Globethics Repository

Los niños y las enfermedades osteoarticulares entre principios y mediados del siglo XX [Children and musculoskeletal diseases in the early to mid-twentieth century]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Álvarez,Adriana
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-13 05:33:35
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215858

Los niños y las enfermedades osteoarticulares entre principios y mediados del siglo XX

Adriana Álvarez

Investigadora Adjunta de CONICET – Docente de la Universidad Nacional de Mar del Plata – Investigadora del Centro de Estudios Históricos (CEHIS)

acalvarmdp@gmail.com

Resumen

El presente artículo revisa los cambios que han tenido lugar en la conceptualización de la discapacidad infantil en la primera mitad del siglo XX a partir de un enfoque relacional de dos enfermedades que, aunque tuvieron vigencia en dos momentos distintos, comparten el generar dificultades motoras a quienes la padecieron: la tuberculosis ósea, a principios del siglo XX, y la poliomielitis, a mediados de esa centuria.

Palabras clave

Salud infantil, enfermedades osteoarticulares, tuberculosis ósea, poliomielitis.

Children and musculoskeletal diseases in the early to mid-twentieth century

Abstract

This article reviews the changes that have taken place in the conceptualization of child disability in the first half of the twentieth century from a relational approach of two diseases that, even though they prevailed in two in two different moments, share the consequence of generating motor difficulties to those who suffered from them: bone tuberculosis, in early twentieth century, and polio, by the mid-century.

Keywords

Child health, musculoskeletal diseases, bone tuberculosis, polio.

Introducción

Como parte integrante de la historia social, la historia de la salud es un espacio vital para entender dimensiones aún poco estudiadas en nuestro medio, como fueron las interacciones entre los procesos sanitarios y los contextos sociales, culturales, económicos y políticos. En tal sentido, los resultados de esta pesquisa tienen como meta nutrir al grupo de investigaciones que incorporan a la salud y a la enfermedad como dimensiones relevantes de nuestro pasado como sociedad, pero con la singularidad de fijar su mirada en dos patologías de escaso tratamiento historiográfico en el medio académico argentino como son la tuberculosis ósea y la poliomielitis.[1]

Ambas patologías, las cuales aún no han sido objeto de atención por parte de los historiadores argentinos, comparten el provocar consecuencias motoras a quienes la padecieron restando al enfermo capacidad de movimiento. Puesto que las distintas formas de definir esta discapacidad en diferentes momentos históricos condicionó la manera de tratar a los afectados por tuberculosis ósea y por polio, esta presentación tiene como objeto reflexión las formas en las cuales se contextualizaron y atacaron ambas enfermedades.

Desde el plano teórico metodológico, esta propuesta transita en dos niveles: el de la enfermedad y el de la historia de la salud pública, entendiendo a ambos campos íntimamente vinculados entre sí. Esta perspectiva de estudio evitará caer en una concepción biologicista de la enfermedad y avanzar sobre una mirada integral que incluya tanto al poder, al Estado, a la política y a los profesionales de la salud como también a las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas.

Entre la tuberculosis osteoarticular y la polio

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad inflamatoria crónica del esqueleto producida por el *Mycobacterium tuberculosis* cuyo primer foco primario es de origen pulmonar y habitualmente compromete grandes articulaciones: columna vertebral, cadera y rodilla. Aunque a fines del siglo XIX tenía una escasa prevalencia, hacia principios del siglo XX era la única enfermedad que provocaba deformaciones y dificultades motoras en los más pequeños. Así, sobre los afectados por la

[1] La poliomielitis es una enfermedad infecciosa altamente contagiosa causada por el poliovirus, un enterovirus. La mayoría de las infecciones por poliovirus son asintomáticas. Los casos sintomáticos están típicamente caracterizados por dos fases: la primera, una enfermedad febril inespecífica, es seguida (en un pequeño porcentaje de casos) por meningitis aséptica o enfermedad paralítica. La proporción entre casos de infección inaparente y enfermedad paralítica varía entre 100:1 y 1000:1.

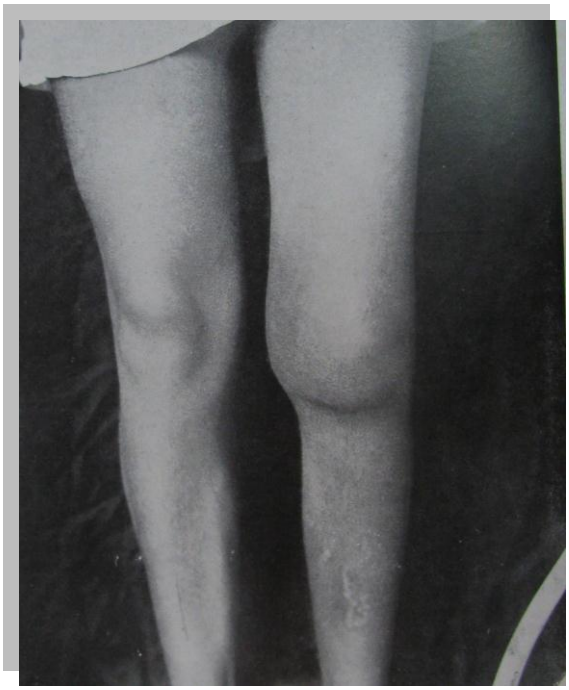


Imagen de rodilla izquierda, afectada de osteoartritis de rodilla. Fuente: Robertson Lavalle Carlos (1938) *Tuberculosis Quirúrgica*. Buenos Aires.

enfermedad pesaban no sólo percepciones asociadas al mal vivir y al ambiente, sino también la de ser seres defectuosos a los que había que regenerar tanto en términos alimentarios y de hábitos higiénicos, como también de regeneramiento óseo articular.

