de un libro en el año de 1910 que constituye una síntesis de sus investigaciones *El arte de criar y de curar a los niños*, que dedicó a "los jóvenes médicos en sus esfuerzos por dirigir a las madres en la crianza de sus hijos y por elaborar el diagnóstico y el tratamiento para las enfermedades de éstos." Como indica su título, este libro desarrolla dos líneas de investigación que representaban las dos áreas básicas de la pediatría mexicana a principios del nuevo siglo: la higiene infantil y la exploración clínica de las enfermedades infantiles. Ambas resultaron fundamentales para el seguimiento de un concepto moderno de infancia en México.

Los discípulos y seguidores de la obra de Macouzet se encargaron de difundir los planteamientos del maestro, contribuyendo así a la formación de una pediatría local. El autor retomó los conceptos de las escuelas francesa, alemana y norteamericana, si bien desarrolló mucho más el punto de vista de la clínica francesa en la segunda parte del

texto, en la que se dedicó a describir y clasificar una gran variedad de enfermedades de acuerdo con sus causas y síntomas, y estableció para cada una de ellas un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Esta investigación constituye el antecedente básico de la formación institucional pediátrica en nuestro país, al mismo tiempo que representa la culminación de los estudios pediátricos mexicanos durante el Porfiriato.

## Referencias

1. "Esta edad que debe ser vista en sí misma como una enfermedad, que tiene su principio, su marcha, sus claves y su fin", citado en Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina*, Salvat, Barcelona, 1982, p. 204.
2. Fonsagrives, citado por Federico Martínez, *Ligeros apuntes sobre higiene de la primera infancia*. Tesis de la ENM. México, 1899, p. 7.
3. Ávila y Frenk (Coord.). *Historia de la pediatría en México*. FCE, México, 1997, p. 333.
4. Otra referencia importante es la que corresponde al Hospital de la Infancia de San Luis Potosí, inaugurado en el año de 1893. Este mismo hospital promovió la publicación de los *Anales de Pediatría* de San Luis Potosí, considerada la primera revista pediátrica en la historia del país. Al respecto, véase Ávila y Frenk, *op. cit.*, pp. 27-31.
5. "Pide Informes el Ministerio de Justicia sobre las dificultades que han surgido entre los empleados de Maternidad e Infancia y el Jefe de la Clínica de Obstetricia y practicantes de esta Escuela", 1882. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, Legajo 118, pp. 12-15.
6. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, Legajo 260-Exp. 18.
7. El examen consistió básicamente en la presentación de una disertación escrita, un examen oral y un ejercicio práctico. *Ibid*, Legajo 209-Exp. 1.
8. Al respecto, véanse las *Memorias* de la Escuela Nacional de Medicina correspondientes al año de 1909, en las que aparece la pediatría como una de las especialidades de la carrera de Medicina, con plena legitimidad curricular, basada en las ya mencionadas asignaturas de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

9. Eduardo Seidler. "El desarrollo de la pediatría moderna" en: Laín Entralgo, Pedro, *op. cit.*, pp. 125-167, Salvat, Barcelona, 1982.
10. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, Legajo 241-Exp. 4.
11. Mariano Herrera. *Algunas consideraciones sobre pediatría*. Tesis de la ENM. México, 1881, p. 7.
12. Ramón Estrada. *Algunas ligeras consideraciones sobre la falta de higiene infantil en México*. Tesis ENM. México, 1888, pp. 22-24.
13. E. Apert. *Manual de enfermedades de los niños*. Salvat, Barcelona, 1914.
14. *Ibid.*, p. 24.
15. Francisco Solís, citado en Ávila y Frenk, *op. cit.*, p. 392.
16. Cruz Barrera. *Examen clínico de los niños*. Tesis de la ENM. México, 1894, p. 12.

## Bibliografía

Agostoni, Claudia. "<Que no traigan al médico>. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX-XX)". *Ponencia presentada en el Seminario sobre Historia y Salud*. Instituto de Investigaciones Históricas. Noviembre, 2002.

Aréchiga, Hugo y Juan Somolinos (Comps.). *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. FCE, México, 1993.

Bouchot, E. *Manuel Pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle*. Lib. De l'Academie Royal de Médecine, Paris, 1845.

Buford, Nichols, Ángel Ballabriga y Norman Kretcheser (eds.). *History of Pediatrics, 1850-1950*. Raven Press, New York, 1991.

Carrillo, Ana María. El inicio de la higiene escolar en México: "Congreso Higiénico Pedagógico de 1882", en: *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2, mar-abr 1999, pp. 71-74.

Cruchet, Rene. *La pratique des maladies de l'enfance*. Fac. Médecine Bordeaux, 1910.

Del Castillo, Alberto. "Moral médica y secularización: el cuerpo infantil en el discurso médico del porfiriato", en: *Revista Política y Cultura* de la Universidad Autónoma

Metropolitana-Xochimilco, otoño 2001, No. 16, México, 2001.

Del Pino, Víctor. *Higiene de la primera infancia*. Tesis ENM. México, 1911.

Fonssagrives, J.B. *Tratado de higiene de la infancia*. Lib. de El Cosmos Madrid, 1885.

Key, Ellen. *El siglo de los niños*. Biblioteca Sociológica Internacional. Barcelona, 1906.

Laplane, Robert. "French Pediatrics", en: Nichols Buford, Ángel Ballabriga y Norman Kretcheser (eds.). *History of Pediatrics. 1850-1950*. Raven Press New York, 1991.

Lock, Margaret y Deborah Gordon (eds.). *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers, London, 1988.

Lyons, Albert y Joseph Petrucelli (Coords.). *Historia de la medicina*. Ed. Doyma Barcelona, 1980.

Macouzet, Roque. *Arte de criar y curar a los niños*. Giró (editor), Barcelona, 1910.

Marfan, A. *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age*. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1899.

Pérez, Bernard. *L'enfant de trois à sept ans*. Félix Alean, éditeur, Paris, 1907.

Périer, E. *Consultations sur les maladies de l'enfance*. Rueff et Cié, editeurs, Paris, 1895.

Rodríguez, Jesús. *Enfermedades de los niños que producen mayor cifra de mortalidad en México*. Tesis ENM. Tip. El libro diario, México, 1904.

Somolinos, Germán. *Historia de la Medicina*. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. México, 1978.

Vélez, Daniel. *Consideraciones higiénicas relativas a la vista del niño en la escuela*. Tesis. ENM. México, 1889.

## Archivos y bibliotecas consultados

Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina.

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina. UNAM.

Biblioteca del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina Facultad de Medicina, UNAM.

Fondo Reservado de la Biblioteca Nacional.

Centro Nacional de Investigación Documental.

# La Atención Médica del Recién Nacido en el Hospital de Maternidad e Infancia de México. Siglo XIX

Moisés Morales Suárez\*

## Resumen

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer como fueron tratados algunos problemas médicos en el niño recién nacido durante el último tercio del siglo XIX en el Hospital de Maternidad e Infancia de México, primera institución de Beneficencia Pública que existió en nuestro país abocada a la atención de los niños. Se mencionan aspectos históricos del Hospital así como información sobre los inicios de la Neonatología en París, Francia. Se comentan las características de la primera incubadora fabricada en México y su utilización en los niños prematuros. Se describen otras técnicas utilizadas durante el periodo neonatal.

**Palabras clave:** Hospital de Maternidad e Infancia, Siglo XIX, recién nacido, incubadora.

## Abstract

The objective of this paper is to describe the medical care off in the newborn infant during the last third of the nineteenth century at the Maternity-Infancy Hospital in Mexico City which was the first public welfare institution in the country.

Some historical data about the hospital are also mentioned as well as the onset of the speciality of Neonatology in Paris, France. Features of the first incubator manufactured in Mexico are described and its usefulness in the care of premature infant.

**Key words:** Public welfare Maternity in Mexico, nineteenth century, newborn infant, incubator.

\* Dr. Moisés Morales Suárez, pediatra neonatólogo, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. Correo electrónico: moises@go.com

## Introducción

Los historiadores del siglo XIX que escribieron sobre el Hospital de Maternidad, relatan las vicisitudes por las que atravesó la institución desde su fundación, la preparación académica de sus catedráticos y la atención médica otorgada a las mujeres embarazadas.<sup>1,2</sup> Por otro lado, los autores contemporáneos se refieren al Hospital de Maternidad e Infancia, así como al Hospital de San Andrés, como los centros donde se originó la Pediatría en nuestro país.<sup>3,4</sup> Sin embargo, en ninguna de estas fuentes se menciona cómo fueron atendidos los niños recién nacidos desde el punto de vista médico.

Por lo anterior el objetivo de la presente comunicación es conocer las características de los cuidados médicos que recibieron los niños durante el período neonatal, en este hospital considerado como la primera institución de Beneficencia Pública que existió en México abocada a la atención infantil.<sup>5</sup>

## Los Inicios de la Neonatología Moderna

Los doctores Etienne Stéphane Tarnier y su discípulo Pierre Constant Budin, brillantes obstetras franceses del último tercio del siglo XIX, son considerados como los iniciadores de la atención médica neonatal moderna. Ellos construyen y utilizan por primera vez las incubadoras para el cuidado de los niños prematuros (1880) en la Maternidad de Port-Royal en París, y realizan múltiples contribuciones vigentes hasta la fecha.<sup>6</sup> La llamada "incubadora de Tarnier" que mantenía la temperatura ambiental en 30°C, fue mejorada por Madame Henry, partera en Jefe de la Maternidad de París; este recurso que logra disminuir la mortalidad del niño prematuro menor de 2000 gramos del 66% al 38%.<sup>7</sup>

Este adelanto médico fue publicado en el periódico *El Nacional de México* en el año de 1888, comentándose el éxito en el tratamiento de trillizos prematuros en la clínica parisina de Tarnier.<sup>8</sup> La utilización de la incubadora y la técnica de la alimentación con sonda para el cuidado de los prematuros, también se difundió en el periódico *La Escuela de Medicina*.<sup>9</sup>

Budin introdujo otras mejoras a la incubadora, calentando el flujo de aire en una dirección, le agregó humedad ambiental y el monitoreo de la temperatura. Publicó acerca del tratamiento de la asfixia al nacer, el manejo del cordón umbilical, la importancia de la lactancia materna y la disminución de la misma cuando las madres son separadas de sus hijos prematuros, la pasteurización de la leche de vaca y



su "peptonización" en el caso de no contar con leche materna. Fue el primero en construir una unidad especial para niños prematuros en la Maternidad de París en 1893 y posteriormente en la Clínica Tarnier; estos hospitales fueron los primeros centros de Neonatología en el mundo para la investigación, enseñanza y tratamiento de niños prematuros.<sup>10</sup>

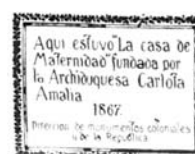
El libro del doctor Pierre Budín, *Femmes en Couches et Nouveau-Nés. Recherches Cliniques et Experimentales* (1897) (Mujeres Parturientas y Recién Nacidos. Investigaciones clínicas y experimentales), contiene un detallado plano de las tres áreas que tuvo la unidad de prematuros: una para las nodrizas y sus hijos, una para los prematuros no enfermos y otra de aislamiento para los prematuros enfermos que se trasladaban a la maternidad; área de higienización, cambio de ropa para el personal y nodrizas, extracción de leche y otros anexos.<sup>11</sup> En 1891 Bonnaire utilizó el oxígeno en los niños prematuros cianóticos de las incubadoras y lo recomendó en los niños asfisiados, el doctor Joseph De Lee estableció la primera estación de incubadoras en Chicago en el año de 1898.<sup>12, 13</sup>

### Historia del hospital de maternidad e infancia

Se debe a Benito Juárez, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, el haber emitido en noviembre de 1861 el *Decreto para la creación de un Hospital de Maternidad e Infancia*; destinando para su establecimiento el Hospital de Terceros de San Francisco,<sup>14</sup> ubicado en el lugar que hoy ocupa el Palacio de Correos, entre las calles de Tacuba y el Eje Central Lázaro Cárdenas. Con un número reducido de camas el hospital prestó servicio hasta los días de la invasión francesa, siendo su director el doctor Manuel Alfaro, y partera en Jefe la señora Dolores Román.

