



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA UNIVERSIDAD Y
LA EDUCACIÓN

Del Castillo Troncoso, C. (2020).
Una mirada médica a la infancia de la Ciudad de México en los
últimos decenios del Siglo XIX y en los primeros del XX.
En G. Martínez Hernández (Coord.), *Medicina y sociedad: saberes,
discursos y prácticas: siglos XVI al XX* (197-230).
Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México,
Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación.

UNA MIRADA MÉDICA A LA INFANCIA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
EN LOS ÚLTIMOS DECENIOS DEL SIGLO XIX
Y EN LOS PRIMEROS DEL XX

197

Carlos Rolando del Castillo Troncoso

Este trabajo está basado en un análisis de cerca de 50 tesis escolares y profesionales de medicina de estudiantes y profesores de la Escuela Nacional de Medicina entre 1869 y 1929, que nos muestran una mirada clínica y terapéutica de la infancia mexicana. De esta forma, nos aproximamos a ideas, tendencias, concepciones, usos y costumbres que jugaron algún papel dentro de la historia de la medicina infantil en nuestro país. También nos informamos sobre el estado del arte de la profesión médica, la formación de los cuadros profesionales y la calidad de la atención dirigida al sector infantil en esa época, así como a los intereses académicos, inquietudes y prioridades que tenían los facultativos en relación con los problemas de salud que agobiaban a la niñez.¹

En el mundo de la salud y la enfermedad, el último cuarto del siglo XIX y los primeros decenios del XX significaron, en general, una época de transformaciones, innovaciones, avances y retrocesos para los niños mexicanos. Algunos descubrimientos y nuevos desa-

1 Una parte sustancial del presente capítulo se basa en el material reunido y discutido por el autor en sus tesis de maestría y doctorado en la UNAM: "La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)" y "La Pediatría en México a través de la mirada de las tesis de la Escuela Nacional de Medicina (1869-1936)", en preparación. Ambas tesis fueron dirigidas por la doctora Patricia Aceves Pastrana. El objetivo final es un acercamiento al proceso de construcción de los saberes y las prácticas de la medicina infantil mexicana. La colección de tesis escolares y profesionales de la Escuela Nacional de Medicina fue consultada en el Acervo Histórico de la Biblioteca Dr. Nicolás León en el Antiguo Palacio de Santo Domingo, donde es resguardada a cargo de la Facultad de Medicina de la UNAM. Agradezco mucho a su personal las facilidades otorgadas para su consulta.

rrollos científicos y tecnológicos fueron aplicados por primera vez en las enfermedades que padecieron muchos de ellos: incubadoras, aditamentos tubulares y neumáticos de reanimación y resucitación cardiaca y pulmonar, vacunas, sueros, aparatos de rehidratación y radioterapia, entre otros.

La infancia hizo su aparición en el mapa estratégico del Estado y los niños se hicieron presentes como grupo social en el ideario de pensadores representativos de la época, así como en proyectos sociales y educativos emprendidos por las autoridades gubernamentales, los particulares y los profesionales de la salud. El censo de 1895 registra en el país 12 millones de personas, de los cuales 3 684 000 eran niños menores de 10 años (uno de cada tres habitantes). Una tercera parte de mexicanos provenía de una etnia indígena y casi la mitad era mestiza. Se trataba de una nación conformada en su conjunto de niños y jóvenes mestizos e indígenas. La tasa de mortalidad infantil era enorme, cercana a los 200 fallecimientos por cada 1 000 niños nacidos vivos.²

La contribución de la población infantil al número de fallecimientos también era considerable. En 1895, el porcentaje de niños fallecidos, con respecto a la totalidad de defunciones, fue de 48 por ciento, y para 1908, la proporción alcanzó 57 por ciento: una de cada dos personas fallecidas era menor de 10 años. Las principales víctimas de la gran crisis económica y social de las postrimerías del

2 La tasa de mortalidad infantil (índice de fallecimientos en niños menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos) es considerada por los expertos en salud pública y demografía como el indicador más objetivo del bienestar social de un pueblo y refleja las condiciones nutricionales, la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios médicos y educativos, así como la calidad del medio ambiente y de los ordenamientos legales en los colectivos humanos. J. Kumate Rodríguez, "Síntesis histórica 1802", en I. Ávila Cisneros *et al.* (coords.), *Historia de la pediatría en México*, 1997, p. 9; J. Narro Robles y R. Ponce de León, "Algunas consideraciones sobre mortalidad infantil en México", *Revista de la Facultad de Medicina*, 1979; J. Narro Robles, "Medición de la salud pública y de los servicios de salud", en J. R. de la Fuente y R. Tapia Conyer (coords.), *La medición de la salud a través de indicadores*, 2001; M. Bustamante, "Observación sobre la mortalidad general en México, 1922-1969", *Gaceta Médica de México*, 1972; M. Cahuich Campos y A. del Castillo (coords.), *Conceptos, imágenes y representaciones de la salud y la enfermedad en México, siglos XIX y XX*, 2006, pp. V-XIV; L. Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*, 1994, p. 168; J. de la Torre Rendón, "La Ciudad de México en los albores del siglo XX. El escenario", en P. Gonzalbo Aizpuru (dir.), A. de los Reyes (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, 2006, p. 12.

Porfiriato y de los años de lucha revolucionaria fueron, sin duda alguna, los más pequeños y pobres.

La mitad de los decesos se debía a enfermedades respiratorias y digestivas: neumonías, bronconeumonías y gripas complicadas, viruela, tosferina, sarampión, bronquitis agudas, tuberculosis pulmonar, difteria y *croup*, así como a enfermedades diarreicas. Los niños morían por insuficiencia respiratoria, asfixia obstructiva, septicemias, deshidratación y colapso circulatorio.

Las enfermedades diarreicas eran las causantes de 30 por ciento de las defunciones infantiles. Su alta incidencia se asociaba a la contaminación fecal de la ciudad, a la desnutrición de un gran porcentaje de menores —pues disminuía sensiblemente su capacidad de respuesta inmunológica—, a la imposibilidad de amamantarlos, a la muerte de sus madres en los partos y al abandono social que acompañaba a un gran número de mujeres y niños en sus vidas; también se debía a la carencia durante casi todo el siglo de un sistema efectivo de drenaje en la capital, ya que el lago de Texcoco, que era el destino de los desechos, estaba totalmente azolvado. Eran comunes las inundaciones en la época de lluvias y se formaban extensos lodazales y pantanos. Cabe recordar que la capital del país está situada en el Valle de México, “una cuenca cerrada, rodeada de grandes montañas, cuyo fondo está cubierto por las aguas, sin posibilidades de salir al mar”.³ Estas agravantes estaban amalgamadas con las pésimas condiciones de vida que sobrellevaban la mayoría de los habitantes de la ciudad.

En el pensamiento médico de la época, la mortalidad infantil se vinculaba con factores de tipo meteorológico: temperaturas medias, precipitación de las lluvias en las diferentes estaciones del año, la dirección predominante de los vientos y las “típicas polvaredas de la capital”, generadas por la progresiva desecación del lago de Texcoco y agudizada por las obras porfiristas de desagüe.⁴ Los análisis

3 F. Martínez Cortés, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, 1993, p. 3. Véase también R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas clínicas de diarrea infantil”, 1904, p. 7.

4 J. de la Torre Rendón, “La Ciudad de México...”; D. Cooper, *Las epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*, 1992, p. 17; G. Méndez Luque, “La Ciudad de México a los ojos de la higiene”, 1903, pp. 18-46.

sociales y culturales aparecían escasamente en la literatura médica de este periodo.⁵

La mortalidad infantil también se relacionaba con los hábitos de vida y las costumbres de las familias, la herencia mórbida de los progenitores y la influencia de los matrimonios entre parientes cercanos, además del tipo de labores, hábitos y costumbres de la mujer durante la preñez. Las afecciones morales de los padres jugaban un papel muy especial para las probabilidades de supervivencia de los niños: todo dependía de si eran hijos de padres viciosos, alcohólicos, sifilíticos, con estilo de vida cuestionable o inaceptable para la sociedad de ese entonces. La relación que guardaban los pobladores con el medio ambiente que los rodeaba era un asunto crítico, sobre todo en el caso de la capital mexicana, ya que los niños de las familias más pobres habitaban en la vecindades de los barrios populares y corrían más peligro, pues ocupaban los pisos bajos, expuestos continuamente al frío y a la humedad de las inundaciones.⁶

La mayoría de los autores contemporáneos de esa época que revisaron el tema nos presentan una imagen de la infancia muy vigorosa y fascinante, relativa a pequeños seres humanos que iban modelando cuerpos y mentes de acuerdo con lo que la naturaleza les tenía reservado. La mirada de una transformación que iniciaba con seres casi autómatas y culminaba con seres pensantes, en cuyo cerebro “virgen de ideas” empezaban a grabarse las primeras nociones de estética y moral, los rudimentos de lo bello y de lo bueno; una visión casi mágica que implicaba para los adultos y para la sociedad que acompañaba al niño en esta metamorfosis una gran responsabilidad para el logro de sus potencialidades.