La enfermedad generó preocupación entre los diferentes sectores abocados al cuidado de la salud. A fines del siglo XIX esta patología tuberculosa comenzó a ser observada. Si bien no concitó la misma atención que la pulmonar –la mortalidad tuberculosa pulmonar era la más relevante en valores absolutos (Armus, 2007, p. 24)-, por el hecho de provocar inmovilidad y traer aparejadas consecuencias motoras para quienes la padecían, abrió el camino a especialidades como la fisiología o kinesiología y la cirugía ortopédica.

Estas especialidades alcanzaron su mayor esplendor en el mismo momento en que esta enfermedad fue controlada, debido a que por entonces asomaba otro mal como fue la poliomielitis, que capitalizó lo que hasta entonces se había realizado sobre las dolencias que provocaban deficiencias motoras. En los primeros años del siglo XX se consolidaron nuevas técnicas y procedimientos vinculados a la cirugía ortopédica. Aunque por estos años la cirugía ortopédica dependía -de forma similar a lo que ocurría en el resto del mundo- de la clínica quirúrgica, a medida que se fueron ampliando y perfeccionando los conocimientos de la especialidad y multiplicando los ámbitos quirúrgicos en los que se desarrollaba su acción –en particular en los *Servicios de Cirugía Infantil*, donde la patología ortopédica era más frecuente-, fueron mayores los requerimientos en relación con su enseñanza y ejecución. Se destacaban entre las afecciones con mayor incidencia en la niñez las deformidades congénitas y adquiridas, las osteoartritis (preponderantemente las de etiología bacilar) y otras afecciones ortopédicas de la infancia.

Hasta este momento, los tratamientos de tuberculosis ósea se hacían solo para mejorar el estado general del paciente puesto que aun no se contaba con la quimioterapia ni con los antibióticos. En el método terapéutico clásico -vigente hasta los primeros años de la década del 1910-, si bien se disponía de conocimientos certeros sobre las lesiones anátomo-patológicas de las osteoartritis tuberculosas, el tratamiento era encarado con un criterio unilateral, valiéndose de medios de acción puramente local (Dewhurst, 1973, p. 119). Se ignoraba que, aunque la tuberculosis osteoarticular –según el conocido esquema de Ranke- era una lesión local de tipo ósea, se correspondía con un período secundario del ciclo evolutivo de una afección general como era la tuberculosis pulmonar (Robertson Lavalle, 1926). De este modo, al ser de acción puramente local sobre el foco enfermo, los

procedimientos terapéuticos aplicados desde fines del siglo XIX tenían una acción relativa y poco eficaz: los resultados eran sumamente lentos o bien solo servían para silenciar el proceso osteoarticular de modo tal que acompañaba al enfermo durante gran parte de su vida.

La situación antes descripta motivó a que los médicos del Hospital de Niños buscaran "…obtener por algún medio quirúrgico, seguro y de eficacia constante, mayor prontitud, en la curación de esos procesos..." (Robertson Lavalle, 1938, p.4). De esta manera, y motorizadas también por una serie de innovaciones que se estaban dando en la cirugía ortopédica general, a partir de 1912 las técnicas operatorias utilizadas sufrieron algunas modificaciones impulsadas por la disponibilidad de injertos para las zonas afectadas (Robertson Lavalle, 1915, p.608; 1917, p.113). Se realizaron así las primeras operaciones quirúrgicas que desplazaban la tendencia del método clásico a proceder a la amputación si el tratamiento fallaba en zonas articulares.

La intervención quirúrgica se complementaba también con el tratamiento ortopédico, para lo cual se practicaban largas inmovilizaciones con aparatos de yeso a fin de mejorar los cuadros de tuberculosis y evitar amputaciones. La inmovilización se hacía para el reposo de la articulación afectada y evitar deformaciones durante el tratamiento. A su vez, el tipo de inmovilización variaba según la afección. En los niños afectados por tuberculosis quirúrgica, eran las coxalgias las más frecuentes, siguiéndole en orden de importancia las artritis de la rodilla, mal de Pott, artritis tibio-tarsianas y otras articulaciones mas pequeñas (Memoria del Hospital y Asilo Marítimo [MHAM], 1913, p.45). Para los casos del mal de Pott[2], el tratamiento seguido era el lecho de yeso o corset. El lecho de Lorenz -como se le llamaba- era la inmovilización en cama de yeso o cama dura. También entre los tratamientos ortopédicos utilizados según los casos eran inmovilizaciones prolongadas con yeso, corset, yeso de rodilla, lecho de reclinación (Albarracín Teulón, 1973, p.1371 y sig.)