Durante el Imperio de Maximiliano, la emperatriz Carlota tuvo la idea de que se restaurara el extinguido Hospital de Maternidad para atender a las mujeres de escasos recursos que no podían tener su parto en el domicilio y para aquellas jóvenes que no deseaban dar a conocer que iban a ser madres. Para ello eligió la antigua sección del Hospicio de Pobres destinada a los "partos reservados", local que se encontraba en pésimas condiciones, según relata el informe sobre el estado que guardaban los Establecimientos de Beneficencia Pública enviado al emperador por García Icazbalceta.<sup>15</sup>

El gobierno imperial asignó un presupuesto insuficiente, por lo cual se hizo necesario recurrir a la filantropía de algunos particulares; Antonio Escandón prestó la suma



Hospital de Maternidad e Infancia. Fotografía del Sr. Jorge Enciso, Jefe del Departamento de Edificios Coloniales de la SEP. Aguilar GF, Esquerro PR. *Los Hospitales de México*. Casa Bayer 1936.

necesaria para la obra y Carlota organizó una rifa en el Palacio de Minería. Con estos fondos se amplió el nuevo establecimiento y la Casa de Maternidad se inauguró por el Ministro de Gobernación el 7 de junio de 1866, día del santo de la fundadora, por lo cual se le dio el nombre de Hospital de San Carlos. El primer director fue el doctor José Ferrer Espejo y la partera en Jefe la Sra. Adela Zuleta, nombrados por el emperador.

Originalmente, el hospital tenía una planta con dos salas de 24 camas con sus cunas; se destinaron tres piezas para las "madres reservadas", dotadas de abundante ropa, un cuarto para anfiteatro y un jardín interior. Para sostener los gastos de la Maternidad, Carlota se valió de más rifas y loterías, e incluso al partir hacia Europa envió una caja de instrumentos quirúrgicos "...la más completa y mejor que hasta entonces se había visto aquí...desde su destierro, todavía remitió 6000 pesos..."<sup>16</sup>

Al triunfo de la República se nombró director al doctor Román F. Pacheco quien recibió de Ferrer un inventario escrupuloso que incluía: mobiliario, botiquín, utensilios, ropa de madres y de niños, objetos de ornato, instrumental de gineco-obstetricia y modelos de estudio, dentro de los cuales se mencionan un maniquí de placenta y feto, una pelvis de mujer, ocho úteros con el producto de la concepción del primero al noveno mes y una colección de piezas



anatómicas de pasta realizadas por el Dr. Auzoux para el estudio de la obstetricia.<sup>17</sup>

El doctor Pacheco hizo mejoras al Hospital y amplió su capacidad a 30 camas, promovió ante el Ayuntamiento que se trasladaran los niños del Hospital de San Andrés a un anexo que se llamó Departamento de Infancia, desde entonces se le llamó Hospital de Maternidad e Infancia.

El reglamento del Hospital contenía tres objetivos muy claros: 1° *Caridad*, recibir a toda mujer que lo solicite por no tener en su casa lo necesario para ser asistida. 2° *Moralidad*, asistir y proteger a las "madres reservadas", 3° *Instrucción*, para enseñanza de los alumnos de la Escuela de Medicina.<sup>18</sup> Con estos objetivos quedaba establecida su función social de beneficencia pública y como un centro de enseñanza.

Durante la década de 1880 las condiciones de la institución habían cambiado drásticamente, por lo cual su director Juan María Rodríguez informó al Consejo Superior de Salubridad acerca de las pésimas condiciones que presentaba. Consideraba inapropiada la cercanía con el hospicio y el anexo de niños; refería que las instalaciones de agua y drenaje funcionaban mal; se carecía de personal así como de material; menciona haber tenido que operar a media noche con dos velas y tener que utilizar su instrumental quirúrgico. Atribuyó a estas condiciones la imposibilidad de evitar los brotes de fiebre puerperal y esperaba que el Consejo pudiera remediar esa situación.<sup>19,20</sup> Al continuar las epidemias fue cerrada la institución durante casi un año para hacerle nuevas mejoras.

El doctor Juan María Rodríguez fue uno de los profesores mas distinguidos que tuvo la Maternidad a su cargo; fue un gran erudito y filántropo, siendo director del hospital se ofreció para asistir a toda hora y sin cobrar honorarios a las enfermas del "Departamento de Partos Ocultos". Fue Presidente de la Academia Mexicana de Medicina en 1884,

dominaba cinco idiomas y traducía el latín y el griego, gustaba de la música y de las bellas artes. Ningún obstetra de su época superó a Rodríguez en publicaciones; autor de unos cien trabajos científicos y de dos obras de texto tituladas "Guía Clínica del Arte de los Partos" y "Cuadros Sinópticos" para la enseñanza de los alumnos y parteras que fueron vigentes hasta 1899; perteneció a varias sociedades científicas nacionales y extranjeras. Fue redactor corresponsal del *Annals of the Medical Science of Philadelphia*. El Dr. Castelazo Ayala, expresa respeto a este personaje, que "...dio un extraordinario impulso a la obstetricia científica, sentando las bases de la Escuela Mexicana de Obstetricia..." y Nicolás León lo considera como el "Padre de la Escuela Obstétrica Mexicana".<sup>21</sup> El Hospital de Maternidad e Infancia siguió brindando sus servicios hasta el año de 1905, cuando se integró al recién inaugurado Hospital General de México.

Actualmente se conserva la fachada del edificio con pocos cambios, pero sin la placa que en 1936 lo identificó como un monumento histórico.<sup>22</sup> Está ubicado entre las calles de Revillagigedo y Artículo 123 en el segundo perímetro del Centro Histórico de la ciudad de México; una parte de lo que fue la construcción se encuentra ocupada por establecimientos comerciales.

### La atención médica del recién nacido

Desde la inauguración del Hospital de Maternidad hasta 1867 se habían asistido a muy pocas pacientes, esto explica el por qué de la publicación repetida de un aviso firmado por el Dr. Espejo en el *Diario del Imperio*, invitando a las embarazadas menesterosas para ocurrir a la Maternidad. Posteriormente, la población iría en aumento; con los informes que las autoridades del hospital enviaron al Ayuntamiento se elaboró el siguiente cuadro donde se puede apreciar que durante la década de 1870 el número de partos o alumbramientos por año estuvo por arriba de 300.

### Memorias del Hospital de Maternidad e Infancia\*

| Año   | Embarazadas | Alumbramientos | Fallecimientos de madres |
|-------|-------------|----------------|--------------------------|
| 1868  | 102         | 86             | 1                        |
| 1869  | 152         | 134            | 2                        |
| 1870  | 289         | 246            | 20                       |
| 1872  | 340         | 309            | 6                        |
| 1875  | 341         | 301            | 32                       |
| 1879  | 372         | 316            | 21                       |
| TOTAL | 1596        | 1392           | 82                       |

\*Nicolás León. *La obstetricia en México*. 1910. pp. 317-395.

## Hospital de Maternidad \*

| Fechas (Año) | Entradas | Alumbramientos | Fallecimientos | Mortalidad General | Mortalidad Puerperal |
|--------------|----------|----------------|----------------|--------------------|----------------------|
| 1880         | 407      | 358            | 23             | 6.5 %              | 3.66 %               |
| 1881         | 98       | 93             | 11             | 11.82 "            | 5.37 "               |
| 1882         | 311      | 203            | 13             | 6.4 "              | 4.4 "                |
| 1883         | 340      | 256            | 18             | 7. "               | 3.5 "                |
| 1884         | 340      | 249            | 18             | 7.2 "              | 4.8 "                |
| 1885         | 407      | 317            | 21             | 6.6 "              | 4. "                 |
| 1886         | 375      | 316            | 16             | 5. "               | 2.84 "               |
| 1887         | 445      | 356            | 16             | 4.5 "              | 2.24 "               |
| 1888         | 558      | 429            | 22             | 5. "               | 1.86 "               |
| ene feb 1889 | 77       | 52             | 5              |                    |                      |
| TOTAL        | 3358     | 2629           | 163            | 6.2 "              | 3.30 "               |

\* Manuel Barreiro. *Profílatia de las Enfermedades Puerperales y Proyecto de Maternidad*. 1889. p. 2

Después de 1880, las estadísticas del Hospital descritas por el doctor Barreiro mostraron un incremento progresivo en el número de partos, llegando a ser mayor de 500 durante el año de 1888; también se registran los cambios en la mortalidad general y por fiebre puerperal.

En las últimas décadas del siglo XIX, alumnos de la Escuela de Medicina que cursaban el último año de la carrera realizaron varias tesis inaugurales con temas neonatales en el Hospital de Maternidad;<sup>23</sup> también los profesores publicaron tesis de concurso o artículos relacionados con el recién nacido, lo cual revela el interés que se tuvo para resolver los problemas médicos de un grupo de niños que hoy les llamaríamos "neonatos de alto riesgo" y que a continuación se relata.

### La leche materna. Medidas somatométricas

A los recién nacidos sanos y enfermos se les alimentaba con leche de sus madres o de nodrizas, cuando esto no era posible se indicaba la leche de vaca pasteurizada a diluciones progresivas. Si la madre moría en la Maternidad y el niño no era reclamado por algún familiar, se le pasaba al Departamento de Infancia para que fuera alimentado por una nodriza.<sup>24</sup>

Se registró el peso en 300 niños nacidos a término, el promedio fue de 2744 gr y 48 cm la longitud; se comentaba que estas medidas eran menores a la de los niños nacidos en Francia, que en promedio pesaban 3500 gr y medían 50 cm atribuyendo esta diferencia al hecho de que los recién nacidos de la Maternidad correspondían a madres de la clase más pobre del pueblo, mal alimentadas y "sujetas a sufrimientos físicos y morales". Se hacía la observación

que entre las clases sociales de mejores condiciones económicas el peso al nacer de los niños se aproximaba a la de los extranjeros.<sup>25</sup>

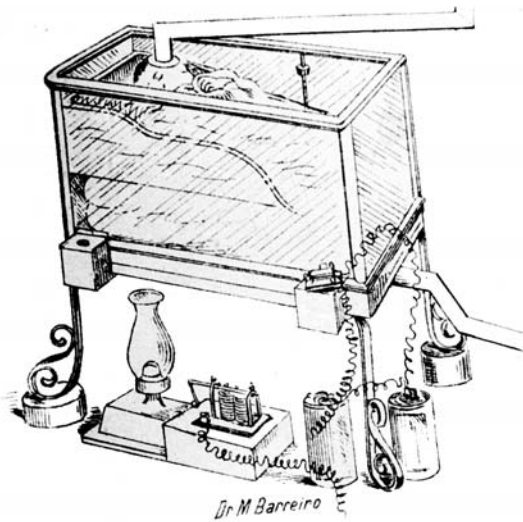
Hubo otras observaciones interesantes acerca del comportamiento del peso en 25 niños de término durante los primeros 10 días de vida; utilizando una balanza fija de precisión se observó que los neonatos disminuían de peso inicialmente y aumentaban a partir del 5º día de edad postnatal.<sup>26</sup>

### La incubadora y alimentación por sonda orogástrica

Francisco García Luna, médico interno del Hospital de Maternidad, realizó su tesis inaugural sobre "La utilidad de las incubadoras y de su complemento, el Gavage", en la que menciona la existencia de una incubadora construida y proporcionada por el Dr. Manuel Barreiro, Jefe de la Clínica de Obstetricia en el año de 1895.

Refiere García Luna la importancia del tema, "...por ser la primera y única que existe en México, por haberse ya usado en la Maternidad para niños nacidos antes de término y por pertenecer su autor a México, he creído conveniente describirla para que sea conocida..."

Dentro de la amplia información sobre dicha incubadora destaca lo siguiente: tiene paredes de cristal grueso unidas por láminas metálicas, un reservorio de agua caliente para irradiar su temperatura al interior, cuenta con un sistema de circulación de aire mediante tubos metálicos, la forma de regular la temperatura se obtiene mediante un ingenioso mecanismo eléctrico; utilizando una lámpara de petróleo provista de un sistema "Duplex", con una palanca unida a



Incubadora fabricada por el Dr. Manuel Barreiro en 1895. Nicolás León. *La Obstetricia en México*. Parte 2ª, México 1910, p 487.

un electro-imán, un termostato y un termómetro al interior de la incubadora, le permitía mantener la temperatura promedio en 30°C, se disminuía o aumentaba el tamaño de la flama cuando la temperatura ambiental aumentaba o disminuía en dos décimas.