La naturaleza única de cada pequeño dependía de su constitución o “terreno” biológico, psicógeno y social, muy particular a cada uno de ellos y que incidía directamente en su salud o enfermedad: herencia, hábitos, hábitat, clima, alimentación, periodo de la infan-

5 L. Lara y Pardo, “La puericultura en México [primera y segunda partes]”, *Gaceta Médica de México*, 1903.

6 R. Carrillo, “Demografía. La mortalidad infantil de 0-1 años en la Ciudad de México y sus principales causas climatológicas”, *Gaceta Médica de México*, 1909; J. M. Reyes, “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, 1878; L. Lara y Pardo, “La puericultura...”.

cia en que se encontraba, etcétera. El término *herencia* era utilizado con mucha frecuencia, más que en un sentido mendeliano o biológico, en su concepción cultural y social, haciendo alusión a hábitos, costumbres, actitudes, creencias y representaciones sociales.

De acuerdo con la visión de la mayoría de los autores, desde el punto de vista médico, la infancia se caracterizaba por tener “afecciones exclusivas a ella, enfermedades que le son propias”, y las que compartía con los adultos se revestían de una “una modalidad especial, teniendo una fisonomía particular”, por lo que “se podrían considerar diferentes también”. Las características de la patología infantil eran sintetizadas en una frase acuñada por Barrier: “el exceso de vida, la actividad en el funcionamiento orgánico, la velocidad vertiginosa en los movimientos de composición y descomposición por una parte, y por la otra el estado imperfecto y transitorio de los órganos”.⁷ Tales eran las condiciones culminantes que dominaban la patología infantil. El particularismo y la diferencia, típicos del niño, demandaban una aproximación y un enfoque individual en cada caso.

Muchas de las enfermedades padecidas por los niños mexicanos eran consideradas como diátesis o enfermedades constitucionales; es decir, en las que el pequeño tenía una predisposición, heredada de sus padres, de hábitos y costumbres moralmente considerados inaceptables, enfermizos o que los ponían en desventaja social. Tal era el caso del alcoholismo, la vida disipada, la consanguinidad, los padres que “gastaban su vitalidad en lupanares y centros de vicio”, madres abandonadas, pobres o viudas que no contaban con la solidaridad de una familia o una pareja.⁸ Ejemplos de estas enfermedades eran la tuberculosis, la sífilis, la sordera, la sordomudez, el “idiotismo” e “imbecilidad”, la epilepsia, el cólera y la histeria.

7 M. Herrera y Jayme, “Algunas consideraciones sobre pediatría”, 1881, p. 6. La frase de Barrier se encuentra citada en este mismo autor, quien se refiere con toda probabilidad a Françoise Marguerite Barrier, autora de la obra *Traité pratique des maladies de l'enfance fondé sur nombreuses observations cliniques*, 1861; un ejemplar de esta obra se conserva en el Acervo Histórico de la Biblioteca Dr. Nicolás León, de la Antigua Escuela Nacional de Medicina, Palacio de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

8 *Apud* C. R. del Castillo, “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)”, 2013, p. 48.

La vida del niño era observada como un proceso marcado por los paradigmas evolutivo y adaptativo: el paso desde un estadio incompleto, imperfecto, irracional y amoral hacia una entidad plena, perfectible, racional y virtuosa. Para el médico, poco importaba que el pequeño paciente estuviera en “la flor de su edad”; es decir, que sus características físicas correspondieran con las cronológicas. Lo importante era que el niño conservara un organismo “potente y vigoroso” o, por lo menos, tuviera las fuerzas suficientes para soportar los embates de las enfermedades propias de su época y las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que se vivía en el México de entonces. Por ello se ponía el énfasis en los organismos debilitados y abatidos. Los cambios funcionales y anatómicos propios del desarrollo no se ajustaban, por lo general, a una medida exacta de tiempo. La época de la lactancia, el periodo de la dentición y el tiempo del destete adquirían relevancia sólo en la medida en que representaban fenómenos especiales y particulares en los cuales los niños y sus madres se enfrentaban a riesgos o peligros concretos.

Los menores eran considerados mucho más vulnerables a la enfermedad:

En el niño la máquina vital es tanta en los primeros tiempos de su existencia que una desviación cualquiera del orden causará trastornos y perturbaciones de consideración y por insignificante que se suponga ésta desviación puede traspasar con facilidad los límites de todo funcionamiento.⁹

Ese “exceso de vida” característico del niño era la fortaleza que podría ayudarlo a sobrevivir. Sin embargo, también representaba su gran debilidad, pues podía revertirse en una verdadera desventaja ante los peligros y los retos que lo acechaban. Era como el símil de una locomotora que se descarrila: mientras más rápido corría, mayores eran sus daños.

Existía la percepción en el mundo profesional de que el médico que enfrentaba la enfermedad de un niño necesitaba poseer habi-

9 M. Herrera y Jayme, “Algunas consideraciones...”, pp. 27-28.

lidades y capacidades peculiares, entre las que estaban un espíritu observador y analítico de “primera fuerza”, un juicio recto a toda prueba, una disciplina metódica, una gran capacidad de evaluar racionalmente los fenómenos y seleccionar los esenciales, y apreciar en su justo valor el significado de cada uno de ellos. Se tenía conciencia de que la práctica desarrollaba el dominio de la observación, mientras que el estudio y la investigación la perfeccionaban. Al médico se le recomendaba acercarse poco a poco al niño; ser persistente, nunca darse por vencido; además del método y el orden, la clínica infantil exigía mucha flexibilidad. También debía dar prioridad a las habilidades preverbales de comunicación y utilizar el lenguaje expresivo para tender un puente vinculatorio con el pequeño; abordarlo con sensibilidad, dulzura, criterio, “buenas maneras”, voz suave y clara. Tener una gran paciencia. Se recomendaba, asimismo, aprender a confiar en los consejos de los maestros de la medicina mexicana, conocedores a profundidad del niño enfermo, quienes enseñaban que los menores poseían un lenguaje natural por medio del cual se comunicaban con el médico, cuyo reto era interpretar con habilidad este código y hacer inteligibles sus señales. Era esencial aprender a observar y a entender la “fisonomía” de las enfermedades infantiles. En un escenario en el que el protagonista era un niño, el factor humano se conformaba como la esencia y el centro del acto terapéutico.¹⁰

EN EL MUNDO DE LAS ENFERMEDADES INFANTILES

A continuación realizaremos un breve recorrido literario por el mundo de las enfermedades de la niñez capitalina en el periodo analizado, poniendo énfasis en aquellas que fueron significativas para los profesionales de la salud y la sociedad, por ser serios problemas de salud pública, con síntomas graves, que retaron a los médicos y

10 *Ibid.*, pp. 1-57, 113-115; F. Flores y Troncoso, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, 1886, p. 67; C. West, *Leçons sur les maladies des enfants*, 1881, pp. 1-13; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades de los recién nacidos y niños de pecho y los de la segunda infancia*, 1889, pp. 5-18.

causaron altos índices de mortalidad, o bien, porque su tratamiento requirió nuevos desarrollos terapéuticos y tecnológicos.

Los estíos mortíferos de la capital

En la segunda mitad del siglo XIX, las enfermedades diarreicas eran percibidas y vividas como graves problemas de salud de la niñez capitalina, especialmente durante los meses más calurosos y lluviosos. Generaban 30 por ciento de la cifra total de muertes en niños de cero a ocho años de edad. Llegaron a constituirse como el primer motivo de consulta en los servicios médicos infantiles durante buena parte del año. Resultaban más afectados los más pequeños y pobres.¹¹

El consumo de leche de origen no humano y la ingesta de alimentos de naturaleza no láctea (alimentación “artificial”), sobre todo en los más pequeños, estaban considerados entre los factores de riesgo más importantes para ser víctimas de las epidemias de diarrea durante los meses estivales de la Ciudad de México. En contraposición, la leche materna era vista como un factor de protección.¹² El destete —exposición de los niños por primera vez a la leche no humana y a alimentos no lácteos— era considerado un elemento determinante para la presencia de males diarreicos. Los niños deberían ser destetados en un momento oportuno de su desarrollo y lejos de los meses estivales calurosos de la capital mexicana (en esos años, de abril a julio). Era la época del año en la que había un aumento de infantes deshidratados internados en el Hospital de Infancia de la ciudad.

11 J. M. Reyes *et al.*, “Congreso Médico de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, 1876, pp. 379-393; R. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 35-36; R. Macouzet, *Arte de criar y de curar a los niños*, 1910, pp. 98-100; C. Contreras, “Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia”, 1902, pp. 7-19.

12 R. Narro, “Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento”, 1898, p. 6.; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas en los niños”, 1896, pp. 15-18; M. Zertuche, “Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales”, 1889, pp. 5-8.; I. Fernández Ortigoza, “Apuntes sobre la alimentación de la primera edad”, 1884, pp. 5-9; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil”, 1913, pp. 9-11.