En general, para toda afección tuberculosa se recurría a la inmovilización como método para el reposo articular. Sin embargo, el tratamiento ortopédico no acortaba en nada el período de la enfermedad, de allí que algunos autores se preocuparon por encontrar en los medios quirúrgicos tal finalidad. En la década del diez tanto en Argentina como en otros países de América Latina alcanzaron difusión los procedimientos de Albee. Esta técnica, era una operación practicada para el tratamiento del mal de Pott y de ciertas escoliosis que tenía por objeto disminuir o imposibilitar los movimientos de las articulaciones aquejadas. En 1911 Albee aportó varios casos de pacientes afectados de enfermedad de Pott tratados con una fusión posterior usando un injerto cortical largo tibial autólogo insertado en las apófisis espinosas (Albee y Kushner, 1938, p. 797). Estas técnicas se difundieron en América Latina en general con algunas modificaciones menores (Cofre Cerda, Arturo; 1944 pp. 483-553).

[2] La enfermedad fue descripta por Pott en 1779. Ésta ataca la columna dorsal y es producida frecuentemente por el bacilo de Koch humano, por contagio interpersonal de la vía área y la colonización vertebral por bacteriemia de un complejo primario pulmonar.

La difusión de las técnicas quirúrgicas, plantearon nuevos interrogantes vinculados a cuándo se debían realizar esas intervenciones. Ello implicó llevar adelante una tarea asociada con los tisiólogos en particular, pues por medio del examen clínico, de la interpretación radiológica del pulmón y del estudio de fórmulas sanguíneas se definía de manera aproximada el estado de infección tuberculosa. A partir de ahí se especificaba si el enfermo estaba o no en condiciones de someterse a una operación. De este modo, se dejó de atacar la enfermedad desde una perspectiva focal, atendiendo exclusivamente a la zona articular afectada, y se la interpretó como parte de una afección mayor que como primer eslabón reconocía la presencia del bacilo en la zona pulmonar. De allí entonces, que en esta etapa también fuera de suma importancia el servicio de rayos X, como complemento indispensable de los tratamientos que se debían realizar previo a la intervención quirúrgica. (MHAM, 1945, p.45).

El complemento del tratamiento ortopédico era la helioterapia que consistía en la exposición al sol de manera dosificada. Si bien en los años anteriores se había realizado a manera de "ensayo", a partir de mediados de la década del diez se comenzó a realizar de manera sistemática y complementada con la práctica de los masajes[3] y gimnasia médica (MHAM, 1913, p. 45).

El baño de mar era visto como un coadyuvante eficaz del aire marino, como sostiene Bouchard no sólo por la concentración de cloruros (siendo el Atlántico después del Mediterráneo el más cargado en sales) sino también por la temperatura propia del agua y el constante oleaje que ejercía una acción oxidante y de masajes sobre los tejidos del cuerpo. Los baños de mar se integraban con baños realizados en piletas donde los niños efectuaban ejercicios. Si bien el agua fría –especialmente la marítima por su alto porcentaje de salinidad- como medio terapéutico no fue una innovación del siglo XIX, desde entonces hubo una puesta en valor de este recurso frente a las consecuencias no deseadas acaecidas con los procesos urbanización como la presencia de enfermedades y de organismos debilitados. En contexto de las propuestas imbuidas de una variada gama de pensamientos tales como el regeneracionista, higienista y eugenésico frente a estos problemas, el mar y al aire marino fueron visualizados como una instancia terapéutica ideal para el tratamiento de la tuberculosis en general y, con esta finalidad, se fundaron establecimientos hospitalarios alejados de los epicentros urbanos y destinados a la internación de niños que padecían de este mal.

El primero de esos establecimientos se radicó en la localidad de Mar del Plata en 1893 por iniciativa de Emilio Coni, uno de los médicos higienistas más reconocidos a nivel internacional. Un año antes, este profesional había propuesto la creación de un Hospicio y Asilo Marítimo en Mar del Plata, a 400 km de la Capital Federal, para establecer una institución que atendiese a los niños débiles

[3] Cecilia Grierson publicó en 1897 *Masaje práctico*, un libro precursor de la técnica kinesiológica. Pese a la inhibición que recaía sobre las profesionales médicas de su género, ejerció la docencia universitaria dictando cursos sobre Gimnasia Médica y Kinesioterapia en la Facultad de Medicina (entre 1904 y 1905). El masaje práctico tuvo amplia difusión y se convirtió en uno de los primeros antecedentes de la kinesiología en lengua castellana y en el más importante de la kinesiología argentina.

atacados de linfatismo[4] y escrofulosis[5] entre otras enfermedades. Coni consideraba que al buen clima del lugar se sumaría la posibilidad de realizar baños de mar como un tratamiento eficaz para los niños convalecientes (Patronato de la Infancia, 1892, p.15). Si bien la propuesta fue desalentada por el Patronato de la Infancia, no sucedió lo mismo con la Sociedad de Beneficencia de la Capital, que inmediatamente puso en marcha el proyecto.



Baños de mar en el Sanatorio Marítimo de Mar del Plata. Primer Sanatorio Latinoamericano destinado al tratamiento de niños con tuberculosis ósea.