Reportó el manejo exitoso en cinco casos de recién nacidos prematuros, cuyo peso osciló entre 1473 a 1800 grs, señalando que el complemento indispensable para el niño prematuro en la incubadora es la alimentación mediante sonda orogástrica (gavage), para lo cual utilizó una sonda uretral de Nelaton No. 14-16, adaptada a un embudo graduado de 15 grs, describe la técnica de su colocación y comenta que por seguridad practicó dicho procedimiento durante las necropsias de niños fallecidos. Por la inmadurez del aparato digestivo, recomendó utilizar la leche de sus madres o de nodrizas que tuvieran pocos días de haber dado a luz, analizó la composición de la leche de las madres que se atendían en la Maternidad, reportando en gramos por litro el contenido de grasas, azúcares, albúmina así como la densidad y la producción media en 24 horas.<sup>27</sup>

### **Taquicardia fetal. Asfixia al nacimiento. Pinzamiento del cordón y reanimación**

La taquicardia fetal fue considerada por los Obstetras mexicanos de la época como un indicador temprano de asfixia fetal, lo que les permitía intervenir en forma oportuna en la resolución del nacimiento. Estuvieron en desacuerdo con el profesor Tarnier quien proponía la inter-

vención cuando el latido fetal se encontrara en 100 latidos por minuto o menos, esto motivó al Dr. Fernando Zárraga, profesor de Clínica Obstétrica de la Escuela de Medicina a publicar en la *Gaceta Médica de México* sus observaciones correspondientes.<sup>28</sup>

El tiempo oportuno para el pinzamiento y ligadura del cordón umbilical estaba en controversia, para lo cual el mismo autor publicó en el periódico *La Escuela de Medicina* sus observaciones en 28 casos de neonatos que estudió en el Hospital de Maternidad, concluye que la ligadura deberá realizarse en forma temprana es decir a los pocos segundos del nacimiento entre la primera y segunda respiración, con el fin de poder atender a la madre y al recién nacido si viniera asfixiado; no estuvo de acuerdo con el Profesor Budin de hacerlo en forma tardía, hasta la expulsión de la placenta y después de que cesaran los latidos de las arterias umbilicales, para que el niño recibiera 90ml extra de sangre.<sup>29</sup>

Alberto Limón, tesista de la Maternidad, publicó sus observaciones en 18 recién nacidos en quienes ligó el cordón umbilical en forma tardía y mediante un complicado procedimiento de pesarlos antes y después de la ligadura, comprueba que los niños ganaban 85 gr de peso equivalentes a 85 ml de sangre extra, apoyando con esto las recomendaciones de Budin y comentaba sólo hacer la ligadura temprana en casos de accidentes de la madre.<sup>30</sup>

Hubo interés por conocer las causas que originaban el que algunos neonatos nacieran muertos, así elaboró su tesis Manuel Esesarte con los datos que ofrecían los libros de registro y estadística de la institución, analizando la asociación de causas predisponentes, determinantes y ocasionales en 164 nacidos muertos de 1119 partos y abortos habidos durante 5 años (1877-1882). Las causas más frecuentes que se asociaron con este desenlace fueron: la miseria, embarazos ilegítimos y oficios que representan un gran esfuerzo físico.

Con relación a las actividades de las madres, los primeros cuatro lugares los ocuparon las domésticas, molenderas, lavanderas y planchadoras. Otras causas determinantes fueron: sífilis, alcoholismo, ruptura prematura de membranas, accidentes del cordón y de la placenta, malformaciones congénitas; el envío tardío de partos complicados por parte de las comadronas, así como la administración imprudente de plantas con propiedades oxitócicas como el zihua-pahlí y otros procedimientos peligrosos, la mayoría fueron recién nacidos de término y con un peso promedio de 2500 grs, lo cual denota en términos actuales que además cursaban con desnutrición intrauterina.<sup>31</sup>

Esteban J. Campos, practicante del Hospital de Maternidad, elaboró su tesis sobre "*Muerte aparente de los recién nacidos*", término que se utilizaba para designar a los niños asfixiados; en su documento hace un análisis interesante sobre la fisiopatología de la asfixia y describe dos tipos: la "anémica" fundándose en la palidez general, considerada la más grave y la asfixia azul o "cianótica", la más frecuente.

Analizó los resultados que obtuvo en la reanimación de 11 recién nacidos de partos distócicos que presentaban diferentes tipos de asfixia; aplicó distintos métodos para la reanimación recomendados por autores extranjeros de la época. Dentro de estos utilizó la "insuflación boca a boca" previa aspiración con la boca de las secreciones orales, envolviendo al niño con lienzos calientes para evitar la hipotermia; en los casos graves practicó la intubación de la laringe mediante un tubo de goma, utilizando el dedo índice como guía para llevar el extremo distal de la sonda hasta la entrada de la laringe y una vez corroborada la correcta intubación, aplicaba con la boca 10 a 12 insuflaciones por minuto hasta que el niño iniciara la respiración espontánea. En algunos casos se tuvo éxito y fracasos en otros.<sup>32</sup>

#### **Medidas profilácticas para la oftalmía purulenta y onfalitis**

La oftalmía purulenta del recién nacido representó un verdadero problema de salud pública. En las publicaciones de la época se menciona que ocupaba el segundo lugar como causa de ceguera en los niños que asistían a la Escuela de Ciegos de la ciudad de México; en el Instituto Oftalmológico Valdivieso se atendía diariamente a 10 niños recién nacidos con este problema. Esta grave enfermedad se consideraba ya prevenible para esa época, y se recomendaba al obstetra emplear medidas profilácticas mediante la limpieza del canal del parto con soluciones antisépticas, agua y jabón, desinfección de las manos del médico y de la partera; al nacimiento se aplicaban gotas de solución de nitrato de plata al 2% y limpieza posterior de la conjuntiva con solución fisiológica que era el método de Credé.<sup>33, 34</sup>

En la tesis de concurso del Dr. Manuel Barreiro, un capítulo está dedicado a "la profilaxia de las enfermedades del recién nacido" y para la curación del cordón umbilical, recomendaba la aplicación de una solución de ácido fénico al 2.5%; cubrir con una gasa impregnada de unguento fenicado o con unguento salicilado hasta que se desprenda el muñón umbilical. Vigilar y cuidar las lesiones que presentara en la cabeza el recién nacido por la aplicación de fórceps era otra recomendación prioritaria. En caso de fiebre puerperal, se aislaban los recién nacidos, pues notaban que la mortalidad en los neonatos aumentaba proporcionalmente cuando se presentaba este problema.<sup>35</sup>

#### **Comentarios y conclusiones**

A pesar de todos los problemas y carencias que se presentaron en la institución, principalmente durante las últimas décadas del siglo XIX, no fueron un obstáculo para la superación académica y producción científica de sus profesores y alumnos. Sin lugar a dudas fue el "Hospital Escuela" para la práctica de la Obstetricia de los estudiantes de Medicina que cursaban el último año de la carrera, así como para la formación de las parteras. Los profesores publicaron una abundante bibliografía sobre la atención médica de las madres y los alumnos varias tesis sobre la atención médica del recién nacido. Actualizados en las corrientes de la medicina moderna de la época y con su amplia práctica profesional, debatieron o a veces estuvieron en desacuerdo con las ideas de los profesores franceses.

Surgieron en el Hospital de Maternidad, médicos preocupados por el cuidado de los recién nacidos, particularmente de los prematuros como el Dr. Barreiro a quien se le debe la fabricación de la primera incubadora, pocos años después de que la inventara el Dr. Tarnier en París y antes de que se estableciera la primera unidad de incubadoras en Chicago; este aparato significó un gran cambio en la sobrevivencia del niño pretérmino.

Durante los 39 años de existencia que tuvo el Hospital de Maternidad e Infancia (1866-1905), no solamente fueron sentadas las bases de la Obstetricia y de la Pediatría en México; considero que también de las especialidades que hoy conocemos con el nombre de Perinatología y Neonatología, las cuales tendrían su desarrollo hasta los años sesenta del siglo pasado.

#### **Referencias**

1. Flores y Troncoso, Francisco. *Historia de la Medicina en México*. Edición Facsimilar de 1888. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982, tomo III, pp. 312-320.
2. León, Nicolás. *La Obstetricia en México*. Parte 2ª. México, 1910, pp. 305-487.
3. Viesca Treviño, Carlos. "Los orígenes de la Pediatría". *La Gaceta Médica de México* 1994; Nov-Dic: 130-6.
4. Ávila-Cisneros, Ignacio; Padrón Pujón, Francisco; Frenk, Silvestre; Rodríguez Pinto, Mario. *Historia de la Pediatría en México*. México, Fondo de Cultura Económica, 1997, pp. 304-312.
5. Crispin Castellanos, Margarita. "Hospital de Maternidad e Infancia. Perspectiva Histórica de un Centro de



- Beneficencia Pública de Finales del Siglo XIX". En: *La Atención Materno-Infantil. Apuntes para su historia*. México, Secretaría de Salud, 1993, pp.95-115.
6. Dunn, MM. "Profesor Fierre Budin (1846-1907) of Paris and Modern Perinatal Care", *Archives of Disease in Childhood*. 1995, 73:193-195.
  7. Cone, TE. Perspectives in Neonatology. In: Smith EF, Dharmapuri VI. *Historical Review and Recent Advance in Neonatal and Perinatal Medicine*, vol. I. USA, Mead Johnson Nutritional Division, 1984: 9-33.
  8. *Las Incubadoras de Niños*. Traducción para el Nacional del Figaro. Sr. CH Chindrole. *El Nacional*, t. X, año X, México, martes 3 de abril 1888.
  9. "Nacidos antes de Término. Cuidados que deben dispensarles." *La Escuela de Medicina*, México, 1890:198-199.
  10. Cone, TE. *op. cit.*, p. 16.
  11. Fierre, Budin. *Femmes en couches et nouveau-nés. Recherches Cliniques et Expérimentales*, Paris 1897, pp. 389-405.
  12. Bonnaire, E. "Inhalations of oxygen by the new-born", *Archives of Pediatrics*, 1891, 8:769-770.
  13. *Pediatric History Center*. American Academy of Pediatrics, 2000:1.
  14. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital de Maternidad e Infancia, leg. 1, exp. 1.
  15. García Icazbalceta, Joaquín. *Informe sobre los Establecimientos de Beneficencia y Corrección de esta Capital; Su estado actual; noticias de sus fondos, reformas que desde luego necesita y plan general de su arreglo*. Presentada por José María Andrade, publicado por su hijo Luis García Pimentel. Méjico 1864, pp. 6-24.
  16. León, Nicolás. *op. cit.*, pp. 310-311.
  17. *Ibid.*, pp.312-315.
  18. *Ibid.*, pp. 350-372.
  19. *Ibid.*, pp. 388-411.
  20. "Los Hospitales en México", *La Escuela de Medicina*, t. VI, No. 18, marzo 15 de 1885, pp. 235-236.
  21. Castelazo Ayala, Luis; Aguilar, GJ; Calderón, JJ. *Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica*. México. MCMLXX, FLASOG, pp. 291-293.
  22. Aguilar Gilberto, F; Esquerro Peraza, R. *Los Hospitales de México*. México, Edición de la Casa Bayer. 1936: 63-65.
  23. *Catálogo de Tesis de Medicina del siglo XIX*. México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Coordinación de Humanidades. Centro de Estudios sobre la Universidad UNAM, 1988.
  24. Ferrer, Guillermo. *Breves Apuntes sobre Higiene Alimenticia en los Recién Nacidos*. Tesis Inaugural. Escuela de Medicina de México, 1897.
  25. Limón, Alberto. *Ventajas que tiene la Ligadura Tardía del Cordón Umbilical*. Tesis Escuela de Medicina de México, 1895, pp. 30-32.
  26. García Luna, Francisco. *Utilidad de las Incubadoras y de su Complemento el Gavage*. Tesis Inaugural de la Escuela Nacional de Medicina de México, 1896, pp. 28-33.
  27. García Luna. *op. cit.*, pp. 11-23.
  28. Zárraga, Fernando. "La Asfixia del Feto, durante el Trabajo de Parto, ¿Se revela por la Lentitud o por la Aceleración de los Latidos de su Corazón", *Gaceta Médica de México*. T. XXV, No.18, 15 de septiembre de 1890, pp. 358-368.
  29. Zárraga, Fernando. "Apuntes sobre la Ligadura del Cordón Umbilical". *La Escuela de Medicina*, octubre 1894; pp. 374-378.
  30. Limón, Alberto, *op. cit.*, pp. 20-44.
  31. De Esesarte, Manuel. *Estudio Filológico y Estadístico sobre Nacidos Muertos formado con datos recogidos en la Casa de Maternidad*. Tesis Inaugural. Facultad de Medicina de México, 1882.
  32. Campos, Esteban J. *Muerte Aparente de los Recién Nacidos*. Tesis Inaugural de la Escuela Nacional de Medicina de México. 1892.
  33. Vértiz, Ricardo. *La Oftalmía Purulenta de los Recién Nacidos. Su etiología, profilaxis y tratamiento*. Tesis de Concurso, México, 1881.
  34. Graue, Enrique. *Oftalmía Purulenta de los Recién Nacidos*. Tesis Inaugural. Facultad de Medicina, México, 1887.
  35. Barreiro, Manuel. *Profilaxia de la Enfermedades Puerperales y Proyecto de Maternidad. Profilaxia de las Enfermedades del Recién Nacido*. Tesis de Concurso para la Cátedra de Obstetricia. Facultad de Medicina de México, 1889, pp. 69-71.