El papel que jugaba la “herencia mórbida”, como factor determinante, era fundamental: los niños de “constitución débil” o aquellos que procedían de “cepa tuberculosa” eran más propensos a contraer estas enfermedades. En la sociedad mexicana, y en el mundo sanitario en general, la pobreza era vista por muchos como un “déficit genético”. En esa época, la frontera entre las costumbres, la moralidad y los aspectos biológicos de los padecimientos era muy difusa y a veces no existía.¹³

La contaminación fecal de la ciudad con la gran cantidad de desechos de animales y humanos que plagaban sus calles, la ausencia de drenaje en la mayoría de ellas, y los millones de moscas consideradas como vehículo privilegiado que acarreaban los gérmenes a los mercados, al rastro y a las viviendas de los capitalinos, completaban el ciclo para hacer de los males gastrointestinales infantiles un enorme problema de salud.¹⁴ A este cuadro tenemos que agregar el grave asunto —muy frecuente en esa época— de la adulteración de la leche por parte de los expendedores en las plazuelas ciudadanas. Los niños que la consumían llegaban a padecer “diarreas copiosas” que no eran sino verdaderos envenenamientos.

En los diferentes servicios médicos que brindaban atención a la infancia capitalina se clasificaban las presentaciones de los síndromes diarreicos de acuerdo con sus características clínicas.¹⁵ El más temido era sin duda el “cólera infantil” —denominado así por su semejanza con el cólera de los adultos, el *cholera morbus* o asiático—, que se caracterizaba por evacuaciones muy frecuentes, acuosas, abundantes y con vómitos pertinaces. Estos síntomas llevaban a los menores a una deshidratación severa que llegaba con frecuencia

13 E. Franco y Cortés, “Higiene infantil. Consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia”, 1908, pp. 410-415; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 17-19; S. Rubio, “Destete”, 1929, pp. 18-21.

14 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 106; R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, p. 8; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, p. 18; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera...”, p. 13.

15 F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 18 y 43; J. Cosío, “Leche garantizada”, *Gaceta Médica de México*, 1909, p. 536; F. Santos Vallejo, “Contribución al estudio de las diarreas infantiles”, 1918, pp. 1-3.

al colapso circulatorio y, en ocasiones, convulsionaban, lo cual era considerado de muy mal pronóstico.¹⁶

En el tratamiento de estos padecimientos la dieta desempeñaba un papel capital y era “la clave” para su curación. Se reforzaba la alimentación al seno materno y cuando el bebé recibía biberón, se diluía su contenido con clara de huevo, solución conocida como “agua albuminosa”, rica en proteínas que “inhibía el desarrollo y propagación de gérmenes”.¹⁷ Asimismo, se agregaba a la leche un “cocimiento de ‘cebada perla’ que facilitaba su digestión y, por su contenido de almidón y mucilago, tenía propiedades inhibitorias sobre la diarrea”.¹⁸ A veces se les daba también tizanas, a las que se agregaban una o dos gotas de coñac o jerez que contribuiría al fortalecimiento del niño que recuperaba el apetito.

Eran de uso común los purgantes como el calomel y el aceite de ricino, y los antisépticos o “desinfectantes” como el subnitrato de bismuto, que disminuía el número de evacuaciones, a veces mezclados con unas gotas de láudano —preparaciones opiáceas— para disminuir los intensos dolores y la inquietud de los pequeños, una práctica muy delicada del arte pediátrico llevada a cabo por los curadores más diestros. En las diarreas “ácidas” se acostumbraban los remedios “alcalinos”, como la magnesia calcinada y el agua de cal, y la aplicación de fricciones o “friegas laudanizadas” en el vientre de los niños para que durmieran más tranquilos.

Los remedios tradicionales compartían espacio con las novedades, como el lavado de estómago por medio de sondas —para “el arrastre de mucosidades glerosas, esporos, bacterias y masas de fermentación”—¹⁹ recomendado por Roque Macouzet y Carlos Tejeda Guzmán, quienes fueron los primeros profesores de la clínica médico-quirúrgica infantil en la Escuela Nacional de Medicina a fines del siglo XIX.

16 R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, p. 20; R. Vértiz Freyria, “La profilaxia del cólera...”, p. 8; R. Macouzet, *Arte de criar...*, pp. 79-81.

17 R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, p. 22.

18 R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 13-14.

19 R. Macouzet, “El lavado de estómago en los niños”, 1889, p. 14.

Se utilizaba también el “suero artificial” en el tratamiento de la deshidratación infantil. No siempre era fácil prepararlo ni disponer de él. El profesor Fernando Altamirano (1848-1908), director del Instituto Médico Nacional (1888-1907), diseñó un método para difundir suero por vía parenteral al tejido celular subcutáneo, introducido con una aguja hipodérmica y mantenido a través de un sistema tubular cerrado y sellado, así como una fórmula para preparar el suero a partir de cloruro de sodio cristalizado. Se vendió en las boticas de la ciudad y la técnica se utilizó exitosamente en niños deshidratados en el Hospital de Infancia de la capital. Las enfermedades gastrointestinales reforzaron un gran anhelo de la sociedad capitalina de esa época: la necesidad de que sus hijos crecieran en un medio ambiente más saludable.

Los usos y costumbres familiares que habían pasado de generación en generación se conservaron a través del tiempo y el desequilibrio social mantuvo todavía muchos años las altas cifras de mortalidad por diarrea en el país.²⁰

La gran “simuladora”

A fines del siglo XIX, la tuberculosis era la responsable de la muerte de uno de cada 10 mexicanos fallecidos en la Ciudad de México; entre siete y 10 por ciento del total de muertes entre 1869 y 1898. Atacaba sobre todo a los “desheredados de la sociedad” —los más pobres y vulnerables— y ocasionaba no sólo el sufrimiento a los enfermos, sino que iba acompañada del estigma, el rechazo y la intolerancia social, “abatando física y moralmente a sus víctimas”.²¹ Cuatro de cada 10 fallecimientos por tuberculosis eran de niños o

20 R. Narro, “Infección intestinal en el niño...”, pp. 22-27; R. E. Garduño, “Tratamiento de las formas...”, pp. 9-15, 22-27, 31-32 y 36; R. Macouzet, “El lavado de estómago...”, 1899, pp. 9-19; F. Romero Gámez, “Breve estudio sobre las diarreas...”, pp. 46-51, 196-199; I. Velasco, “Estudio sobre algunos purgantes indígenas”, 1869, pp. IX, X, XII, XV y XVI; J. Revueltas, “Ensayo sobre la clasificación de los purgantes”, 1879, pp. 7 y 10; E. Rubalcava, “Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago”, 1884, pp. 9-22; L. Vilchis, “Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago”, 1887, pp. 10-31.

21 C. R. del Castillo, “La atención médica...”, p. 184.

adolescentes y tres de cada 10 eran niños menores de 10 años. Esta enfermedad la padecían hasta 13 por ciento de los niños que acudían cotidianamente a consulta al Dispensario de Beneficencia Pública de la ciudad.²²

El diagnóstico de tuberculosis en un niño —como en muy pocas enfermedades— era prácticamente una sentencia de muerte. Causaba un gran desaliento y sembraba una enorme tristeza en hogares y familias.²³ No era nada fácil —para el médico— diagnosticarla; se confundía con frecuencia con otras enfermedades infantiles, como las bronquitis agudas y neumonías, muy frecuentes en los pequeños y que compartían con la tuberculosis infantil algunos signos, síntomas y hallazgos. La detección de ganglios bronquiales o en el mediastino afectados en el pequeño era una operación complicada, sobre todo para los galenos más jóvenes, en una época en la que los diagnósticos dependían exclusivamente de los sentidos y del procesamiento mental del médico. Las detecciones más sutiles, como el signo de Grancher en el vértice de los pulmones enfermos, estaba reservada con frecuencia sólo a los más experimentados.²⁴

La tuberculosis en los niños era, por lo general, una enfermedad de corta duración. Predominaban las formas agudas. Muchos pequeños evolucionaban hacia una meningitis o una peritonitis que los llevaban irremediablemente a la muerte. Otros cursaban una “tuberculosis galopante” y acababan su vida en dos o tres semanas con síntomas agudos de insuficiencia respiratoria. Otros más padecían formas clínicas deformantes de huesos y articulaciones: columna, rodilla, codo, muñecas. Una de las variedades clínicas más comunes en México, especialmente en niños de seis a 10 años de edad, era la tuberculosis de la cadera conocida como “coxalgia”. Se consi-

22 E. Liceaga, “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, 1899, pp. 399-405; *idem*, *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma*, 1949, pp. 117; J. G. Cosío, “The prevention of the tuberculosis in the primary school”, *Public Health Papers and Reports*, 1907, pp. 1-12. AHSSA, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, exp. 4, f. 42.