Ahora bien, ¿por qué Mar del Plata fue la elegida para crear este Sanatorio Marítimo? La ciudad tenía dos puntos a su favor que la hacían sobresalir del resto. El primero de ellos era el clima, pues el aire que se podía respirar en esta localidad era considerado beneficioso para el tratamiento contra la tuberculosis ya que se creía que la vida al aire libre constituía una de las adquisiciones más sólidas de la terapia antituberculosa.

> "El aire de las grandes ciudades, viciado en exceso, conteniendo abundantes corpúsculos inertes como los del humo, polvo, etc., y vivientes microbios, hongos, semillas, etc., es inadecuado para efectuar una cura óptima de aire; de ahí que haya que recurrir a lugares arbolados o a estaciones

[4] Estado morboso debido al desarrollo excesivo del tejido linfoideo, del timo o tiroides. Generalmente asociado al raquitismo. Capdevila, Casas E. (1947): *Diccionario terminológico de Ciencias Médicas.* Barcelona – Buenos Aires. Salvat Editores.

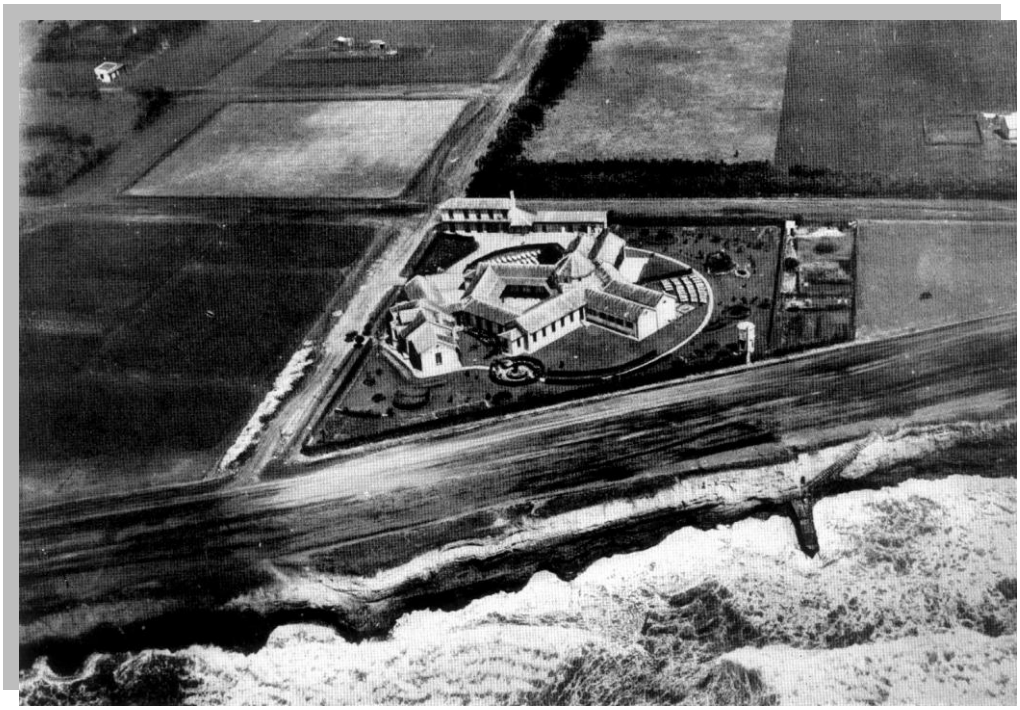
[5] Conjunto de alteraciones de los ganglios linfáticos, de la piel, mucosas, huesos, etc. que reconocen constantemente un origen tuberculoso. Ibidem.

climatológicas, sean éstas de llanura montaña o marítimas" (Diestch, 1934).

El segundo de los puntos sobresalientes era la cercanía al mar y sus playas, las cuales como dijimos eran utilizadas por los niños enfermos para realizar sus baños terapéuticos. Sobre estos se puntualizaba que:

> "Las óptimas condiciones de la playa marina de que se sirve este establecimiento para la balneación de sus asilados, ayudan eficazmente á la aplicación higiénica del tratamiento: ella es límpida, tiene un espeso lecho de arena, presenta una inclinación de suave declive y se halla desprovista e guijarros y cieno". (Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1936)

La institución fue inaugurada el 30 de septiembre de 1893 por la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Contaba con un pabellón destinado a la hidroterapia, como así también con espaciosos y soleados patios para la práctica de la helioterapia y una sala de operaciones, destinada a la cirugía ortopédica.



Solarium del Sanatorio Marítimo

Lo expresado implicó que el concepto de aislamiento cobrara centralidad, puesto que el traslado de los pequeños se justificaba por una doble vía. Por un lado, por el tratamiento propiamente dicho, tal como ha sido detallado en los párrafos anteriores, y por otro en la idea vigente desde el siglo anterior de la necesidad de frenar el contagio protegiendo a niños, jóvenes y personas no enfermas, recluyendo a los pacientes en hospitales y sanatorios por largos períodos. Esto era el resultado de

entender que la dolencia era producto del medio ambiente familiar en el cual estos pequeños se desarrollaban, lo que generaba un ser "anormal" el cual era posible "regenerar" mediante el aislamiento y los tratamientos antes detallados.