# Serendipia, suerte y optimismo. Historia de una técnica quirúrgica

Alberto Peña\*

## Resumen

Esta es la historia de una técnica quirúrgica revolucionaria, para el tratamiento del ano imperforado, aplicado también a otras malformaciones congénitas de la zona perianal.

Se inicia en el Instituto Nacional de Pediatría de México, se institucionaliza en el Schneider Children's Hospital de Long Island, en Nueva York y es aceptada y practicada en la actualidad en todo el mundo. Interesante para los cirujanos y también para los médicos en general por las vicisitudes ocurridas, algunas de ellas relacionadas con la serendipia, lo que la hace también atractiva para los historiadores de la ciencia.

**Palabras clave:** Ano imperforado, cloaca, serendipia, nueva técnica quirúrgica.

## Abstract

This is the story of a revolutionary surgical technic for the treatment of imperforated anus, applied later to other perianal malformations. It starts in the National Institute of Pediatrics of Mexico and is finally accepted and institutionalized in the Schneider Children's Hospital of the Long Island Jewish Hospital of New York, and now accepted and practiced in all the pediatric surgical services and institutions of the world. Interesting for surgeons and also physicians or historians of Science due to many vicissitudes, some of them serendipitous.

**Key Words:** Imperforated anus, cloaca, serendipity, new surgical technic.

\* Dr. Alberto Peña, Schneider Children's Hospital, Division of Pediatric Surgery, Chief Long Island Jewish Health System. Correo electrónico: apena@lij.edu

## Introducción

Hasta los primeros 50 años del siglo XX, la historia del tratamiento quirúrgico de las malformaciones congénitas que pertenecen a lo que llamamos cirugía general (abdominal y torácica, no cardiovascular), siguió un patrón repetitivo, muy similar. Los niños fallecían y los médicos se limitaban a observar en la sala de autopsia, las características anatómicas del defecto que había ocasionando la muerte de los niños. Probablemente, en su mente se debatía la posibilidad de intentar una reparación quirúrgica que hubiese salvado la vida de la criatura. Eventualmente, alguno de esos cirujanos, el más audaz y (o) ingenioso, se atrevió a realizar la primera operación de su género, pasando con ello a formar parte de los cirujanos pioneros cuyos nombres conservamos en los libros y en la memoria. Su éxito dependía de que contaran con el conocimiento de la anatomía normal, la definición de la anatomía anormal y la concepción de la técnica para reparar la malformación. Lograr conjugar estas tres características, era más bien difícil.

Seguramente hubo muchos intentos infructuosos, realizados por cirujanos brillantes, pero cuyos nombres hemos olvidado. Después de los años cincuenta del siglo XX, los cirujanos pediatras de todo el mundo, practicábamos (y todavía practicamos) las mismas técnicas descritas por los pioneros. La diferencia es que hoy día las practicamos con la ayuda de una enorme y abrumadora tecnología pre, trans y post-operatoria que incluye antibióticos, alimentación parenteral, soporte ventilatorio, conocimientos de los requerimientos metabólicos de los niños, técnicas avanzadas de monitoreo, iluminación, magnificación y, últimamente, técnicas de mínima invasión. El procedimiento quirúrgico es el mismo, pero bajo condiciones ideales, con calma y con control casi completo de los factores de riesgo. La supervivencia aumentó dramáticamente.

Paradójicamente, hacia 1980, las malformaciones ano-rectales todavía se trataban quirúrgicamente con técnicas basadas en conceptos anatómicos no demostrados. Esto quiere decir que no se habían logrado los dos primeros pasos fundamentales: el conocimiento de la anatomía normal y el descubrimiento de la anatomía anormal. Además, el acceso al área anatómica crucial no era fácil; se trata de un territorio anatómico situado en un lugar muy bajo cuando se aborda a través del abdomen, y muy alto cuando se aborda por el periné. Increíblemente esto sucedía cuando ya el hombre había caminado sobre la luna y se iniciaba la manipulación del material genético.

Como cirujano pediatra y protagonista, trataré de exponer mis propias hipótesis y disquisiciones acerca de este fenómeno.

## Las malformaciones congénitas del ámbito anorectal

Las malformaciones anorectales han sido motivo de poco interés, puede ser porque ocurren en un área "poco elegante"; o bien debido a que involucran materia fecal o quizá porque los intentos quirúrgicos eran mediocres y los niños y niñas terminaban viviendo una vida miserable, afectados de la secuela más común y temida que es la incontinencia fecal. En ocasiones, a esto se sumaba la incontinencia urinaria y la incapacidad sexual.

Los pacientes con malformaciones anorectales tenían (y tienen) una baja mortalidad, porque pueden vivir, en el peor de los casos, con una colostomía a permanencia. Esto limita las oportunidades de realizar autopsias, hacer estudios anatómicos y en consecuencia, conocer la anatomía anormal y diseñar una técnica racional que reparara el defecto.

Todo ello, de ninguna manera justifica a los cirujanos pediatras que operaban a los niños con técnicas basadas en principios anatómicos supuestos, imaginados y no demostrados. Los resultados eran muy malos y lo que es peor, en ocasiones producíamos daños irreversibles a las estructuras genitourinarias vecinas, causando secuelas graves permanentes.

### Antecedentes históricos

El cirujano australiano Douglas Stephens merece una mención especial, por ser el único que conscientemente intentó recorrer los tres pasos obligatorios ya mencionados. El doctor Stephens estudió doce casos *post-mortem* y publicó trabajos que fueron leídos y aceptados en todo el mundo desde 1953 hasta 1980.

Sin embargo, en mi opinión, existía un problema de metodología e interpretación de los hallazgos de Stephens. En retrospectiva, sabemos que los pacientes con malformaciones anorectales que fallecen, son aquellos cuyo problema es incompatible con la vida, y presentan diversos grados de hipoplasia y regresión pélvica, espinal o caudal muy severos.

En los años anteriores a 1980, no se sabía que las malformaciones anorectales, como todas las malformaciones, representan una amplia gama de defectos. En el extremo grave se encuentran las malformaciones complejas con hipoplasia severa de nervios y esfínteres. En el extremo benigno, se encuentran las malformaciones de buen pronóstico funcional, defectos que en el presente reparamos con buenos resultados. Ahora sabemos que este grupo representa el 75% de los casos.

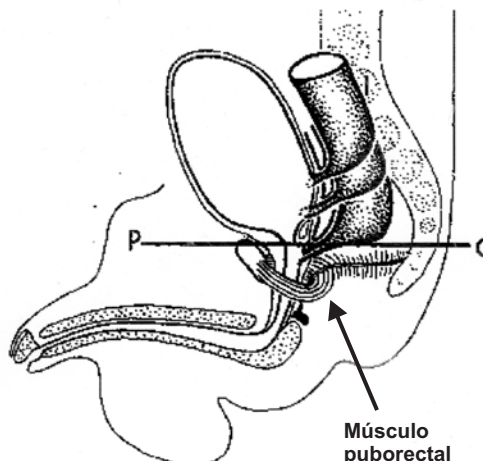


Figura 1.- Diagrama que muestra la anatomía de las "malformaciones altas", según Stephens

El doctor Stephens hizo sus observaciones en un grupo muy pequeño de doce pacientes que fallecieron, lo cual probablemente ubica a esos casos en el extremo más grave. Además, basado en sus estudios, elaboró conclusiones que hizo extensivas a todos los casos, incurriendo en el error de estudiar una muestra no representativa para calificar todas las malformaciones anorectales.<sup>1</sup>

Los que aceptamos y aplicamos las conclusiones de Stephens sin un análisis crítico y cuidadoso, también cometimos un error. La figura número uno describe la anatomía básica de los niños con malformaciones, que en aquel entonces llamábamos "altas".

Hasta 1980, las malformaciones anorectales se dividían en "altas y bajas". Algunos médicos de criterio un poco más amplio, se atrevían a hablar de malformaciones "intermedias", lo cual era rechazado porque "hacía las cosas muy complicadas". En la actualidad entendemos lo que debíamos haber intuido tiempo atrás: que las malformaciones anorectales son de diversos grados.

El camino recorrido en México y en el mundo, en el campo de las malformaciones anorectales desde 1980 hasta la fecha, es un excelente ejemplo de historia contemporánea de la medicina.

### La incisión distal y la ausencia del músculo puborectal

Entre 1972 y 1980, tratamos las malformaciones anorectales en el entonces Hospital IMAN —ahora Instituto Nacional de Pediatría— de la ciudad de México, de acuerdo

a los principios en boga. Seguimos los lineamientos establecidos por Stephens, aprendidos por mí en el Hospital de Niños de Boston entre los años de 1969 y 1971. Mi jefe de residentes en aquel lugar había sido colaborador cercano del doctor Stephens en Melbourne, Australia, y de él aprendimos los cirujanos de ese hospital.

En 1972, como jefe de Cirugía del Hospital IMAN, convoqué a mis colaboradores a seleccionar un área de la cirugía pediátrica para que cada uno de ellos se adentrara en ella y, sin dejar de ser cirujanos pediatras generales, se intentara crear una subespecialidad con la esperanza de hacer alguna contribución en nuestro propio campo. Yo me haría cargo de las áreas que ellos no eligiesen. Aquí comienza la serindipia de esta historia. Uno de mis colaboradores, el doctor Juan Manuel Vera Lancón, eligió las malformaciones anorectales, pero como trabajó sólo unos meses más en la institución, yo asumí la responsabilidad de encargarme personalmente de esta rama "poco elegante" de nuestra especialidad, rama a la que finalmente dedicaría el resto de mi vida.

Hasta 1980 había operado 56 casos de malformaciones anorectales de las que llamábamos "altas"; todas ellas con la técnica de Douglas Stephens. El abordaje incluía varios pasos cruciales que eran llevados a cabo en forma ciega, los cirujanos creábamos un túnel detrás de la uretra, sin ver directamente lo que hacíamos.

Sin la intención de extenderme en los aspectos puramente técnicos, el lector puede ver nuevamente la figura número uno, en la que Stephens muestra una estructura muscular llamada fascículo puborectal, que en individuos normales, supuestamente rodea el recto, insertándose en el pubis. Se suponía que su contracción comprime el recto de atrás hacia adelante, siendo un factor muy importante para la continencia fecal. En los niños con malformaciones anorectales "altas" —decía Stephens— ese fascículo puborectal rodea solamente la uretra, porque el recto se encuentra situado más arriba. Stephens proponía separar el recto de las vías genitourinarias (en más del 90% de los casos de malformaciones anorectales, el recto está conectado al sistema genitourinario) y descenderlo a través de un túnel creado ciegamente, situado entre la uretra y el músculo puborectal. La única guía que tenía el cirujano en esa temeraria maniobra era una sonda metálica colocada en la uretra, la cual podía ser palpada a través de una pequeña incisión hecha en el área del coxis con el paciente boca abajo. Con una pinza de ángulo, creábamos ese túnel detrás de la uretra. Esto, supuestamente, le daría al paciente el beneficio de ese músculo alrededor del recto, lo cual resultaría en la deseada continencia fecal.

La idea era muy atractiva, y por ello la aceptamos todos los cirujanos pediatras del mundo. En nuestros congresos, las discusiones sobre el tema se centraban sobre la mejor forma de preservar o al menos fortalecer el músculo puborectal. Sólo existía un problema, exceptuando las supuestas observaciones de Stephens hechas en cadáver; ¡nadie había visto el famosísimo músculo!

Durante los ocho años que trabajamos, tratando de "preservar el músculo puborectal" a través de la pequeña incisión de la zona del coxis, aprendimos algunas maniobras técnicas que consideré dignas de reportar la comunidad internacional de cirujanos pediatras en una reunión de la Pacific Association of Pediatric Surgeons celebrada en Colorado Springs U.S.A., en marzo de 1980.<sup>2</sup> Fundamentalmente había decidido extender distalmente la incisión y usar un electro estimulador que permitía identificar y preservar lo que yo creía era el músculo puborectal. Para hacer más evidentes las ventajas de la maniobra, me permití incluir tres minutos de una película que mostraba las contracciones musculares provocadas por mi estimulador.<sup>3</sup>

Creo conveniente introducir un comentario, pertenecer a un país en desarrollo nos confiere una timidez característica, que se hace evidente cuando confrontamos un foro internacional, en especial si tenemos la osadía de proponer modificaciones a técnicas propuestas o practicadas en los países desarrollados y estas son descritas e ilustradas bellamente en libros y revistas en inglés.

La presentación de nuestro trabajo provocó comentarios negativos, sobre todo del doctor Durham Smith, australiano y coautor del libro de Stephens.