23 C. West, *Leçons sur les maladies...*, p. 507.

24 *Loc. cit.*; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 260; F. de P. Bernaldez, “Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia”, 1883, p. 37.

deraba el motivo más frecuente de internamientos de niños en el pabellón quirúrgico del Hospital General de México en el periodo 1904-1909. Afectaba severamente la calidad de vida de los infantes, les causaba grandes dolores, y destruía y deformaba sus caderas. Una enfermedad demandante de gran pericia en los cirujanos que la trataban. Las intervenciones quirúrgicas realizadas por Rafael Lavista, Eduardo Liceaga y Roque Macouzet son un testimonio de una época donde no sólo la habilidad y destreza eran imperativas, sino también la creatividad y la inventiva de novedosas y diferentes técnicas quirúrgicas, de las que echaban mano para resolver los difíciles retos a los que se enfrentaban.²⁵

Tendrían que pasar todavía muchos años para que aparecieran los primeros medicamentos realmente efectivos. Los niños de esa época se tenían que conformar con recibir remedios que fortalecieran su organismo y los ayudaran a resistir los embates de la enfermedad, como el aceite de hígado de bacalao y los vinos aromáticos, las preparaciones magistrales de quina combinada con estricnina y arsénico a micro dosis, o el agua “creosotada” recomendada por Macouzet. La creosota —un producto terapéutico de acción balsámica, expectorante y descongestiva, cuya base principal era el guayacol— era recomendada en las primeras fases de la tuberculosis por el profesor José Terrés (1864-1924) —brillante clínico de la época y quien irónicamente murió de esta enfermedad—, combinada con las aplicaciones de mercurio sobre los ganglios afectados, los baños en aguas minerales, sol abundante, ventilación, ejercicios al aire libre y, especialmente, los paseos terapéuticos por el bello bosque de Chapultepec.²⁶

25 E. Liceaga, “Resección de la cápsula subperióstica de la articulación coxofemoral seguida de regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, 1875, pp. 6-8; *idem*, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, 1901, pp. 175-182; N. Melo, “Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento”, 1896, p. 15; L. Troconis y Alcalá, “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, 1909; R. Lavista, “Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica”, 1874, pp. 19-57; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 260; P. Arroyo Ávila, “La tuberculosis de la infancia en México”, 1923, pp. 5-30.

26 J. Terrés, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente”, *Gaceta Médica de México*, 1901 pp. 9-11; G. Fajardo-Dolci *et al.*, “El doctor José Terrés y su tiempo”, *Revista*

La amenaza de la ceguera

La oftalmia purulenta de los niños recién nacidos estaba considerada en México como un severo problema de salud pública. En la década de 1870, uno de cada tres capitalinos habían perdido la vista a consecuencia de este padecimiento y la mayoría de ellos eran pobres y de escasos recursos. La prevalencia de esta enfermedad oscilaba, según diferentes autores, entre cuatro y 19 por ciento.

En los casos más graves, los niños la adquirirían durante el parto, a partir de sus madres que padecían blenorragia. La “temible blenorragia”, causada por el gonococo, era padecida por no pocas mujeres, contagiadas por sus parejas sexuales.²⁷

La enfermedad era muy aguda y se caracterizaba por la presencia de “hinchazón” y escurrimiento de pus en los ojos, fiebre y convulsiones en los casos más graves. Si no se efectuaba con prontitud un diagnóstico y se comenzaba el tratamiento, el mal avanzaba rápidamente y conducía a opacidades corneales y perforaciones en el ojo.

Demandaba del médico una rápida capacidad de respuesta, destreza y minuciosos conocimientos anatómicos para emplear instrumental especializado sobre los pequeños ojos de los niños y poseer el arte suficiente para aplicar medicamentos mucho más “rudos” o agresivos de los que se usan en la actualidad.²⁸ Se empleaban cauterizaciones con una solución acuosa de nitrato de plata, y derivados yodados como el yodoformo o la tintura de yodo diluida en agua

Médica del Hospital General de México, S.S., 1999, pp. 219-225; G. Mendizabal, “Farmacología, terapéutica y farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga”, *Gaceta Médica de México*, 1912, pp. 49-104; E. Liceaga, “Terapéutica...”.

27 E. Graue, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos”, 1897, pp. 10-12; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento”, 1881, pp. 4-6 y 9-11; R. Villafuerte, “La profilaxia de la oftalmia purulenta de los recién nacidos”, 1902, pp. 5-7; J. J. Izquierdo, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmia purulenta del recién nacido”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, 1918, p. 5; J. Christian, “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la Ciudad de México, 1870-1928”, en C. Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, 2008.

28 E. Graue, “Oftalmia purulenta...”, pp. 15-16; E. Uribe, “Breves consideraciones sobre la oftalmia purulenta y su tratamiento”, 1905, pp. 8-9.

de laurel cerezo, como la usaba el profesor Ricardo Vértiz Berruecos (1848-1888) en el Instituto Valdivieso.²⁹ Sin embargo, estaba claro, dada la dimensión de la enfermedad, así como la situación política, social y cultural prevaleciente en nuestro país, que sólo unas cuantas familias capitalinas podían tener acceso a la atención de un médico especialista.³⁰

Esta enfermedad también demostró una faceta poderosa y eficaz de la terapéutica: la efectiva respuesta que tenía la aplicación de protocolos sistemáticos y uniformes en los cuneros de los hospitales. El berlinés Carl Siegmund Franz Credé (1819-1892), investigador y obstetra de la Maternidad de Leipzig, “sistematizó en 1880 el uso del nitrato de plata a todos los niños recién nacidos y sentó las bases para dar uniformidad en las maternidades a la profilaxis de las infecciones oculares de los niños”.³¹ Su protocolo de trabajo pronto se aplicó en otros países europeos y en el resto del mundo, logrando disminuir sensiblemente las prevalencias regionales de la enfermedad en cada país.

En México, los facultativos tuvieron su propia dinámica de investigación farmacológica y bacteriológica. Se destacaron por la búsqueda de una terapéutica más segura, más “amigable” y más efectiva para los niños. Los medicamentos “cáusticos”, como el nitrato de plata, solían producir mucho dolor en los pequeños, sobre todo cuando no eran adecuadamente utilizados. Se emplearon medicamentos más tolerables, por ejemplo, el protargol. Se buscó también la presencia de otras bacterias causales que explicaran los fracasos terapéuticos en algunos casos. Siendo una enfermedad evitable, era motivo de preocupación tanto de oftalmólogos como

29 Hoy Hospital de Nuestra Señora de la Luz, fue inaugurado en 1876 y constituyó el primer centro de investigación y atención clínica de su género en México y América Latina

30 R. Villafuerte, “La profilaxis de la oftalmia...”, 1902, pp. 5 y 26; E. Uribe, “Breves consideraciones sobre la oftalmia...”, p. 12; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta...”, pp. 4-6 y 16-21; J. Lozano Alcázar, “El primer hospital oftalmológico de México”, *Cirugía y Cirujanos*, 2002, pp. 124-128; J. Christian, “Educación especial y ciencias...”; R. Neri Vela, “La oftalmología en el México del siglo XIX”, 2001, pp. 26-27.

31 C. R. del Castillo, “La atención médica...”, p. 156. La información se completa y amplía en P. M. Dunn, “Dr. Carl Credé (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum”, *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, 2000.

de parteros, y generó grandes campañas tanto educativas como de difusión pública.³²

Hacia una nueva era en la terapéutica

La difteria era considerada como una enfermedad pediátrica ya que afectaba con mucha mayor frecuencia a los niños de dos a ocho años de edad. Sus casos mas graves eran sumamente agudos y se caracterizaban por fiebre, ataque al estado general y por la aparición de unas placas blanquecinas de consistencia plástica que obstruían la faringe y la laringe. Se inflamaban los ganglios cervicales y se liberaba una toxina que afectaba gravemente la víscera cardiaca y el sistema nervioso, sobre todo.³³

Una presentación clínica muy temida por los médicos y la sociedad de la época era el “garrotillo” o “aterrador cuadro del *croup*” en el que los niños “sucumbían” después de un terrible sufrimiento provocado por la asfixia, ante la impotencia de sus padres y del profesional de la medicina, quedando muy pocas probabilidades de sobrevivencia para el pequeño.³⁴

Era más frecuente en los niños que vivían debilitados por otros padecimientos, como el sarampión, la escarlatina o la viruela, y que vivían en familias hacinadas, en lugares fríos, bajos y húmedos que favorecían la presentación de la enfermedad.³⁵

32 J. de J. González, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, 1919, pp. 1-12; N. Guerola, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos. Bacteriología y tratamiento”, 1900, p. 13; R. Vértiz Berruecos, “La oftalmia purulenta...”, pp. 16-21.

33 F. Rilliet y A. E. Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1843, p. 301; C. M. Billard, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, 1837, p. 522; R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 100.

34 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 100; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades...*, p. 99; J. Cuevas, “Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup”, 1890, p. 11.

35 L. E. Ruiz, *Tratado elemental de higiene*, 1904, p. 367; J. Cosío, L. E. Ruíz y M. Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 23-25, 30 y 32.