El siguiente relato pertenece a Dr. Mamerto Acuña y ejemplifica lo expresado:

> "La tuberculosis se adquiere en la infancia por contagio directo de individuo a individuo. Los niños, hijos de padres tuberculosos nacen sanos pero contraen la enfermedad en el ambiente familiar infectado. Así lo demuestra la experiencia, las necropcias y las reacciones biológicas. El verdadero factor de tuberculosis infantil, es pues, el contagio humano en el seno de la familia; son los productos segregados por el enfermo: orina, heces, pus, etc., y más particularmente los esputos, los vectores del contagio con sus millares de bacilos diseminados en torno suyo. El niño criado en ese ambiente, así expuesto constantemente a ser contaminado, concluye por contraer la afección en un lapso de tiempo que solo pueden retardar sus defensas innatas o adquiridas, pero que, desgraciadamente llega siempre y á menudo demasiado pronto." (Acuña, 1916, p. 603)

Esta visión de la tuberculosis, y en este caso su relación con la infancia, era dominante a fines del siglo XIX y fue este el motor de creencias que generó la aparición del Sanatorio Marítimo.

Este proceso se dio en un contexto médico social cruzado por el pensamiento higienista, el cual se desarrolló entre 1880 y las primeras décadas del siglo XX. Alejandro Khol (2006), enmarca al higienismo como una utopía marcada por la intencionalidad de evitar la enfermedad apelando a un modelo de sociedad deseable y posible donde ella no exista. En ese marco, la niñez ocupó un lugar destacado, pues se trataba de la futura fuerza laboral, la cual debía ser fuerte y saludable. En este sentido, puesto que los pacientes alojados en el Marítimo no poseían esos atributos por sus condiciones físicas precarias, en esta entidad primó la idea de la institucionalización de los niños tuberculosos bajo una concepción que los caratuló como "niños asténicos". Los asténicos eran parte del grupo de los niños considerados como "anormales", en función no sólo de sus posibles deformaciones articulares y sus dificultades de locomoción, sino también por su contextura física, su bajo peso y su debilidad estructural. De allí, la necesidad que en el ambiente médico de la época se veía de intervenir en esos cuerpos para regenerar sus males en un espacio marítimo y lejano a las "fuentes de contagio".

Las visiones antes expresadas, se dieron en el marco del modelo biomédico caracterizado por el individualismo, el reduccionismo y el mecanicismo, orientado a la reparación del daño.

Debido a que la concepción acerca de la salud y de la enfermedad está íntimamente ligada a las diferentes visiones histórico-culturales, a los avances registrados en el conocimiento y en la tecnología médico-científica y muy especialmente a la influencia ejercida por el paradigma médico-biológico prevaleciente en una sociedad, es que a partir de los años veinte se advierten en relación a las enfermedades osteoarticulares ciertos cambios ligados a los avances en la tecnología médica, a la

aparición del modelo médico sanitarista y a la profesionalización de ciertas disciplinas. Estas temáticas que serán abordadas a continuación.

Años treinta

Para entonces, los avances en los tratamientos de la tuberculosis óseas habían experimentado ciertos cambios. Uno de ellos estaba vinculado a la búsqueda de solución a un problema de larga data, que era la lentitud de la helioterapia natural (los rayos solares): debido a las características del litoral marítimo, donde los rayos solares no sólo suelen ser una constante a lo largo del año sino que por el contrario fueron y son frecuentes las lluvias, se planteaba la necesidad de acelerar la evolución de las lesiones hacia la curación –había enfermos que hacía doce años que estaban internados- por medios artificiales de irradiación que coadyuvaran con las condiciones optimas de la atmósfera marina. A partir de esto, se incorporaron aparatos de rayos ultravioletas. Se trataba de una lámpara de cuarzo, cuyas irradiaciones mejoraban la zona afectada (Archivo General de la Nación, Sociedad de Beneficencia [AGN-SB], legajo 96, 1932).

Por esos mismos años se incorporó al tratamiento la radioterapia, un tipo de procedimiento donde se utilizan radiaciones para eliminar las células tumorales. Si bien ésta había sido introducida en España en el año 1906 por Celedonio Calatayud, primer médico español en utilizarla en la lucha contra el cáncer, desde 1922 la Oncología se establece como disciplina la radioterapia, al igual que el resto de las técnicas utilizadas para tratar el cáncer, en este caso se la aplico para los llamados tumores blancos, (Medina Doménech Rosa,1997,pp.221 y sig), como puede observarse en la imagen A.

Ya para los años cuarenta se incorporó el equipo de inductotermia (imagen B) de ondas ultra cortas para aplicar calor en las zonas afectadas. Se trataba de un aparato de fisioterapia o también llamada kinesiología, también llamada kinesiología, la ciencia del tratamiento a través de medios físicos, ejercicio terapéutico y masajes con fines terapéuticos. En relación con esto último es importante remarcar que, si bien los masajes habían sido incorporados desde los inicios en el Sanatorio Marítimo – es decir, mientras estuvo vigente el método clásico – éstos eran realizados tanto por las monjas – que cumplían las funciones de enfermeras – como en algunos casos por los médicos; sin embargo, años más tarde fueron realizados por las enfermeras y no por los kinesiólogos. Esto era el resultado de que esta rama había nacido íntimamente ligada a la enfermería y en ambos campos profesionales la profesionalización estuvo a rezago del dinamismo alcanzado por la profesión médica.