El doctor Smith, sin perder la cortesía, apuntó firmemente que la estructura muscular cuyas contracciones yo mostraba en la película y a la que llamaba "músculo puborectal", no era tal músculo. El "músculo puborectal" —agregó Smith— está situado mucho más profundo y anteriormente, sólo se puede ver en la sala de autopsia: "yo nunca lo he visto en una operación", dijo. Agradecí cordialmente el comentario. Era obvio que yo mostraba un músculo, pero no sabía cual era y por tanto, no podía entablar una discusión con el "campeón del puborectal".

La reunión duró tres días, después de los cuales me sentí frustrado, enojado y sentí la urgencia de regresar a México para llevar a cabo una idea que me ayudaría a aclarar el problema: explorar quirúrgicamente a estos pacientes, con una incisión sagital posterior entre los glúteos, desde la parte media del sacro, hasta la base del escroto en los niños, o hasta el vestíbulo de los genitales en las niñas. Pensé que

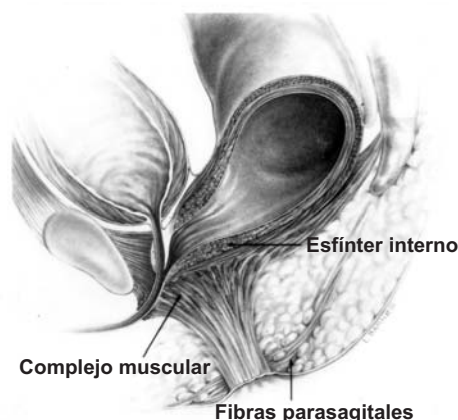


Figura 2.- Diagrama que muestra el patrón anatómico más común de las malformaciones anorrectales en pacientes del sexo masculino.

manteniendo la incisión en la línea media, seguramente no lesionaría ninguna estructura importante, puesto que nunca se habían descrito nervios que cruzaran la línea media. Además, me alentaba la idea de que a pesar de la fama de la teoría australiana, los resultados funcionales de las operaciones tradicionales eran tan malos, que no había nada que perder. Pensé explorar a varios niños usando mi electroestimulador y documentar los hallazgos para regresar a la siguiente reunión con imágenes claras del famoso músculo, del que todo mundo hablaba, pero nadie había visto. Alguien dijo: "si quieres ver a Dios reírse, cuéntale tus planes futuros". Imposible predecir lo que nos esperaba.

El 10 de Agosto de 1980, operamos la primera paciente con el doctor Miguel Vargas, adscrito de mi hospital. La exploración nos llevó varias horas de observación, estimulación eléctrica de los esfínteres encontrados, conjeturas, meditaciones y más estimulación eléctrica, movidos por la idea preconcebida de lo que se supone debíamos encontrar. Estábamos buscando el músculo puborectal, como se muestra en la figura número uno, pero no vimos nada semejante.

Nos preguntábamos si los esfínteres que veíamos eran sólo una variedad anatómica y que por ello no se parecían al diagrama del doctor Stephens. Nuestros hallazgos anatómicos mostraban un patrón que aparece en la figura dos. Estábamos confrontando la evidencia, viendo la anatomía real, pero no la aceptábamos porque queríamos ver lo que los profesores extranjeros aseguraban que debíamos ver. En un sólo día pasamos de ser "ciegos que creen para convertirnos en videntes incrédulos".<sup>4</sup> Toda proporción guardada, estábamos igual que aquellos cuyas observaciones no coincidían con las descritas por Galeno y la explicación era que "la naturaleza se había equivocado", no el famoso médico de Pérgamo.

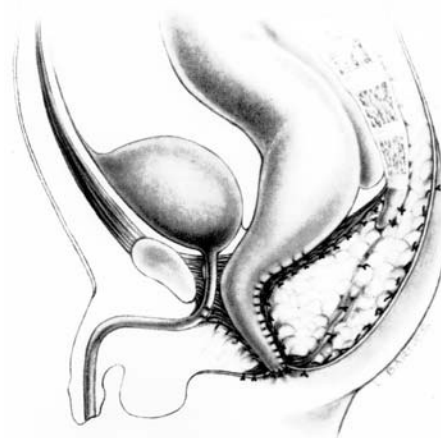


Figura 3.- Malformación anorrectal reparada

### Lo que se ha logrado

La gran conclusión es que el músculo puborectal no existe y que el abordaje quirúrgico de los problemas anorrectales se modificó completamente. El abordaje sagital posterior es ahora universalmente aceptado como tratamiento de las malformaciones anorrectales. En casos especiales, actualmente se hace laparoscopia.

Al explorar estos pacientes por vía sagital posterior, por primera vez logramos tener una visión clara y directa de la malformación y comprobamos que el músculo no existe. Aprendimos que el recto se une a la uretra posterior en una forma peculiar. La separación necesaria de estas dos estructuras bajo visión directa, requiere de una técnica delicada y meticulosa. En retrospecto, tenemos ahora explicación para los muchos casos de hombres jóvenes y adultos que sufren de vejiga neurogénica, estenosis o atresias adquiridas de la uretra, impotencia, falta de eyaculación, eyaculación retrógrada, eyaculación de orina u orquiepididimitis; pacientes que nacieron con una malformación anorrectal y que fueron operados con alguna de las técnicas ciegas convencionales.

Estas complicaciones son ahora evitables, tenemos oportunidad de establecer una correlación entre los hallazgos anatómicos y los resultados funcionales obtenidos. La figura número dos muestra la anatomía real de los casos más comunes de malformaciones anorrectales del sexo masculino, con este conocimiento, fue un proceso elemental de sentido común idear la forma racional de reparar el problema (Ver figura 3).

Quizá una de las lecciones más importantes, es que las malformaciones anorrectales representan un amplio espectro y



todo intento de clasificación constituye una sobre simplificación. Existen, sin embargo, algunas malformaciones cuyas características anatómicas son más o menos constantes, y tienen un pronóstico regular, o sea que podemos predecir tempranamente, con un buen grado de precisión, cual será el futuro del niño en términos de calidad de vida. Esto evidenció la necesidad de crear una nueva clasificación con bases terapéuticas y pronósticas.

Respecto a las niñas, hacia 1982 no existía un tratamiento para una malformación compleja llamada cloaca. Estas pacientes nacen con un solo orificio perineal en el mismo lugar de la uretra normal femenina, no tienen orificio vaginal ni rectal visible. El orificio único, comunica con un canal de longitud variable, que se trifurca constituyendo la uretra, la vagina y el recto (figura 4). En esa época había tres o cuatro publicaciones casi anecdóticas, de uno o dos casos cada una, que relataban los problemas sufridos por estas niñas y los intentos infructuosos de reparación. Muchas fallecían debido a las malformaciones urológicas asociadas, o bien vivían una vida miserable con una derivación fecal y (o) urinaria y sin vagina.

Nos preguntamos si sería posible reparar esa malformación usando el nuevo abordaje. Pronto obtuvimos la respuesta. La doctora Maricela Zárate, ex-residente de nuestro Hospital, nos invitó al Hospital Universitario de la ciudad de Monterrey a operar una niña con una cloaca en el mes de enero de 1982. Se dice que "Dios protege la inocencia". En ese primer caso, logramos reparar la uretra, separar y descender la vagina y el recto, en una operación que duró aproximadamente seis horas.

Recientemente, recibí un video en el que una joven sonriente me agradece el haberla operado. La chica goza de continencia fecal y urinaria normal, así como de una vagina también normal. Fuimos muy afortunados, porque las cloacas, como en los casos masculinos, son también muy variables; la paciente de Monterrey pertenece al extremo benigno.

Hasta el momento de elaborar este escrito, hemos operado 322 pacientes con cloacas y seguimos aprendiendo nuevas lecciones. Los resultados funcionales de todas estas operaciones se distribuyen también en forma diferencial. Globalmente podemos decir que 75% de todos los casos en ambos sexos, tienen ahora continencia fecal de los que sólo la mitad presentan algunos problemas funcionales. El más importante es el estreñimiento, que de no ser tratado eficientemente, produce cierta incontinencia fecal. Estos pacientes nacieron con malformaciones graves, que incluyen defectos serios de la columna vertebral, ausencia

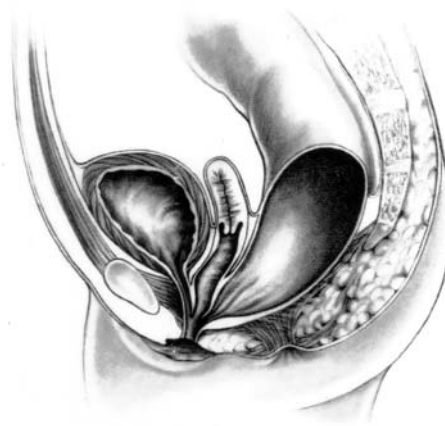


Figura 4.- Diagrama de una cloaca

parcial o total del sacro, médula anclada, meningoceles, ausencia parcial o total de esfínteres y malformaciones asociadas graves de otros síntomas, ya sean cardíacas, urológicas, digestivas u óseas. Nos sentimos obligados moralmente con estos pacientes y por ello, hemos implementado un "Manejo Médico de la Incontinencia Fecal", que permite mantenerlos artificialmente limpios todo el tiempo. La gran mayoría (99%) de los pacientes masculinos tienen continencia urinaria.

En el caso de las niñas que sufren de cloacas, encontramos que la longitud del canal común, resultado de la unión de la uretra, vagina y recto, tiene un valor pronóstico muy preciso. Las niñas con un canal común de menos de 3 cms pertenecen al grupo de buen pronóstico, 85% de ellas son continentes fecales y 80% son continentes urinarias. Las pacientes que nacieron con un canal común de más de 3 cms, tienen 70% de posibilidades de tener continencia fecal, pero 70% de ellas requieren de cateterismo intermitente para vaciar su vejiga y mantenerse permanentemente secas.

Hemos establecido que es posible mantener a todos los niños y niñas, limpios y secos permanentemente, sea porque son continentes o porque son sometidos a un programa de manejo médico que les permite ser socialmente aceptables. Además, ahora sabemos que es posible evitar todas las secuelas sexuales y urinarias iatrogénicas cuando se aplica una técnica quirúrgica depurada y meticulosa.

### Lo que sucedió después

Lo que aconteció posteriormente fue toda una aventura profesional y humana que deseo compartir con mis cole-

gas médicos de cualquier especialidad. En especial con los jóvenes que conservan intacta la capacidad de soñar.

Los primeros años vivimos un proceso arduo de convencimiento entre cirujanos pediatras del mundo, particularmente los de mayor edad. La resistencia al cambio que caracteriza al ser humano se hizo evidente, pero gradualmente fuimos percibiendo un cambio de actitud hasta llegar al entusiasmo y optimismo exagerados. Un aspecto interesante de esta historia es que lo que se inició como una controversia sobre un detalle anatómico de una malformación en las postrimerías del siglo XX, se convirtió en algo muy importante. La primera consecuencia de esto, como ya lo expresé, fue la concepción de una técnica que reservara las estructuras vecinas y colocara al recto en condiciones óptimas para que el paciente pudiera usar el potencial de continencia con el que había nacido.

Han pasado 22 años hasta el momento de elaborar este escrito. He operado 1579 casos de malformaciones anorectales en todos los continentes y en 44 países. De esta experiencia se han producido 58 publicaciones en revistas académicas, principalmente norteamericanas, dos libros sobre malformaciones anorectales,<sup>5</sup> 38 capítulos de libros de texto de cirugía pediátrica,<sup>6</sup> cirugía general,<sup>7</sup> y pediatría.<sup>8</sup> Además he sido invitado a dictar 665 conferencias, recorriendo el mundo en condiciones privilegiadas.

Entre 1980 y 1985 comenzamos a recibir visitantes extranjeros, en nuestro Hospital (antes IMAN y entonces llamado DIF); se trataba de cirujanos pediatras interesados en ver las operaciones descritas en nuestras publicaciones. Cada tres o cuatro meses, organizaba yo "maratones" de operaciones de malformaciones anorectales, con asistencia de cirujanos extranjeros, principalmente de Estados Unidos.

En 1983 recibí el ofrecimiento de trabajo en Atlanta, Georgia, invitación que decidí aceptar después de titubear algunas semanas con mi familia. Meses después y antes de mudarnos, celebramos el año nuevo, nos invadió el sentimiento nacionalista y una nostalgia que se hizo presente antes de salir de México. El dos de enero, llamé a mis amigos norteamericanos para comunicarles que cancelaba el compromiso de mudarme a Atlanta y me quedaba en México. En 1984 me invitaron a trabajar al Hospital Universitario de Hartford Connecticut, nos resistimos una vez más. Finalmente, en 1985 acepté el puesto de jefe de Cirugía Pediátrica del nuevo Schneider Children's Hospital, del Long Island Jewish Medical Center de Nueva York y profesor de cirugía del Albert Einstein College of Medicine, puesto que ocupó desde el 1º de julio de 1985. Al salir de México ya había operado 243 pacientes.