De acuerdo con la mayoría de las fuentes consultadas, la enfermedad hizo su aparición en México en 1862, traída por las tropas galas durante la Invasión Francesa, expandiéndose en territorio nacional. Entre los primeros médicos que la detectaron y atendieron en nuestro país destacaron Rafael Lucio, Miguel Francisco Jiménez, Luis Hidalgo y Carpio, Manuel Carmona y Valle, José María Bandera y Juan María Rodríguez, entre otros. Los maestros mexicanos de la clínica conocían muy bien los trabajos de Pierre Fidele Philippe Bretonneau (1778-1862) y de su “adelantado discípulo” Armand Trousseau (1801-1867), quienes clasificaron y bautizaron, entre 1826 y 1855, este padecimiento con el nombre de “difteria” (por el parecido de sus placas obstructivas con el cuero).³⁶

Los niños mexicanos enfermos demandaban mucha habilidad por parte del terapeuta durante el tratamiento local de las lesiones. Se buscaba resolver el problema retirando los obstáculos para que los pequeños pudieran respirar y, al mismo tiempo, tratarlos con la mayor gentileza posible en las maniobras que eran dolorosas y difíciles: aplicación de “embrocaciones” irritantes y corrosivas, a base de amoniaco y ácido clorhídrico o salicílico, o bien, agua oxigenada y agentes azufrados que se combinaban con sustancias más “amigables”, como los balsámicos, el alcanfor, los aceites y la miel en la faringe o laringe de los pacientes. Sin duda, un mundo hostil para el niño y su familia, que exigía en el médico una respuesta y una actitud muy peculiar, conciliatoria y a la vez resolutive. La realización de un *tubage* o intubación de la tráquea, o llevar a cabo una traqueotomía para resolver la asfixia, exigía mucha pericia y un alto

36 P. C. English, “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine”, *Pediatrics*, 1985, pp. 1-9; G. Mendizábal, “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México”, *Gaceta Médica de México*, 1904, pp. 263-271; J. Gayón, “¿La difteria vino a México con el ejército francés?”, *Gaceta Médica de México*, 1892, pp. 50-54; J. Álvarez Amézquita et al., *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 1960, pp. 275-276; G. Villete, “Una observación de diphteritis traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villete”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico (sic)*, 1837, pp. 338-340; J. González Vázquez, “¿Es grave por sí misma la traqueotomía?”, 1873, pp. 11-20.

nivel de comunicación con la familia, que en muchos casos se resistía a estos procedimientos.³⁷

El tratamiento de la difteria sufrió un parteaguas con la introducción del suero antidiftérico, que representó un símbolo sin parangón en la historia de la terapéutica infantil: una nueva era mucho más resolutiva y curativa. En el ciclo de la investigación clínica y bacteriológica de la difteria —abierto con Bretonnaeu en 1826 y cerrado por Emil von Behring (1854-1917) en 1890 con el descubrimiento de la antitoxina—, se pasó del reino de la superstición, el mito, la especulación y el temor, a un mundo de esperanza, certeza y confianza en la ciencia. En 1901, Berhing fue galardonado con el primer Premio Nobel y en 1910, la Universidad Nacional de México le otorgó el grado de *doctor honoris causa*, en representación de la niñez mexicana.³⁸

Sin embargo, la realidad mostraba que esta nueva terapéutica se encontraba aún muy lejana para la gran mayoría de niños mexicanos. El alto costo de las importaciones y la exigua producción nacional impedían que muchos pacientes se vieran beneficiados. De ello estaban conscientes las autoridades sanitarias, como el profesor Ángel Gaviño (1855-1921), director del Instituto Bacteriológico Nacional en 1907, quien expresaba su esperanza de que “llegaría el día en que esta institución pudiera producir cantidades abundantes y de buena calidad”.³⁹ Mientras tanto, los pequeños debían conformarse con las antiguas y tradicionales medidas terapéuticas.

A pesar de todo, la terapéutica inmunológica y el perfeccionamiento de viejos procedimientos, como el *tubage*, empezaron a trans-

37 R. Macouzet, *Arte de criar...*, p. 104; J. Cuevas, “Breves consideraciones sobre la etiología...”, pp. 25-29; F. Rilliet y A. E. Barthez, *Traité clinique et pratique...*, p. 308; E. Bouchut, *Manual práctico de enfermedades...*, p. 1060.

38 G. Mendizábal, “Clínica interna...”; G. Gachelin, “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institute Pasteur (1888-1900): the role of a supranational network of microbiologist”, *Dynamis*, 2007, pp. 45-62; A. Hüntelmann, “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle* Germany”, *Dynamis*, 2007, pp. 107-131; E. Rodríguez-Ocaña, “La producción social de la novedad. El suero antidiftérico: ‘nuncio de la nueva medicina’”, *Dynamis*, 2007, pp. 33-44; *La Universidad Nacional de México 1910*, 1990, pp. 157-160.

39 *Apud* C. Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana*, 2007, p. 63.

formar la medicina infantil en una práctica más segura y “amigable”. Se convirtieron en asuntos de interés y preocupación, y fueron incorporados a los nuevos planes de estudio en los cursos clínicos de medicina infantil de la carrera de médico-cirujano de la Escuela Nacional de Medicina, en el cambio de siglo XIX al XX.⁴⁰

La enfermedad también iba a la escuela

A principios del siglo XX, los obstáculos y los retos educativos en nuestro país eran gigantescos. El analfabetismo alcanzó, en 1910, 84 por ciento de la población; sólo asistían a la escuela 23 por ciento de los niños en edad escolar y, de éstos, únicamente 57 por ciento de los inscritos acudían en forma regular a sus clases.⁴¹

¿Las razones de esta situación? Existían diferentes factores, como la multiétnicidad, el hecho de que un gran porcentaje de familias eran rurales, la numerosa población indígena no hispanoparlante de algunas zonas del país y la pobreza urbana, que dejaba a cientos de niños sin posibilidades de asistir a la escuela y los obligaba “a ocupar los talleres artesanales, las fábricas y las calles de la ciudad, como una estrategia de supervivencia de sus familias”.⁴²

Existían también otras poderosas razones que impedían la presencia de los menores en los centros escolares o dificultaban su aprendizaje: las enfermedades. En el mes de julio de 1896 se creó la Dirección General de Instrucción Primaria del Distrito Federal y Territorios. Su Servicio de Higiene Escolar fue un amplio proyecto sanitario del Porfiriato tardío. Implicó el establecimiento de servicios

40 AHENM, Antiguo Palacio de Medicina, legajo 198, exp. 1, fs. 100, 101 y 102, Programa de estudios del curso de pediatría quirúrgica diseñado por Roque Macouzet en 1911.

41 C. Alvear Acevedo, *La educación y la ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, 1978, p. 175. Cfr. A. Pani, *La instrucción rudimentaria en la República*, 1912, pp. 9-14.

42 S. Sosenski, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 2003, pp. 45-79; *idem*, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, 2010, pp. 1229-1280; D. Guerrero, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920”, en A. Mayer (coord.), *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, 2007, pp. 121-147; M. Bazant, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, 2006, pp. 15-52.

médicos preventivos y asistenciales permanentes para los 50000 alumnos de las 325 escuelas oficiales de la Ciudad de México en esa época. Una lectura de los *Anales de Higiene Escolar*, su órgano de difusión, nos lleva a pensar que una de las principales metas que perseguía este proyecto era disminuir la gran inasistencia de los niños a la escuela, imprimiendo “disciplina y vigor” en sus cuerpos y mentes, y abatiendo el índice de enfermedades que, de alguna manera, les impedían ir al colegio y minaban su capacidad de aprendizaje y atención.

Los procedimientos médico-sanitarios de aislamiento y desinfección jugaron un papel preponderante en la Inspección Médica, y las epidemias que se sucedieron en esa época, como la de escarlatina en 1908-1909, pesaron en las decisiones de los facultativos en cuanto al aislamiento y separación de muchos alumnos. De los cerca de 30000 niños que fueron revisados por los médicos inspectores en 1909-1910, estaban enfermos 30.5 por ciento; es decir, uno de cada tres niños. Se detectó anemia en 22.2 por ciento. Asimismo, estaban infestados de parásitos, tanto en el cuerpo como en el cabello: 13.5 por ciento tenían pediculosis o piojos; 12.6 por ciento, tiñas, y 2.5 por ciento, sarna. Tenía caries dental 18 por ciento, y disminución de la agudeza visual, 26.8 por ciento, con las consecuencias sobre el aprendizaje correspondientes.⁴³

El papel desempeñado por las enfermedades contagiosas en los niños generó acciones que tuvieron un carácter prioritario y federal, debido al gran temor social que causaban estos padecimientos y que sufrían, principalmente, aquellos que procedían de las clases populares.

43 L. E. Ruiz, “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias”, *Gaceta Médica de México*, 1897, pp. 568-571; M. Uribe y Troncoso, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909”, *Anales de Higiene Escolar*, 1911, pp. 5-39; A. M. Carrillo, “El inicio de la higiene escolar en México. Congreso Higiénico-Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, 1999, pp. 71-74; *idem*, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La Inspección Médica Escolar (1896-1913)”, en L. Cházaro y R. Estrada (eds.), *El Umbral de los Cuerpos*, 2005, pp. 171-209; A. C. Rodríguez de Romo, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos de la Asociación Médica del Hospital ABC*, 2005, pp. 184-190.