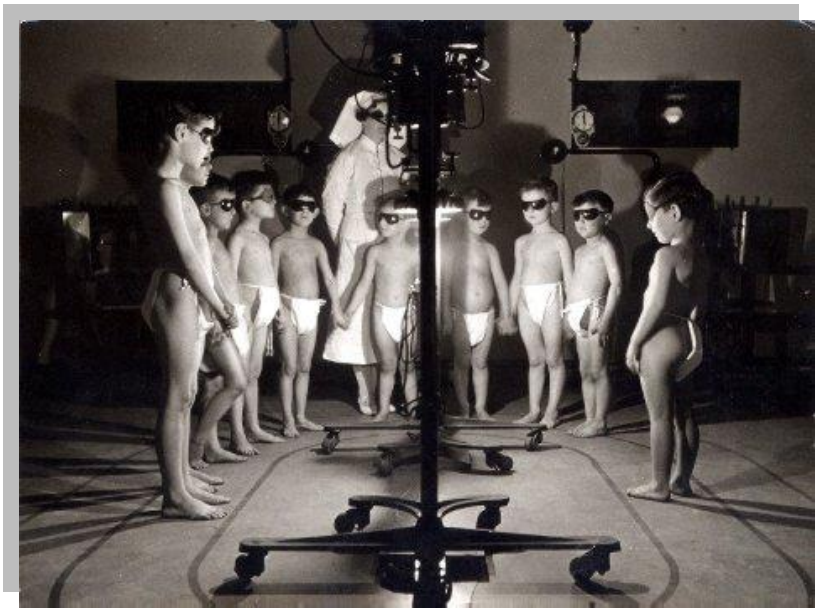


Imagen A. Fuente: AGN-SB (1932) Legajo 96 Exp. 3924.

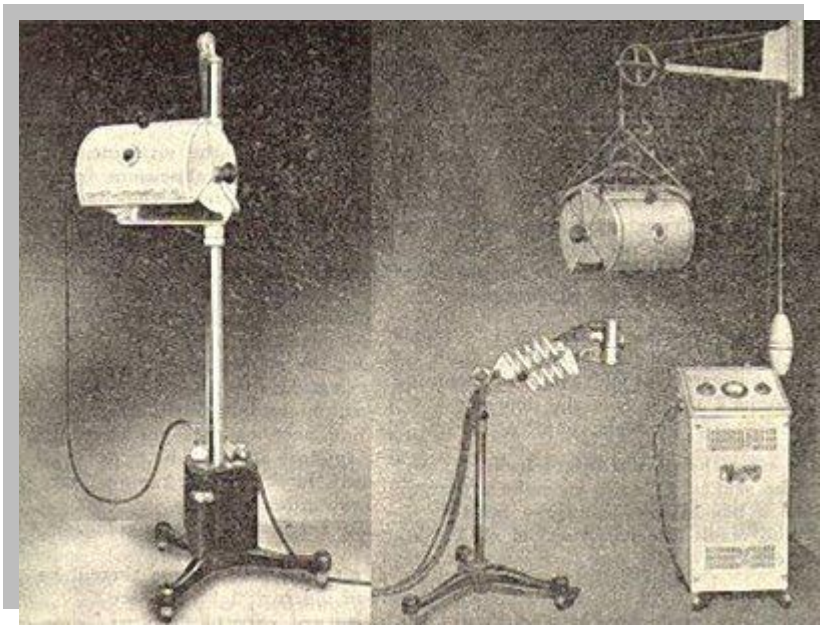


Imagen B. Fuente: AGN-SB (1932) Legajo 96 Exp. 3924.

Sin embargo, desde los años veinte se experimentaron ciertas variantes que cambiarían el rumbo de las muchas de las instituciones destinadas al cuidado de la salud pública. El higienismo fue dejando paso a la vigencia de un nuevo modelo, el sanitarista, que se afianzaría definitivamente entre las décadas del treinta y cuarenta.

El cuadro epidemiológico también experimentaba cambios. La tuberculosis ósea dejaba de ocupar la centralidad como enfermedad que producía trastornos motrices y ese lugar pasaba a ser ocupado por otra dolencia: la poliomielitis, que para la década del treinta se había convertido en una amenaza. Mientras que entre 1932 y 1942 se sumaron 2.425 enfermos, en la antesala del peronismo

(1942 y 1943) se registraron en menos de 12 meses casi la misma cantidad de infectados por el virus que en los diez años anteriores (2.280 casos). Frente al incremento en el número de atacados sumado a que se trataba de una patología que requería de un tratamiento especial, reinó el desconcierto generalizado entre las autoridades sanitarias y gubernamentales (Reggi, 1946). Por ese entonces se recurrió para atacar el mal de la polio a gran parte de las herramientas que se habían difundido gracias a la tuberculosis ósea, entre las que se destacaba la radiología y la fisioterapia.