Hasta ahora hemos creado un centro internacional de referencia de malformaciones anorectales y genitourinarias. Nuestros archivos contienen información de 1562 pacientes que he operado, y de más de 400 pacientes operados en otras instituciones que acuden a nuestro hospital por sufrir de diversas secuelas funcionales fecales y urinarias.

Vivimos en un esfuerzo constante por seguir a todos nuestros pacientes. Hemos perdido aproximadamente un 20% de ellos, particularmente aquellos que viven en países tales como China, India, Jordania, Egipto, Kenya y algunos de Centroamérica.

### **Lo que nos falta por recorrer**

En el momento actual, las malformaciones anorectales están pasando por un periodo similar al de todas las demás malformaciones pertenecientes a la cirugía general pediátrica. Podemos decir que hemos aprendido a reparar anatómicamente todos los defectos, sin embargo nos falta un camino largo por recorrer en lo referente a las secuelas funcionales que afectan en forma grave; cuando menos a un 25% de nuestros pacientes (incontinencia) y en forma menos severa a un 60% de ellos (constipación).

Lo mismo acontece en otras malformaciones. Sabemos cómo reparar una atresia del esófago, pero no cómo curar los problemas consecutivos de la mortalidad gastroesofágica. Sabemos como reparar una hernia diafragmática, pero estamos muy limitados en el tratamiento de la hipertensión pulmonar que sufren un porcentaje importante de los pacientes. Así podríamos citar otros ejemplos. La historia de la cirugía está hecha de las acciones de cirujanos visionarios y ambiciosos que intentaron técnicas con resultados a veces fatales, a veces exitosos.

El siguiente paso, un reto mucho más complicado, es resolver el problema de las secuelas funcionales remanentes, después de la reparación anatómica de las malformaciones. Esto será menos dramático pero involucrará a profesionales trabajando en laboratorios a nivel molecular y rodeados de una infraestructura bien dotada. La solución no será inmediata, sino gradual y el mérito tendrán muchos cuyas pequeñas contribuciones se sumarán para lograr mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El problema está siendo abordado por tres caminos; a) el diagnóstico prenatal, que permitirá la interrupción del embarazo, b) la genética, que supuestamente permitirá identificar los genes responsables y actuar en consecuencia, c) la

investigación dirigida a mejorar los problemas de los pacientes que sufren secuelas funcionales. Creo que el diagnóstico prenatal acucioso va a ser una realidad antes que las otras dos posibilidades. Habrán de hacerse muchos debates y librarse muchas batallas de tipo ético y religioso, cuando llegue el momento de decidir la interrupción del embarazo.

Uno de los primeros proyectos de investigación que llevamos a cabo en nuestro laboratorio al llegar a los Estados Unidos, fue la implantación de esfínteres artificiales en animales, con la idea de resolver incontinencia fecal. Utilizamos esfínteres hidráulicos, de silicón, como los usados en las vías urinarias y demostramos que la activación del esfínter, evita salida de materia fecal, pero también encontramos que la desactivación (relajación), no siempre producía una evacuación de la materia fecal. Como suele acontecer, comprobamos que hemos sido demasiado ingenuos cuando se trata de hacerle trampas a la naturaleza. Confirmamos que la continencia fecal depende de tres elementos fundamentales: a) sensibilidad, b) esfínteres, c) motilidad colónica y rectosigmoidea. El problema de la incontinencia fecal deberá resolverse pensando en los tres elementos y no solamente en los esfínteres. De hecho, numerosos ejemplos clínicos nos han enseñado que de estos tres elementos, ¡el más importante es la motilidad! Basta con observar algunos pacientes sin esfínteres y sin sensibilidad, que de alguna manera logran manipular la motilidad de su colon y se comportan como personas normales. El ejemplo contrario también existe en la clínica; se trata de pacientes con esfínteres y sensibilidad normales pero que se comportan como incontinentes fecales. Encontramos ejemplos en los niños sin malformaciones anorrectales, que sufren de constipación idiopática severa y pseudo incontinencia; o bien, pacientes que han sido sujetos a colectomías totales por diversos motivos, a quienes se les ha conectado el íleo terminal al recto, preservando sus esfínteres y el tejido que provee la sensibilidad. A pesar de esto los pacientes sufren de grados diversos de incontinencia fecal.

Así pues, en un futuro cercano, probablemente el problema de la incontinencia será manejado farmacológicamente, empleando medicamentos que paralicen el colon y otros medicamentos que produzcan ondas peristálticas a voluntad en forma controlada, que permitan un vaciamiento completo del rectosigmoide y del colon izquierdo. Con ello, los pacientes se comportarán como individuos continentes fecales.

En 1987 nos percatamos de la existencia de un grupo de pacientes con malformación anorrectal benigna desde su nacimiento, que habían sido sometidos a operaciones téc-

nicamente correctas y a pesar de ello, sufrían de constipación severa e incontinencia fecal. Sorprendentemente, al tratar la constipación, se resolvió el problema de la incontinencia fecal, por lo que concluimos que estos pacientes sufrían de pseudoincontinencia. Esto es importante, porque con un esfuerzo muy pequeño, logramos mejorar dramáticamente su calidad de vida. El desconocimiento de este hecho interesante, hace que muchos de estos enfermos sean sometidos a tratamientos médicos y quirúrgicos innecesarios y en ocasiones dañinos.

### A manera de conclusión

Desde el punto de vista humano y personal, la experiencia de los últimos 20 años ha sido extraordinaria. Ser recibido en diversas partes del mundo con consideraciones especiales por colegas de otros países y recibir las manifestaciones de agradecimiento de los padres de nuestros pacientes, ha sido una experiencia gratificante.

Es deseable para cualquier ser humano, observar a su propio país desde fuera. Se adquiere una visión menos nacionalista y más universal, y se aprende que nuestra patria tiene más valores y riquezas naturales y humanas de las que creíamos. También se aprende que tenemos más defectos y problemas de lo que suponíamos.

Viajar, en el ejercicio de nuestra profesión, nos coloca en una posición de privilegio que pocos individuos gozan; nos ubica por encima de nacionalismos, dogmas, religiones, orientaciones políticas, raza, nivel social, y nivel económico.

El mensaje central que quiero transmitir, sobre todo a los profesionistas, es un mensaje de optimismo, un mensaje positivo. Pese a las versiones pesimistas, yo creo que los médicos jóvenes están arribando a la medicina en la época más extraordinaria. Lo que está aconteciendo en la ciencia y lo que está por suceder, no tiene precedente y va mas allá de lo que se puede imaginar. Los médicos jóvenes no sólo van a ser testigos de todo ello, sino también protagonistas.

Es cierto que hay muchos problemas que la nueva generación de médicos habrá de confrontar, pero siempre los ha habido y siempre los habrá, de modo que para nuevos problemas, habrá nuevas soluciones que emanarán de mentes nuevas. Hay demasiados médicos, pero la sociedad siempre necesitará muchos más, buenos doctores, que restablezcan para nuestro gremio el prestigio y la posición de privilegio que antes teníamos en la sociedad: el prestigio de hombres sabios, buenos y orientadores, además de técnicamente bien preparados.

Los médicos jóvenes deben continuar soñando y trabajando diariamente, para que los sueños se vuelvan realidad.

## Referencias

1. Stephens FD. "Imperforate Anus: A New Surgical Technique". *Med J Aust*, 7:202-207, 1953.
2. Peña A, Avila V. The sacro-perineal approach for supralevator anorectal malformations. Proceeding of the 13<sup>th</sup> Annual Meeting of the Pacific Association of Pediatric Surgeons, Colorado Springs, Co., May 1980 (abst.).
3. El doctor Víctor Avila, entonces residente del hospital era coautor. El doctor Giovanni Porras, uno de los pocos pediatras mexicanos miembros de esa asociación, nos apoyó en los detalles técnicos de la presentación.
4. Desearía mencionar que durante la reunión de Colorado Springs y en los días subsiguientes a mi presentación, yo no hacía más que hablar de mi plan. Lo comenté con todos aquellos que querían escucharme. Sólo obtuve en respuesta, miradas tolerantes y sonrisas de condescendencia. Pero hubo un cirujano pediatra, radicado en Sacramento California, de nombre Pieter de Vries, que pareció interesado y estaba dispuesto a asistir a la operación que yo proponía. El doctor Vries llegó a México hasta septiembre, razón por la que no estuvo presente en las operaciones de agosto. Con él, seguíamos conjeturando el posible nombre de las estructuras esfinterianas que encontrábamos. Los resultados preliminares de nuestro trabajo fueron presentados en Acapulco, en un Simposio Mundial de Cirugía Pediátrica (septiembre de 1980) al que asistió el mismo doctor Stephens. No hubo comentarios de su parte. Algunos colegas mexicanos comentaron que yo invitaba cirujanos americanos —Pieter de Vries— para hacer "cirugía experimental en niños mexicanos". Cuando de Vries lo supo, me invitó a Sacramento (como mexicano) para hacer "cirugía experimental en niños americanos". La relación con Pieter de Vries fue de gran camaradería, juntos disfrutábamos nuestros hallazgos. Súbitamente, sin consultar conmigo, envió un trabajo al *Journal of Pediatric Surgery*, con su nombre como primer autor y el mío como co-autor. (De Vries PA, Peña A. "Posterior Sagittal anorectoplasty", *J pediatr*, 17 (5): 63-643, 1982.) Esta acción significó el fin de nuestra relación profesional; jamás hablamos de ello. Dos meses después, yo envié un artículo sobre el mismo tema y que se publicó en la misma revista. (Peña A, de Vries PA. "Posterior Sagittal Anorectoplasty: Important Technical Considerations and New Applications". *Journal of Pediatric Surgery* 17 (6):796-811, 1982.)
5. Peña, A. *Atlas of Surgical Management of Anorectal Malformations*. New York, Springer-Verlag, Inc, 1989, y Peña, A. *Anorectal Malformations: Operative Pediatric Surgery*. Edited by Ziegler, Azizkhan, Gauderer S Weber. Appleton & Lange, Bostón, In Press, 2002.
6. Peña, A. "Anorectal Anomalies". In *Newborn Surgery*. U.K, Puri P. Butterworth Heinemann, chapter 51, pp. 379-394, 1996.
7. Peña, A. "Anorectal Anomalies", In Rob and Smith, *Operative Surgery*. London, U.K, Spitz L. Coran A. Chapman and Hall Medical, pp. 423-451, 1995.
8. Peña, A. "Anorectal Malformations", In *Nelson Textbook of Pediatrics*, Edited by Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. 15<sup>th</sup> Edition, chapter 281, pp. 1075-1078, 1996.

**Nota.** Deseamos mencionar que el doctor Alberto Peña completó su texto con 98 referencias propias y de otros autores que no fue posible incluir por motivos de espacio.



# *Médicos Mexicanos*

## **Semblanza del Doctor Manuel Peláez Cebrián**

**Manuel Peláez Casabianca\***



Cuando la doctora Ana Cecilia Rodríguez y la historiadora Xóchitl Martínez me invitaron a hacer una semblanza de mi padre, de inmediato acepté y me llenó de orgullo por tener la oportunidad de realizarla.

Cariñosamente comencé a escribir algunos renglones, pero me percaté que estaba imprimiendo párrafos influidos por la familiaridad, admiración y una gran carga emotiva que me estaban impidiendo centrarme en destacar aspectos de su vida profesional, producto de su incansable laboriosidad como bien lo definía el doctor Don Pedro Ramos. Por mi mente aparecen anécdotas, fotografías y recuerdos en los que aparece mi padre entre familiares y amigos, muchos amigos.

Sin embargo, hay que comenzar, para lo cual intentaré enfocarme en señalar aquellos aspectos que considero son más relevantes dentro de su trayectoria profesional. Mi padre nació en esta ciudad de México el 17 de octubre de 1918, hijo de padre asturiano y con el mismo nombre, Manuel Peláez; y de la señora Amparo Cebrián, de nacionalidad mexicana pero de ascendencia también asturiana.

\* Antropólogo Manuel Peláez Casabianca, (primogénito de Manuel Peláez Cebrián), trabaja en el Departamento de Estudios Experimentales y Rurales del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Miembro de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, Profesor de Antropología Médica del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM; y miembro del Yolpahtli (Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios, S.C.). Correo electrónico: [mpc\\_blues@yahoo.com.mx](mailto:mpc_blues@yahoo.com.mx)

Poco antes de terminar la primaria partieron hacia España debido a una enfermedad de su padre, quien también tenía deseos de que sus hijos se educaran en Europa. Recuerdo todavía, cómo se expresa al hablar y evocar esos tiempos: la escuela, sus compañeros, el verde asturiano y cómo ahí nació su gran pasión, el fútbol (ese salir a los pasillos de la escuela entre clase y clase, sacar un balón y a jugar...) tanta fue su afición que la continuó practicando hasta el final de su carrera médica y bueno, aún hoy en día está al pendiente de algunos resultados, sobre todo del fútbol español.