A guisa de ejemplo, presentamos a continuación los casos de dos enfermedades que impactaron a la población en edad escolar de nuestra capital de esa época.

1908: UN BROTE MUY INUSUAL

La escarlatina era considerada en el siglo XIX como la segunda fiebre exantemática en importancia, después del sarampión. En los últimos decenios del siglo se consideraba poco frecuente en el país y algunos autores pensaban que “se avenía poco con la raza latina”, ya que mientras “en Londres morían anualmente 6000 personas”, en la Ciudad de México se tenían ya varios años con ocho a 10 defunciones.⁴⁴ En nuestro país, la sufrían principalmente los niños de dos a 10 años. Los casos clínicos variaban en su presentación en cada niño, con evoluciones impredecibles, por lo que la mayoría de los médicos tomaban sus precauciones y recomendaban un reposo prolongado en cama, evitando lo más posible el contacto con el exterior.

Había casos muy leves, pero muchos otros cursaban con invasión brusca, fiebre elevada y dolor de cabeza. La erupción se acompañaba de anginas muy dolorosas, enrojecimiento de la lengua con inflamación de las papilas, y crecimiento muy doloroso de los ganglios submaxilares. Los casos más graves se caracterizaban, en ocasiones, por ausencia de erupción e incluso de fiebre, o ésta podía ser severa y rebelde al tratamiento, complicándose con otitis supurativa, bronconeumonías, “ataques” de uremia, convulsiones y un estado comatoso. Muchas veces tenían una evolución fatal o se complicaban con nefritis en algunos niños propensos.

En el tratamiento se usaban mucho los baños terapéuticos, las revulsiones ligeras con líquidos irritantes como el amoniaco o los “cataplasmas sinapizados” a base de papillas de harina de mostaza negra. El pequeño era alimentado únicamente a base de dietas de

44 D. Orvañanos, *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*, 1889, p. 179. Véase también, del mismo autor, “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina”, *Gaceta Médica de México*, 1909, pp. 628-633.

leche. Para la inflamación faríngea se usaban mucho gargarismos o toques de ácido salicílico, clorato de potasa, ácido bórico y agua oxigenada.

Las epidemias de escarlatina habían sido poco frecuentes en la capital del país. La más mortífera fue en 1898, en la que fallecieron 378 niños. Sin embargo, en 1908 se inició un brote muy inusual. Para fines de ese año habían muerto ya 980 niños, casi el triple que en 1898. El 21 de febrero de 1909 los casos mortales llegaron a la increíble cifra de 1691, causando una gran inquietud y preocupación entre médicos y familias. Muchos llegaron a comparar el poder devastador de esta epidemia con el del “cólera chico” (1853) y aun con el del “cólera grande” (1833). Hubo varias familias capitalinas que habían perdido a todos sus hijos durante esta epidemia. Algunos casos mortales fueron detectados en las escuelas. Se llegó a pensar en la posibilidad de cerrar las escuelas de 60 a 70 días con el afán de contener el brote. Finalmente, el número de casos comenzó a descender. Los profesionales de la salud se preguntaban las razones de la severidad inusual que caracterizó a esa epidemia y la “malignidad” de las presentaciones clínicas de muchos niños. Los argumentos preferidos fueron los vientos excepcionales con sus gigantescas polvaredas típicas de esa temporada en la capital, y la falta de lluvias, con la consecuente y atípica sequedad del medio ambiente en muchas zonas de la gran urbe. La escarlatina, a pesar de que presentaba una relación con el hacinamiento y el aglutinamiento de las familias, no tenía connotaciones socioculturales tan claras como la difteria, la tuberculosis o la tiña.

El temor y la presión social condujeron a la generación de normas y acciones institucionales prioritarias. En 1912, se publicó la *Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas*, editada por la Inspección General de Higiene del ramo de Instrucción Pública del Distrito Federal, un documento donde estaban las normas, los lineamientos y las acciones a seguir por médicos y profesores ante la presencia de enfermedades infectocontagiosas en sus alumnos. Fue un instructivo

obligatorio en el Distrito Federal y los territorios federales, y surgió a consecuencia de una epidemia memorable.⁴⁵

UN TRATAMIENTO INNOVADOR

En esa época, la tiña era una enfermedad transmisible detectada con frecuencia en los colegios. Sus “progresos eran alarmantes” ya que se propagaba con rapidez en las poblaciones escolares, motivando la preocupación de las autoridades. Fue un símbolo del encasillamiento y la discriminación de origen social, pero también de la búsqueda de nuevas terapéuticas más audaces y efectivas.

Un análisis de la tiña como problema de salud nos muestra el carácter clasista y estigmatizante que se llegaba a mostrar entre los médicos y la sociedad. Se trataba de una enfermedad infantil con una alta prevalencia. Cuando menos, uno de cada 10 niños capitalinos la padecía y, como ya vimos, la mayoría de ellos vivían hacinados con sus familias en pequeñas, húmedas y oscuras habitaciones.

Las variedades más comunes en las escuelas se caracterizaban por presentar zonas escamosas en algunas áreas de la cabeza con caída del cabello (“tonsuras”). Algunos casos eran asociados a la tuberculosis.

El hecho de que algunos animales como aves de corral, perros, gatos, caballos y roedores, especialmente en las zonas rurales o suburbanas, eran considerados como transmisores de la enfermedad, contribuía a la discriminación y el rechazo de la población urbana hacia los niños que procedían del campo o sus cercanías.⁴⁶

La tiña era una enfermedad difícil de curar. El profesor Ricardo Cicero (1869-1938), experto en dermatología, trabajó con los niños enfermos de padecimientos dérmicos en el Dispensario de la Beneficencia Pública y en la Inspección Escolar. Él pensaba que “feliz había

45 R. Macouzet, *Arte de criar...*, pp. 142-147; D. Orvañanos, *Ensayo de geografía...*, pp. 179-182; *idem*, “Algunas observaciones...”; C. Sánchez Mejía, “La reacción de Dick, 2270 observaciones personales en la Ciudad de México”, 1926, pp. 9-13.

46 M. Uribe y Troncoso, “Informe de los trabajos...”, pp. 5-36 y 37-39; L. E. Ruiz, *Tratado elemental...*, p. 362.

de considerarse el médico si al cabo de un año habría triunfado de la enfermedad con paciencia y dedicación suficientes, docilidad por parte de los niños y constancia, confianza, y resignación por parte de los padres”.⁴⁷ Había casos en los que había que esperar incluso a que el niño llegara a la pubertad para considerarlo curado.

Esto motivó a Cicero a buscar nuevos métodos terapéuticos, más audaces, pero no necesariamente libres de efectos contraproducentes, en ocasiones severos, que combinaban la pedagogía con la medicina. Tal fue el caso de las radiaciones ionizantes, utilizadas desde hacia algunos años en niños parisinos por Raymond Saboureaud (1864-1938), investigador y docente del Instituto Pasteur. Los rayos X, de reciente descubrimiento, fueron aplicados en muchos niños mexicanos que padecían la enfermedad en la Escuela Francisco Xavier Balmis para niños con tiña, en la Ciudad de México. La idea era curar la tiña por medio de la depilación causada por las radiaciones. El proyecto terapéutico se inició el 2 de enero de 1911. Hubo grandes inversiones en infraestructura inmobiliaria y en equipo tecnológico y pedagógico. Este experimento fue impactante y marcó el inicio de una nueva forma de relacionarse con la enfermedad. No duró mucho. Factores externos, como la Primera Guerra Mundial, e internos, como la Revolución Mexicana, impidieron continuar con este proyecto e impulsaron a los dermatólogos mexicanos a cambiar de estrategia.

REFLEXIONES FINALES

No existen enfermedades sin un entorno social, cultural y económico que les dé sustento. Un buen indicador para conocer la calidad de

47 R. Cicero, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [primera y segunda partes]”, *Gaceta Médica de México*, 1909, p. 501; M. Uribe y Troncoso, “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Tiñosos de París y de algunas cuestiones relativas a la antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, 1912, pp. 211-218; R. Saboureaud, “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l’Institut Pasteur*, 1938, pp. 345-350; P. Roger, “Deux médecins-deux sculpteurs, Paul Richer et Raymond Saboureaud”, 1947, p. 58.

vida que tenían las familias de la ciudad lo constituyen el tipo de enfermedades detectadas cotidianamente en los miles de niños que habitaban la capital mexicana en la época analizada. El conjunto de estos padecimientos retrata la polaridad social, la pobreza, el hacinamiento, la mala alimentación, la exposición al frío y la humedad, en las que vivía un numeroso sector de la población.