Sin embargo, a comienzos de la década del cuarenta, entre 1942-1943, se produjo el mayor brote epidémico de poliomielitis que había tenido el país hasta entonces, con cerca de 2000 casos solamente en la Capital Federal. Fue entonces cuando se experimentaron grandes cambios, puesto que al conjunto de técnicas sanitarias que habían tenido vigencia hasta entonces a partir de la tuberculosis ósea, se sumaron las acciones que ortopedistas y traumatólogos brindaban distinguiéndose de las de la clínica quirúrgica. La jerarquización profesional de especializaciones como la ortopedia y la kinesiología fueron en gran medida motorizadas por los brotes poliomielíticos que las pusieron en el centro de la escena.

Ortopedia y kinesiología: del empirismo a la profesionalización

Si bien en nuestro país la ortopedia fue incorporada a los programas de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires durante 1919, creándose oficialmente en 1922 la Cátedra respectiva, esta especialidad no se impuso sino hasta una década más tarde. Posiblemente esto tenga que ver con que fue recién en 1936, y luego de un brote epidémico de polio muy significativo, que un grupo de especialistas en cirugía ortopédica constituyeron la Sociedad Argentina de Cirugía Ortopédica. Asimismo, por los mismos años, en 1934 se fundó la Asociación Médica de Kinesiología a instancias del Dr. Octavio Fernández. Ésta vio fortalecida su presencia en el medio médico local con la aparición de la revista de la entidad "kinesiología" en enero de 1939 y por congresos de la especialidad.

Aunque es claro que la aparición de los brotes de polio jerarquizó tanto la ortopedia como la kinesiología, esto no quiere decir que antes estas disciplinas no tuvieran presencia. Por el contrario, lo que ocurría era que durante la etapa de la tuberculosis osteoarticular los masajes, si bien ocupaban un lugar central de los tratamientos, eran dominados -como ya indicáramos- por el empirismo, en la medida que eran realizados tanto por enfermeras no diplomadas como por religiosas que cubrían esos roles en diferentes establecimientos asistenciales. No se requería certificación de idoneidad al no existir reglamentación del ejercicio de la profesión.

Para entonces tanto la Cruz Roja y la Asistencia Pública formaban cuerpos de enfermeras para los hospitales y se dictaban cursos de primeros auxilios. Aquellos que querían obtener diploma de masajista debían cursar un año más para graduarse como tales en la escuela que funcionaba en dicha

dependencia bajo la dirección de la Dra. Cecilia Grierson. Esta escuela, de la que egresaron enfermeras y masajistas que ocuparon los hospitales municipales, perduró hasta el año 1929 época en que el Director de la Asistencia Pública, teniendo en cuenta la existencia de un curso de kinesioterapia en la Facultad de Ciencias Médicas, ordenó su clausura (Grierson, 1910). Para fines de la década del treinta la Escuela de Kinesiología, fue aprobada por la Universidad de Buenos Aires (1937).

Pero fue en 1949, en la antesala de uno de los brotes más virulentos de poliomielitis que la convirtió en una de las enfermedades más temidas del siglo XX, cuando los kinesiólogos transformaron su nucleamiento en Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación. Ello se debía a un cambio de orientación que había sido señalada como una necesidad en 1948, cuando el Dr. Nicolás Anibaldi dictó una conferencia en la Cátedra de Medicina Social e Higiene en la Facultad de Ciencias Médicas, tratando el tema de la rehabilitación. Allí, habló sobre la situación en que se encontraban los Estados Unidos de América después de la segunda guerra mundial, la cantidad de inválidos que había en aquel país y la necesidad de rehabilitarlos. Cuando definió a la rehabilitación, lo hizo citando al Dr. Howard A. Rusk, profesor de Medicina Física y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de Nueva York, quien decía: "Se entiende por Rehabilitación, el conjunto de procedimientos médico-terapéuticos que tiene por fin reintegrar a la sociedad en su normalidad física, moral y completa readaptación social, a todo aquel que ha sido víctima de traumatismo o enfermedad".

En la base de estos cambios en cuanto a la percepción de la enfermedad y sus consecuencias, se hallaban las diferenciaciones que hacia el interior del modelo biomédico se venían experimentando. Éstas tenían que ver con el reemplazo de la explicación monocausal de la enfermedad por una explicación multicausal, donde intervienen agentes de origen biológico natural conjuntamente con agentes de origen social, psicológico y ambiental. Este modelo acompañó el desarrollo de la concepción del Estado benefactor, cuyo principal despliegue en la Argentina se dio en los años cuarenta.

Para entonces, la poliomielitis, tanto por las muertes que produjo como por los miles de niños y adultos a los cuales invalidó en todo el mundo, se había transformado en una verdadera amenaza. Ésta logró ser controlada recién con la introducción de las vacunas desarrolladas por Jonas Salk y Albert Sabin, dando comienzo a una etapa diferente que será objeto de análisis en un futuro trabajo.