En Llanes terminó su bachillerato, respaldado por la Universidad de Oviedo, lo que le permitió inscribirse en la Universidad Central de Madrid, donde cursó el primer año de Medicina entre los años de 1935-1936, fecha inolvidable puesto que estalló la Guerra Civil.

Aprovecho para hacer mención de que con motivo de la guerra no lo reclutaron por que tenía la nacionalidad mexicana; sin embargo, por decisión propia tomó la iniciativa de enlistarse como voluntario para desempeñar labores médicas de auxilio. Al principio lo asignaron en hospitales de retaguardia para posteriormente apoyar la resistencia en el frente de Oviedo (al respecto mi padre cuenta un sin fin de anécdotas, muchas de ellas dolorosas, pero orgulloso de haberse avocado única y exclusivamente a prestar servicios médicos).

En 1937 regresa a México para realizar trámites en la Facultad de Medicina de la UNAM; viaja a los Estados Unidos y posteriormente a Europa para recoger en París a su familia y emprender todos el viaje de retorno a México.

Ya en la ciudad de México se inscribió formalmente en la Facultad de Medicina de la UNAM, donde cursó la carrera médica de 1938 a 1944. Realizó su Servicio Social en Valle de Guadalupe, Jalisco y presentó su examen profesional en julio de 1944, en lo que hoy es la Antigua Escuela de Medicina.

Desde el año de 1941, es practicante numerario del Sanatorio Español y posteriormente realiza el internado rotatorio como residente en el Hospital General de la Secretaría de Salubridad, con el doctor Aquilino Villanueva.

Por entonces, mi padre seguía practicando el fútbol y por méritos propios fue admitido como portero del equipo Asturias de primera división.

En octubre de 1946 inicia su educación de posgrado en Filadelfia, en el curso de Gastroenterología del Dr. Henry Bockus, uno de los mejores gastroenterólogos del mundo; ahí mismo llevó a cabo también el curso de cirugía básica. En ambos tuvo el apoyo de becas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Complementa su preparación profesional con algunos viajes de estudio; el primero a Madrid, con una beca del Hospital Español; para acudir al curso de Patología Digestiva a cargo del profesor Jiménez Díaz, el segundo curso, lo realiza de nuevo en Filadelfia, en el que participó en la consulta hospitalaria y particular del Dr. Joseph Sarner, especialista en los padecimientos de colon y recto. Años más tarde, en 1977, viaja a la Universidad de Minnesota para actualizarse en cirugía colo-rectal.

A su regreso de Pensylvania en el año de 1949, ingresa al Hospital Español como médico agregado y dos años después es nombrado médico adjunto del Servicio de Gastroenterología. Concluida su educación profesional, se va definiendo lo que el doctor José Naves describe como, "el rasgo claro y firme del trato respetuoso y sincero para con sus compañeros, maestros y discípulos, que ha forjado su gran calidad de médico y ha resaltado con su bondad innata".

Después de casi dos años de noviazgo, el 2 de julio de 1955 mi padre se casa con la señorita Laura Casabianca Esquivel Obregón, hija de Don Carlos Casabianca, decano consular de Colombia en México y Doña María Esquivel Obregón. Procrean tres hijos: Manuel, antropólogo, casado y con dos hijos; Carlos, abogado y Laura, casada y también con dos hijos.

La contribución del doctor Manuel Peláez a la literatura médica la inició desde muy temprano. En 1940, siendo estudiante presenta su primer trabajo en la Cuarta Asamblea de Cirujanos, que aparece publicado en las Memorias de la misma.

Ya graduado, en 1953 presentó su único trabajo dedicado a padecimientos del tubo digestivo. De esa fecha en adelante publica casos de su especialidad como proctólogo. En conjunto ha publicado aproximadamente 45 trabajos en revistas mexicanas, dos en revistas americanas, dos artículos en libros en España y uno en un volumen publicado en México. Además, ha reportado nueve informes dedicados al cáncer de recto y colon en el Hospital Español, tema que se le ha confiado por el grupo de estudio del cáncer del aparato digestivo en la República Mexicana y en la Academia Nacional de Medicina.

En 1999, editó y coordinó el libro de texto: *Colon, recto y ano* (Ciencia y Cultura, 1999), volumen que se suma al material que informa y propone soluciones a estos problemas de salud en México y otros países. Por otra parte, escribe y compila el libro titulado *Vivencias de Don Santiago Ramón y Cajal* (Fondo de Cultura Económica, 1999). Actualmente está trabajando en la historia de la Beneficencia Española.

En cuanto a la labor docente, destacan las conferencias impartidas en el marco de los cursos de su especialidad en la Facultad de Medicina de la UNAM y otras Escuelas de Medicina, tanto oficiales y privadas, así como en cursos especiales organizados, por la Asociación Mexicana de Gastroenterología, el Colegio de Médicos Militares y la Sociedad Mexicana de Proctología. Su contribución docente se ha hecho extensiva a becarios mexicanos y extranjeros dentro de su servicio en el Hospital Español y en su consultorio particular.

Es miembro destacado de las sociedades médicas a las que pertenece, por ejemplo, la Sociedad Médica del Hospital Español de la que fue presidente en 1971 y 1972; la Bockus International Society of Gastroenterology, de la que es miembro fundador; de la Asociación Española de Proctología, que contribuyó a fundar en la ciudad de Gijón, Asturias en 1965; de la Sociedad Española de Patología Digestiva desde 1965. Pertenece a la Academia Nacional de Medicina desde 1975. Es miembro fundador de la Sociedad Médica Hispano-Mexicana (1969), su presidente en 1977 y 1978; y su presidente honorario desde 1983.

Miembro de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina desde 1986, miembro honorario desde 1997. Miembro de la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura desde 1988 y de la Academia de Ciencias y Humanística desde 1998.

Mención especial merece su carrera dentro del Hospital Español iniciada como practicante. En 1951 fue encargado del Departamento de Proctología, en 1960 asciende a Jefe del Servicio de Proctología y por último, fue Director Médico del mismo Hospital, de mayo de 1991 a mayo de 1995.

Su labor tan constante como destacada, le han merecido numerosos reconocimientos en México y España: fue nombrado miembro titular del Instituto de Cultura Hispánica en 1975, dos años después, en 1977, asciende a formar parte de su Junta de Gobierno.

En 1976 es armado Caballero del Capítulo Hispanoamericano de los Caballeros del Habeas Cristi de Toledo, España. En febrero de 1979, por encargo de su majestad Juan Carlos I de España, le es impuesta la Encomienda de Alfonso X "El Sabio" por el embajador de España en México. Y el Ayuntamiento de la ciudad de León, España

le otorgó la Condecoración del "León de Oro", siendo recibido en el Palacio de la Zarzuela por su majestad el Rey Juan Carlos I.

A grandes rasgos, estos son los aspectos principales de su trayectoria profesional, mismos que están acompañados de un sin fin de actividades sociales y humanas. La mística de servicio, tan congruente con su personalidad, caracteriza su vida. Desde hace 20 años es Miembro de la Mesa Directiva del Centro Asturiano en México y tiene 42 años de pertenecer al Club Rotario de la ciudad de México, al que ha asistido puntualmente desde hace 28 años. Indudablemente, tan intensa actividad habla de su buena salud. Por supuesto que todo esto, en muy buena parte, no podía haberse logrado con tanto éxito sin la firme, constante y fiel compañía de su querida esposa Laura, mi madre en forma amorosa, quien ha compartido esta trayectoria de éxitos.

Para finalizar, deseo mencionar que dentro de las cualidades más notables de mi padre, están la modestia, la sencillez, la bondad, la humildad y algo que para mí representa una de las riquezas más grandes que me ha otorgado con su ejemplo: el arte de cultivar la amistad, tesoro invaluable que estoy seguro muchos de ustedes comparten.

## Revisión de libros

**La prostitución y su represión en la ciudad de México (siglo XIX), prácticas y representaciones.** Núñez, Fernanda. México, Gedisa, 2002, 219 pp. ISBN 84-7432-945-0.

**Rosalina Estrada Urroz\***

El libro de Fernanda Núñez Becerra: *La Prostitución y su represión en la ciudad de México (Siglo XIX), Prácticas y representaciones*, publicado por Gedisa, México en el 2002 nos introduce en un tema, que hasta ahora no había sido estudiado desde la perspectiva de la historia cultural y de las sensibilidades. A través del texto descubrimos la pasión de la autora por aprehender a las mujeres que pertenecen a ese espacio opaco y sombreado que se trata de cubrir con el velo de lo oculto. Para discernir este mundo, ha tenido que proceder como el detective que lee detrás de cada palabra y que imagina en cada movimiento por pequeño que sea.

El libro de Fernanda Núñez se aúna al de un conjunto de estudios que desde el siglo XIX, han reflexionado sobre la prostitución reglamentada. La investigación realiza un balance crítico de esta producción, y es por ello que también se constituirá en una referencia obligada para aquellos que se introducen en el análisis histórico de la prostitución, y para los que se preocupan por las redes de explotación sexual en Europa, América y Asia, donde proxenetas sin escrúpulos comercian con cuerpos de mujeres, jóvenes y niños.

\* Dra. Rosalina Estrada Urroz, investigadora, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Puebla. Correo electrónico: restrada@yahoo.com

Desde la perspectiva de la historia de las sensibilidades y tomando en cuenta los aportes del historiador francés Alain Corbin, la autora nos hace descubrir la piel de las mujeres que ejercen el oficio, su mala educación y la manera en que ellas pueblan el imaginario colectivo. *La prostitución y su represión en la ciudad de México (Siglo XIX)*, es también un estudio de historia cultural, a través de él descubrimos la presencia de la influencia de los planteamientos franceses sobre prostitución y reglamentación, en especial la obra de Parent Duchatelet.

La sumisión, corolario de la prostitución reglamentada es en este texto desmistificada, si bien las prostitutas aparecen como receptáculos para los fluidos masculinos, también se muestran en la protesta y el escándalo, afirmando su personalidad en el oficio. Se les acusa de propagar el mal, el gálico que causa miedo, y a la vez son víctimas del examen médico, de agresiones y abusos de parte de matronas, clientes y gendarmes. Las causas de la prostitución se revelan como múltiples, pero en esas historias de mujeres de ínfima categoría aparece como constante la violencia familiar.

Para aquellos que estudiamos la prostitución el libro de Luis Lara y Pardo, *La prostitución en México*, publicado por la Casa Bouret en 1908 es de consulta obligada, el texto de Fernanda se sumará también a las citas de investigadores como Katherine Bliss, Pablo Picatto, Ixchel Delgado y por qué no decirlo, de Rosalina Estrada.

Al introducirnos en los archivos nos encontramos actores que nos parecen inaprehendibles, sobre todo cuando los documentos nos revelan sobre todo la posición oficial, como es el caso de moralistas, médicos e higienistas. La gran virtud que tiene el estudio es su mirada crítica, el discurso, los datos, las estadísticas pasan por el cernido. Cada información es tratada como fotografía, el zoom con su ir y venir construye y reconstruye la versión más acertada de los hechos.

Detrás del control de la prostitución no existe sólo un problema de salud pública, sino también el de la sexualidad. La profilaxis es médica y moral. Las prostitutas aparecen en el discurso y preocupan sus características. La autora se interroga una y otra vez: ¿Son distintas? ¿Qué cualidades tienen? ¿Por qué se dedican al oficio?

Es para mi un placer reseñar este libro, con la autora me unen caminos, temas y sensibilidades. A la pasión de la lectura imprescindible, se aúna la calidad literaria e histórica



del estudio. Desde la introducción, Fernanda hilvana, compone, relaciona y nos ofrece un sinfonía de vocablos que nos llevan al conocimiento sin tedio. Su mirada le permite apropiarse y recrear el tema, y a pesar de que nos advierte de su miedo de quedar apresada en un discurso que no le pertenece, a lo largo de las páginas se distancia, critica y construye.

En seis capítulos que contiene el libro podemos apreciar una consulta exhaustiva de las fuentes además de una amplia bibliografía tanto mexicana como extranjera. La investigación está inserta en la visión que se tiene sobre el problema a nivel internacional. En el período abordado existe un ascenso de los miedos por la proliferación de enfermedades venéreas, los congresos de higiene a nivel mundial y de profilaxis de las enfermedades venéreas y control de la prostitución, tratan el problema y señalan indicaciones de aplicación global. Degeneración, herencia y monstruosidad se encuentran también en el eje de las preocupaciones. Como lo señala Fernanda, en este período el problema de la prostitución se convierte en una cuestión de higiene y la prostituta es comparada con la putrefacción.