Los tratamientos con aparatos sofisticados, nuevas drogas, agentes biológicos y el uso de agentes muy diferentes a los tradicionalmente usados, como lo eran las radiaciones ionizantes o la novedosa terapia inmunológica, hubieran sido impensables apenas unos años atrás. Estos avances representaron el despertar de una nueva medicina, signo de una nueva era científica, más audaz y moderna, que se aproximaba, pero ciertamente más alejada de la “fuerza medicatriz”, esa poderosa propiedad natural del organismo humano que le permite recuperarse por sí mismo de un estado de salud roto por la enfermedad y que era “una vieja amiga y aliada” con la que por siglos habían contado incondicionalmente paciente y médico, como su espacio de apoyo y reflexión.

El análisis histórico de la atención médica brindada a la infancia es un poderoso instrumento que nos da un panorama de la salud individual y colectiva, de la calidad de vida de los pequeños y sus familias, y nos permite reflexionar acerca de los límites, alcances y logros de un sistema de salud, un gobierno y una sociedad. El estado de bienestar de la niñez es un indicador implacable que nos refiere a la injusticia e inequidad que pueden caracterizar a un colectivo humano.

REFERENCIAS

Álvarez Amézquita, José, Miguel B. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, t. I, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.

Alvear Acevedo, Carlos, *La educación y la ley. La legislación en materia educativa en el México independiente*, México, Jus, 1978.

- Arroyo Ávila, Pedro, “La tuberculosis de la infancia en México”, tesis para examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Escuela Tipográfica Salesiana, 1923.
- Barrier, Françoise Marguerite, *Traité pratique des maladies de l'enfance fondé sur nombreuses observations cliniques*, París, F. Chamerot, 1861.
- Bazant, Milada, *Historia de la educación durante el Porfiriato*, México, El Colmex, 2006.
- Bernáldez, Francisco de Paula, “Breves consideraciones sobre la tuberculosis en la infancia”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de C. Berrueco Hnos., 1883.
- Billard, Charles-Michel, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, París, J. B. Bailliere, Libraire de l'Academie Royale de Médecine, 1837.
- Bouchut, Eugene, *Manual práctico de enfermedades de los recién nacidos y niños de pecho y los de la segunda infancia*, trad. de J. G. Hidalgo, Madrid, Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere, Saturnino Calleja, 1889.
- Bustamante, Miguel E., “Observación sobre la mortalidad general en México, 1922-1969”, *Gaceta Médica de México*, vol. 103, núm. 1, 1972, pp. 47-56.
- Cahuich Campos, Martha y Alberto del Castillo (coords.), *Conceptos, imágenes y representaciones de la salud y la enfermedad en México, siglos XIX y XX*, México, ENAH, 2006.
- Carrillo, Ana María, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños, la Inspección Médica Escolar (1896-1913)”, en Laura Cházaro y Rosalina Estrada (eds.), *El umbral de los cuerpos*, El Colmich/BUAP, 2005, pp. 171-209.
- Carrillo, Ana María, “El inicio de la higiene escolar en México; Congreso Higiénico Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, vol. 66, núm. 2, marzo-abril, 1999, pp. 71-74.
- Carrillo, Rafael, “Demografía. La mortalidad infantil de 0-1 años en la Ciudad de México y sus principales causas climatológicas”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, 3.^a serie, núm. 12, 31 diciembre, 1909, pp. 826-845.

- Castañeda de Infante, Carmen (coord.), *Catálogo de las tesis de medicina del siglo XX*, México, UNAM, 1999.
- Castañeda de Infante, Carmen (coord.), *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, México, UNAM, 1988.
- Castillo, Carlos R. del, “La atención médica y los cuidados del infante en la Ciudad de México (1880-1915)”, tesis de maestría en Historia, México, UNAM, 2013.
- Christian, Jullian, “Educación especial y ciencias médicas frente a la ceguera en la Ciudad de México, 1870-1928”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM/BUAP, 2008, pp. 43-70.
- Cicero, Ricardo, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [primera parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 7, 31 de julio, 1909, pp. 499-510.
- Cicero, Ricardo, “Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos x [segunda parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 8, 31 de agosto, 1909, pp. 513-517.
- Contreras, Crisóforo, “Algunas consideraciones sobre la infección intestinal aguda en la primera infancia”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, F. Laso y Compañía, Impresores, 1902.
- Cooper, Donald, *Las epidemias en la Ciudad de México, 1761-1813*, México, IMSS, 1992.
- Cosío, Joaquín G., “Leche garantizada”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm.7, 7 de julio, 1909, pp. 536-543.
- Cosío, Joaquín G., “The prevention of the tuberculosis in the primary schools”, *Public Health Papers and Reports*, 1907, pp. 1-12. AHSSA, “Salubridad pública, congresos y convenciones”, caja 8, exp. 4.
- Cosío, Joaquín G., Luis E. Ruíz y Manuel Uribe y Troncoso, “Cartilla de los primeros síntomas de las enfermedades transmisibles que pueden encontrarse en las escuelas y principales medidas que deben adoptarse para prevenirlas”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 3, 1912, pp. 1-43.
- Cuevas Cardona, Consuelo, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana*, vol. VII, núm.1, julio-septiembre, 2007, pp. 53-89.

- Cuevas, José, “Breves consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del crup”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta del Gobierno en el Exarzobispado, 1890.
- Duun, Peter M., “Dr. Carl Credé (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum”, *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, vol. 83, núm. 2, 2000, pp.158-159.
- English, Peter C., “Diphtheria and theories of infectious disease: centennial appreciation of the critical role of diphtheria in the history of medicine”, *Pediatrics*, vol. 76, núm. 1, 1985, pp. 1-9.
- Fajardo-Dolci, Germán, Claudia Becerra Palars, Claudia Garrido y Eduardo de Anda Becerril, “El doctor José Terrés y su tiempo”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 62, núm.3, julio-septiembre, 1999, pp. 219-225.
- Fernández Ortigoza, Ignacio, “Apuntes sobre la alimentación de la primera edad”, tesis para el examen profesional de medicina, cirugía y obstetricia, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1884.
- Flores y Troncoso, Francisco, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, t. III, con una advertencia de Juan Somolinos Palencia, México, IMSS, 1992 [ed. facsimilar de la de 1886].
- Franco y Cortés, Eduardo, “Higiene infantil. Consejos y reglas para el destete y la alimentación de la segunda infancia”, tesis, México, Escuela Nacional de Medicina, 1908.
- Gachelin, Gabriel, “The designing of anti-diphtheria serotherapy at the Institut Pasteur (1888-1900): the role of a supranational network of microbiologists”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 45-62.
- Garduño, Ramón E., “Tratamiento de las formas clínicas de la diarrea infantil”, tesis inaugural para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de A. L. Parra, 1904.
- Gayón, José, “¿La difteria vino a México con el ejército francés?”, *Gaceta Médica de México*, t. XXVIII, 15 de julio, 1892, pp. 50-54.
- González Vázquez, Jesús, “¿Es grave por sí misma la traqueotomía?”, tesis para el examen profesional de Medicina y Cirugía, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1873.

- González, José de Jesús, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos y la responsabilidad de las profesoras de obstetricia”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, núm. 5, marzo, 1919, pp. 1-12.
- Graue, Enrique, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Tipográfica y Litográfica “La Europea” de Fernando Camacho, 1897.
- Guerola, Nicolás, “Oftalmia purulenta de los recién nacidos, bacteriología y tratamiento”, prueba escrita para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta, Litografía y Encuadernación de Irineo Paz, 1900.
- Guerrero, David, “La valoración del trabajo infantil en México, 1910-1920”, en Alicia Mayer (coord.), *México en tres momentos: 1810-1910-2010*, México, UNAM, 2007, pp. 121-147.
- Herrera y Jayme, Mariano, “Algunas consideraciones sobre pediátrica”, tesis inaugural, México, Imprenta y Fotolitografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios, 1881.
- Hüntelmann, Axel, “Diphtheria serum and serotherapy. Development, production and regulation in *fin de siècle*, Germany”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 107-131.
- Izquierdo, José Joaquín, “Un mal grave que puede evitarse. La oftalmia purulenta del recién nacido”, *Publicaciones de la Asociación para Evitar la Ceguera en México*, núm. 1, octubre, 1918, p. 5.
- Kumate Rodríguez, Jesús, “Síntesis histórica 1802”, en Ignacio Ávila Cisneros, Francisco Padrón Puyou, Silvestre Frenk y Mario Rodríguez Pinto (coords.), *Historia de la pediatría en México*, México, FCE, 1997, pp. 9-16.
- La Universidad Nacional de México 1910*, México, UNAM, 1990.
- Lara y Pardo, Luis, “La puericultura en México [primera parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. III, 2.^a serie, núm. 13, julio, 1903, pp. 201-204.
- Lara y Pardo, Luis, “La puericultura en México [segunda parte]”, *Gaceta Médica de México*, t. III, 2.^a serie, núm. 19, octubre, 1903, pp. 275-288.
- Lavista, Rafael, “Estudio sobre la coxalgia principalmente bajo el punto de vista de su terapéutica quirúrgica”, tesis presentada al jurado cali-

- ficador para obtener la plaza de catedrático de Patología Externa, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.
- Liceaga, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.
- Liceaga, Eduardo, “Terapéutica. Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar”, *Gaceta Médica de México*, t. I, núm. 14, 15 de julio, 1901, pp. 175-182.
- Liceaga, Eduardo, “Estadística médica: algunos datos numéricos sobre la tuberculosis en México”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVI, núm.16, 15 de agosto, 1899, pp. 399-405.
- Liceaga, Eduardo, “Resección de la cápsula subperióstica de la articulación coxofemoral seguida de la regeneración del hueso y de conservación de la articulación”, *Anales de la Asociación Larrey*, t. I, núm.1, 1 de enero, 1875.
- Lozano Alcázar, Jaime, “El primer hospital oftalmológico de México”, *Cirugía y Cirujanos*, vol. 70, 2002, pp. 124-128.
- Macouzet, Roque, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, 1910.
- Macouzet, Roque, “El lavado de estómago en los niños”, tesis que presenta al concurso de profesor adjunto de Clínica en Enfermedades de los Niños, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1889.
- Márquez Morfín, Lourdes, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México. El tifo y el cólera (1813 y 1833)*, México, Siglo XXI Editores, 1994.
- Martínez Cortés, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, México, Bristol-Myers Squibb de México, 1993.
- Melo, Nicandro, “Las osteoartritis tuberculosas de los miembros inferiores y su tratamiento”, tesis para examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de la Librería Madrileña, 1896.
- Méndez Luque, Gonzalo, “La Ciudad de México a los ojos de la higiene”, tesis inaugural, México, Imprenta Yllanes Blanco, 1903.

- Mendizábal, Gregorio, “Farmacología, terapéutica y farmacia, revisión de los principales medicamentos en boga”, *Gaceta Médica de México*, t. VII, núm. 2, febrero, 1912, pp. 49-104.
- Mendizábal, Gregorio, “Clínica interna. Algunas consideraciones sobre la difteria en México”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 21, 1 de noviembre, 1904, pp. 263-271.
- Narro Robles, José y Rebeca Ponce de León, “Algunas consideraciones sobre mortalidad infantil en México”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. XXII, núm. 6, 1979, pp. 281-294.
- Narro Robles, José, “Medición de la salud pública y de los servicios de salud”, en Juan Ramón de la Fuente y Roberto Tapia Conyer (coords.), *La medición de la salud a través de indicadores*, México, UNAM/Siglo XXI Editores, 2001, pp. 17-23.
- Narro, Reynaldo, “Infección intestinal en el niño, etiología y tratamiento”, tesis inaugural, México, Tipográfica “El libro diario”, 1898.
- Neri Vela, Rolando, “La oftalmología en el México del siglo XIX”, en Enrique Graue Wiechers (ed.), *XXV Aniversario, Instituto de Oftalmología, Fundación Conde de Valenciana*, México, Composición Editorial Laser, 2001, pp. 26-27.
- Orvañanos, Domingo, “Algunas observaciones acerca de la epidemia actual de escarlatina”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, núm. 9, 30 de septiembre, 1909, pp. 628-633.
- Orvañanos, Domingo, *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*, México, Secretaría de Fomento, 1889.
- Pani, Alberto J., *La instrucción rudimentaria en la República*, México, Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1912.
- Revueltas, Juan N., “Ensayo sobre la clasificación de los purgantes”, tesis inaugural de Farmacéutica, México, 1879.
- Reyes, José María, “Higiene pública. Mortalidad en la niñez”, *Gaceta Médica de México*, t. XIII, núm. 20, 3 de junio, 1878, pp. 377-385.
- Reyes, José María, Gabino Barreda, Luis Hidalgo y Carpio y Gustavo Ruiz y Sandoval, “Congreso Médico de Higiene”, *Gaceta Médica de México*, t. XI, núm. 18, 15 de septiembre, 1876, pp. 379-393.
- Rilliet, Frederic y Antoine Ernest Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, París, Germer Bailliére, 1843.

- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, “La aparición de la infancia: la medicina frente al cuerpo de los niños durante el Porfiriato”, *Anales Médicos. Asociación Médica del Hospital ABC*, vol. 50, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 184-190.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban, “La producción social de la novedad: el suero antidiftérico: ‘nuncio de la nueva medicina’”, *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 33-44.
- Roger, Prioux, “Deux médecins-deux sculpteurs, Paul Richer et Raymond Saboureaud”, tesis, París, Librairie Arnette, 1947, <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5839711r/f2.image.r=SABOUREAUD>>, consultado el 30 de enero, 2019.
- Romero Gámez, Francisco, “Breve estudio sobre las diarreas en los niños”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta de J. Joaquín Terrazas e Hijas, 1896.
- Rubalcava, Enrique, “Algunas consideraciones a propósito del lavado de estómago”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta Poliglota, 1884.
- Rubio, Salvador, “Destete”, tesis para examen profesional de Medicina y Cirugía, México, Industrias Graficas Excelsior, 1929.
- Ruiz, Luis E., *Tratado elemental de higiene*, México, Secretaría de Fomento, 1904.
- Ruiz, Luis E., “Higiene escolar. Inspección médica en las escuelas primarias”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIV, núm. 22, 15 de noviembre, 1897, pp. 568-571.
- Saboureaud, Raymond, “Raymond Saboureaud (1864-1938)”, *Annales de l’Institut Pasteur*, t. 60, núm. 4, 1938, pp. 345-350, <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5839711r/f2.image.r=SABOUREAUD>>, consultado el 30 de enero, 2019.
- Sánchez Mejía, Carlos, “La reacción de Dick, 2270 observaciones personales en la Ciudad de México”, prueba escrita para el examen de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, 1926.
- Santos Vallejo, Felipe, “Contribución al estudio de las diarreas infantiles”, tesis de recepción, México, Universidad Nacional de México, 1918.
- Sosenski, Susana, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)”, *Historia Mexicana*, vol. 60, núm. 2, octubre-diciembre, 2010, pp. 1229-1280.

- Sosenski, Susana, “Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, núm. 26, julio-diciembre, 2003, pp. 45-79.
- Terrés, José, “Terapéutica. Creosota y cacodilato de sosa en la tuberculosis incipiente”, *Gaceta Médica de México*, t. I, núm. 1, 1 de enero, 1901, pp. 9-11.
- Torre Rendón, Judith de la, “La Ciudad de México en los albores del siglo XX. El escenario”, en Pilar Gonzalbo Aizpuru (dir.), Aurelio de los Reyes (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, t. V, México, El Colmex/FCE, 2006, pp. 11-48.
- Troconis y Alcalá, Luis, “Pediatria quirúrgica”, *Gaceta Médica de México*, t. IV, 3.ª serie, núm. 10, 31 de octubre, 1909, pp. 714-726.
- Uribe y Troncoso, Manuel, “Informe rendido por el Dr. Manuel Uribe y Troncoso, jefe del servicio del ramo de Instrucción Pública acerca del dispensario escolar y de la Escuela Especial para Niños Tñosos de París y de algunas cuestiones relativas a antropometría escolar”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 3, enero, 1912, pp. 211-218.
- Uribe y Troncoso, Manuel, “Informe de los trabajos ejecutados por el servicio higiénico escolar desde su reorganización el 1 de julio de 1908 hasta el 31 de julio de 1909”, *Anales de Higiene Escolar*, t. I, núm. 1, julio, 1911, pp. 5-39.
- Uribe, Eduardo, “Breves consideraciones sobre la oftalmia purulenta y su tratamiento”, tesis para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta “La idea del siglo”, 1905.
- Velasco, Ildefonso, “Estudio sobre algunos purgantes indígenas”, tesis para el examen profesional de Medicina y Cirujía, México, Establecimiento Tipográfico Tomás F. Neve, 1869.
- Vértiz Berruecos, Ricardo, “La oftalmia purulenta de los recién nacidos. Su etiología, profilaxia y tratamiento”, tesis de concurso para la plaza de catedrático de Obstetricia, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1881.
- Vértiz Freyria, Ricardo, “La profilaxia del cólera asiático y del cólera infantil”, tesis mecanografiada, México, Escuela Nacional de Medicina, 1913.

- Vilchis Herazo, Leopoldo, “Algunas consideraciones sobre el lavado de estómago”, estudio para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Tipografía Berrueco Hnos., 1887.
- Villafuerte, Ricardo, “La profilaxia de la oftalmia purulenta de los recién nacidos”, prueba escrita para el examen general de Medicina, México, Tipografía y Litografía de Miguel Yllanes Blanco, 1902.
- Villete, Gabriel, “Una observación de diphteritis traqueal (vulgarmente *crup*) referida por el Dr. Villete”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico (sic)*, t. II, 1 de agosto, 1837, pp. 338-340.
- West, Charles, *Leçons sur les maladies des enfants*, París, G. Masson Éditeur, 1881.
- Zertuche, Mariano, “Lactancia artificial, estudio acompañado de los análisis de diversas leches recogidas en establos, expendios y hospitales”, prueba escrita para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, México, Imprenta Universal, D.C., Smith, 1899.