Nos introduce también en el mundo del crimen: Julio Guerrero y Carlos Roumagnac la acompañan a lo largo de su pesquisa, así logra definir las concepciones sobre la mujer en general y la prostituta en particular. Fernanda también nos muestra la influencia que tiene el pensamiento de Lombroso y su apropiación de parte de los autores mexicanos. Nos enseña como las concepciones de médicos y criminólogos se encuentran generalizadas en la sociedad. Las ideas circulan, como lo diría Ginzburg citando a Bajtin en un continuo va y viene, entre lo popular y lo erudito y entre lo erudito y lo popular.

Fernanda contrasta la mirada científica con la literaria. El discurso médico muestra "el miedo y la desconfianza hacia la mujer". La literatura les devuelve otras cualidades. Se trata de la mirada romántica, hacia la mujer caída, donde desgracia y degeneración forman el dúo explicativo. Hay inspectores y médicos que creen en la posible redención. Para liberarse de oficio tan degradante, proponen a las prostitutas estudiar "teneduría simple de libros, idiomas y música". En su análisis de la novela, Fernanda establece de nuevo la liga México-Francia. Entre Parent y el reglamentarismo y entre Zola y Gamboa se renueva esa indiscutible relación entre dos realidades tan cercanas y tan distantes.

Fernanda continúa su recorrido y nos sitúa en la ciudad, en la higiene urbana que no se separa de la higiene social. Las prostitutas forman parte del barrido necesario para liberar el espacio público, para que éste se vuelva limpio y sano y no contagie el ambiente, no exista contagio visual. También se preocupa por ver a la mujer trabajadora y la construcción del estigma que se construye a su alrededor.

El mundo de la tolerancia oficial, sus problemas y desarrollo, sus fracasos y aciertos, sus contradicciones, nos dan una rica panorámica de los conflictos que aquejan a la ciudad de México. También llama la atención sobre las vicisitudes del paso por el hospital, y las resistencias que se generan en su seno. Fernanda termina con un recorrido por burdeles, hoteles y casas asignación, así se apropia de los espacios donde aparecen matronas que juegan el papel de madres superiores y clientes protegidos por la discreción de policías y agentes.

Yo los invito a leer y a disfrutar un libro con motivos, con preguntas y respuestas y a gozar y sentir el placer que ha tenido la autora al escribirlo.

## Revisión de libros

**Perspectiva histórica de atención a la salud en México. 1902-2000.** Fajardo Ortiz, Guillermo; Carrillo, Ana María; Neri Vela, Rolando, México. Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002. ISBN 970-32-0409-0.

**Jaime Lozano-Alcázar\***

En el prólogo, el primer autor señala que este libro "... no pretende ser ni un estudio ni una investigación exhaustivos...", lo cual no demuestra más que la modestia que lo caracteriza —como todo hombre de valer— pues la riqueza en citas bibliográficas, el análisis detallado y los conceptos vertidos, en todas y cada una de sus partidas hacen que el lector de este volumen tenga un panorama de los logros y, también, de las metas no alcanzadas en la consecución de una mejor salud pública en México. En efecto, a lo largo de las páginas, se nos va presentando la lucha, a veces con rasgos de epopeya, que ha tenido que librarse para lograr el nivel sanitario que actualmente gozamos los mexicanos.

En el primer capítulo, Ana María Carrillo, de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, arranca un relato en el año 1902 con la celebración de la Primera Convención Sanitaria Internacional, en Washington, D.C., donde quedó establecida la Oficina Sanitaria Internacional

\* Dr. Jaime Lozano-Alcázar, Vicepresidente de la Academia Mexicana de Cirugía.

(Americana), que después se denominaría Organización Panamericana de la Salud, el primer organismo sanitario internacional que décadas más tarde se integrará a la Organización Mundial de la Salud al fundarse ésta.

En aquella época, en pleno auge del régimen porfirista, México se enfrentó, como otros muchos países, a las frecuentes epidemias de fiebre amarilla y de peste, mediante campañas que sirvieron de modelo a nivel mundial, logrando que el Presidente de la República pudiera anunciar en 1910 su erradicación del país. Se relatan también en este capítulo, las estrategias seguidas contra la viruela, la influenza española y otros azotes, dirigidas por el Consejo Superior de Salubridad (fundado en 1841) y luego también, por el Departamento de Salubridad Pública, órgano del Ejecutivo creado en la Constitución de 1917, que no interrumpió sus acciones durante el período revolucionario.

La promulgación del nuevo Código Sanitario, en 1926, marcó también un hito, así como la creación del servicio social para los estudiantes de Medicina. Estos hechos nos llevan a conocer los aciertos y desaciertos de la Política Sanitaria, la oposición irracional, la resistencia de médicos y de comunidades, así como los obstáculos alzados por razones políticas y tantas vicisitudes más, hasta llegar al año de 1940.

La Salud en México durante los años 1941 a 1981, es analizada en acucioso estudio por Rolando Neri Vela, de la Academia Mexicana de Cirugía, presidente actual de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. Señala como la mejoría en las condiciones sanitarias del país, modificó para bien las tasas de natalidad, mortalidad infantil, esperanza de vida, etc. Fue una época en que se incrementaron notablemente los médicos y enfermeras, y se crearon los grandes hospitales e institutos, que se sumaron a las grandes instituciones de salud ya existentes.

En 1943 se inició el actual Sistema Nacional de Salud, el Departamento se elevó al rango de Secretaría de Salubridad y Asistencia, se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social, más tarde el ISSSTE y otros organismos, a la vez que se consolidaron los ya existentes y se reforzaron las campañas de inmunización masiva.

Es la época también del nacimiento de numerosas sociedades científicas, consecuencia de la ramificación de la Medicina en especialidades. El Dr. Neri analiza particularmente la nosología más importante en el aspecto de la salud pública de México.

Guillermo Fajardo Ortiz, de la Academia Mexicana de Cirugía, Presidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina durante el período 2001-2002, se encarga del análisis desde el año de 1982 a la actualidad. Esta época se caracteriza por la coordinación a nivel nacional y el desarrollo descentralizado y armónico de los programas de salud, sin soslayar el desarrollo de nuevas estrategias, buscando, su ampliación a toda la población de la República.

Surgió así, dependiente de la Secretaría de Salud, la estructura denominada Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, ahora sustituida por el Consejo Nacional de Salud, conformado por los titulares de la salud de las entidades federativas. El Código Sanitario fue sustituido por la Ley General de Salud. Ya no son problema nacional de salud la poliomielitis, la difteria, la viruela y tantas otras. Yendo de la mano pobreza, analfabetismo, desnutrición y enfermedad, con todo tino se ha considerado que no puede abatirse ésta sin remediar aquellas, de ahí el nacimiento del Programa Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), sustituido en el actual sexenio por el Programa CONTIGO. El autor resalta y analiza el papel que han desempeñado la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, e incluso las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES). Termina analizando los retos actuales y hace propuestas para afrontarlos.

En el desarrollo de la salud en México, han jugado un papel importante las corporaciones científicas dedicadas al cultivo

de las ciencias médico-quirúrgicas, encabezadas por la Academia Nacional de Medicina fundada en 1864 y la Academia Mexicana de Cirugía desde 1933, los colegios, sociedades y asociaciones de medicina general y de especialidades. Los consejos de especialidades médicas y de medicina general han contribuido también en forma determinante. Un elemento de particular importancia en el momento actual y que tiene gran proyección, es la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, que se ha encargado de certificar la calidad e idoneidad de dichas escuelas.

Al contemplar el panorama del pasado y presente de la salud pública de México, me permito compartir con el doctor Fajardo Ortiz el orgullo que deja traslucir entre líneas —orgullo del todo legítimo en él, como elemento activo de primer rango en el proceso—, cuando afirma: "*El esquema de vacunación 1995-2000, fue el más completo de Hispanoamérica y México fue reconocido como uno de los países mejor organizados en el mundo para la prevención de enfermedades mediante la vacunación...*"; luego abunda: "*... En 1995 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calificó a México entre los diez países de todo el planeta que avanzaban con más rapidez en materia de salud en la niñez....*".

Los autores han desarrollado una labor merecedora de todo encomio. Este libro, por su importancia, será de referencia obligatoria para el estudioso y también de utilidad para el lego en la materia. El contenido temático presenta una acertada perspectiva de la historia de la medicina mexicana en el siglo XX.

## *In Memoriam* Frederic Lawrence Holmes † (1932-2003)\*

El pasado 27 de marzo del año en curso, falleció el profesor Frederic Lawrence Holmes. El doctor Holmes, *Avalon Professor* en Historia de la Medicina, fue jefe de la Sección de Historia de la Escuela de Medicina en la Universidad de Yale, de 1977 al 2002.

Magnífico historiador de las ciencias biológicas cuyas publicaciones lo hicieron una eminente figura internacional en el campo. En el plano personal, Larry como todos lo conocían, era amable y generoso.

El profesor Holmes nació en Cincinnati en 1932. Hizo estudios de Biología Cuantitativa en el Massachusetts Institute of Technology (MIT), donde se graduó en 1954. Obtuvo su grado en Historia por la Universidad de Harvard en 1958; antes de esa fecha sus estudios se interrumpieron dos años, durante los que se incorporó a la Fuerza Aérea de Estados Unidos. Por la misma Universidad, obtuvo el doctorado en Historia de la Ciencia en 1962 con una investigación sobre Claudio Bernard y el concepto de medio interno, libro que amablemente me regaló cuando yo preparaba mi doctorado sobre el mismo tema.

En 1964 inicio su carrera científica y como profesor en el MIT, después fue profesor asistente y asociado (1968) en Yale.

En 1964 se convirtió en profesor asistente en el Departamento de Historia de la Ciencia y la Medicina en Yale y en 1968 fue promovido a profesor asociado. En 1972 partió a Canadá para ser profesor y jefe de departamento en la Universidad de Western, Ontario. En ese lugar permaneció hasta 1977, año en que regresó a Yale como profesor de tiempo completo y director de la sección de Historia de la Medicina, en la Escue-

\* Información tomada de la nota electrónica de los doctores John Harley Warner y Jacalyn Duffin y traducida por Ana Cecilia Rodríguez de Romo.

la de Medicina. Se convirtió en *Avalon Professor* en 1985 y dos años después fue *Master* del Colegio Jonathan Edwards.

Sus trabajos más importantes fueron: *Claude Bernard and Animal Chemistry* (1974), *Lavoisier and the Chemistry of Life* (1985), *Hans Krebs: the Formation of a Scientific life 1900-1933* (1991), *Hans Krebs: Architect of Intermediary Metabolism 1933-1937* (1993), *Antoine Lavoisier: The Sources of his Quantitative Method in Chemistry* (1997) y *Meselson, Stahl and the Replication of DNA: A History of the Most Beautiful Experiment in Biology* (2001). Los trabajos de Holmes sobre la creatividad científica, colaboraron a definir un campo de la historia de la ciencia y de la medicina. Sus contribuciones científicas a la comprensión histórica y su desempeño académico, han sido ejemplo no sólo para los jóvenes en formación, sino también para sus colegas.

El profesor Holmes se hizo merecedor del Premio Schuman de la Sociedad de Historia de la Ciencia (1975), del Premio Pfizer (1975), de la Medalla Welch por la Sociedad Americana de Historia de la Medicina (1978), del Premio Dexter de la Sociedad Americana de Química (1994) y de la Medalla Sarton por la Sociedad Americana de Historia de la Ciencia (2000). Fue presidente de la misma Sociedad (1981-1993), miembro de la Academia Americana de Artes y Ciencias (1994) y miembro de la Sociedad Americana de Filosofía (2000).

Como jefe de la sección de Historia de la Medicina en Yale, fue un verdadero líder en el campo, porque sin egocentrismos impulsó la disciplina formando un grupo fuerte de profesionales, creando posgrados y programas, y relacionando de manera seria, la historia de las ciencias biológicas, con las humanidades y las artes. De ese modo, su trascendencia no es sólo por sus aportaciones científicas, también como promotor y formador de profesionales.

Hace un año, Frederic L. Holmes fue informado que padecía un cáncer grave. Los últimos meses de su vida los dedicó a corregir y completar el libro sobre uno de sus grandes intereses: la creatividad científica.

La obra, *Investigative Pathways: Patterns and Stages in the Careers of the Experimental Scientists* aparecerá en 2004 editada por la Universidad de Yale. También terminó su estudio sobre Seymour Benzer y la historia de la biología molecular. Quienes lo visitaban en el hospital, se encontraban una habitación llena de papeles, libros, su computadora y un estudioso lleno de ideas.

Dos semanas antes de fallecer, concluyó *Between Molecular Biology and the Classical Gene: The pathway of Seymour Benzer into the all Region*.

Descanse en paz el profesor Holmes.





DE LA MEDICINA

MEXICO



**Nestlé**

NUTRICIÓN