Los legados

Fue a partir de la jerarquización de la ortopedia y la kinesiología cuando apareció una nueva denominación que definía de manera diferente el padecer de los pequeños con dificultades motoras. Dejaron de ser vistos como niños débiles o anormales frutos del medio, sino que el acento fue puesto en las consecuencias de la enfermedad en términos de inmovilidad o deformación, llamándolos a

partir de entonces "lisiados", término que se hizo extensivo a los primeros casos de polio. Lo concreto es que de la mano de las acciones que la ortopedia, la traumatología y kinesiología realizaron desde los años treinta en el campo de la tuberculosis ósea y luego en el de la polio, se impulsó un modelo médico de discapacidad a partir del cual el "problema" era ubicado en el cuerpo del individuo con discapacidad, ya no en el medio.

Así, la discapacidad quedó reducida al nivel de *deficiencia*, marcando una frontera interna en la historia que veníamos narrando en los párrafos anteriores. La perspectiva de la persona con una discapacidad y los factores sociales dejaron de formar parte de la base de conocimientos del modelo médico, en un contexto donde además se acentuó el descenso en la incidencia por tuberculosis, quedando la polio ocupando la centralidad del escenario médico social.

El cambio de modelo se debió a múltiples factores. Sin embargo, uno de ellos puede haber sido que la polio, a diferencia de la tuberculosis ósea, no podía ser justificada por el lugar socioeconómico de procedencia de los afectados. A diferencia de la mayoría de las patologías infecto-contagiosas, las condiciones de vida material no eran un factor propagador. Los brotes de poliomielitis tampoco sirvieron para poner en evidencia las falencias de sistemas sanitarios caducos o en vías de desarrollo. Por el contrario, el hecho que la polio afectara a los países sanitariamente más avanzados y a las clases sociales más acomodadas, le confirió a esta dolencia una identidad muy peculiar con respecto a otros males.[6] Por estas razones, la "polio" fue percibida como la "enfermedad de la civilización", al desatarse a mediados de una centuria en la cual la medicina moderna había realizado grandes progresos en relación al tratamiento y control de las enfermedades.

[6] Para el caso europeo recomendamos consultar Rogers, N. (1992) *Dirt and Disease. Polio before FDR*. New Brunswick: Rutgers U.P.

Bibliografía

- Acuña, M. (1916, 14 de diciembre) Tuberculosis infantil. Su frecuencia en nuestro país. Su profilaxis. *La Semana Médica,* año XXXIII (50).
- Albarracín Teulón, A. (1973) El saber quirúrgico durante la Ilustración. En: P. Laín (Dir.), *Historia Universal de la Medicina* (Vol. 5). Barcelona: Salvat.
- Albee F.H., Kushner, A. (1938) The Albee spine fusion operation in the treatment of scoliosis. *Surg Gynecol Obstet*, *Vol. 66*, 797-803.
- Alurralde, M. (1909) Frecuencia actual de la parálisis infantil. *La Semana Médica* (tomo II).
- Álvarez, A. (2004) *El brazo médico del Estado argentino, artesanos de un modelo de ciudadanos, de ciudad y de Nación*. Tesis de Maestría en Historia, Facultad de Humanidades, UNMdP (inédito).
- Álvarez, A. (2004) El reinado y el control de las endemias en la ciudad de Buenos Aires de fines del Siglo XIX y principios del XX. En A. Álvarez, D. Reynoso e I. Molinari (Eds.), *Historias de salud y enfermedad en la Argentina de los siglos XIX y XX* (pp. 15-46). Buenos Aires: UNMdP/HISA.
- Álvarez, A. (2005) El rol de los lazaretos en el control del cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915. *Revista Historia de la Ciencia*, *Vol. 9*, 287-317.
- Álvarez, A. y Reynoso, D. (1995) *Médicos e instituciones de salud. Mar del Plata, 1870-1960*. Buenos Aires: UNMdP/HISA.
- Álvarez, A., Reynoso, D. y Molinari, I. (2004), *Historias de salud y enfermedad, en la Argentina de los siglos XIX y XX*, Buenos Aires: UNMdP/ HISA.
- Armus, D. (2005) Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna. En D. Armus (Ed.) *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970.* Buenos Aires: Lugar.
- Armus, D. (2000) El descubrimiento de la enfermedad como problema social. Argentina 1880-1914. En M. Lobato (Ed.) *El progreso la modernización y sus límites (1880-1916) en La nueva historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Armus, D. (2007) *La ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Báguena Cervellera, M.J. (2004) Saberes y prácticas en torno a la polio en la medicina valenciana (1900-1950). En J. Martínez Pérez, M.I. Porras Gallo, M. Del Cura González (Eds.). *La Medicina en el nuevo milenio. Una perspectiva histórica* (pp. 949-962). Cuenca: Ed. UCLM.

- Ballester, R. (2007) Isabel Morgan y el grupo de investigación sobre vacunas de la Universidad Johns Hopkins (1940-1960): un modelo de análisis de la trayectoria de una mujer en el mundo de la ciencia. *Feminismos, 10*, 119-135.
- Capdevila, C. E. (1947) *Diccionario terminológico de Ciencias Médicas.* Barcelona, Buenos Aires: Salvat Editores.
- Carbonetti, A. (1998) *Enfermedad y sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba, 1906-1947.* Córdoba: Emcor.
- Casaubon, A. (1936) Datos estadísticos referentes a la parálisis infantil. *Revista de la Asociación Médica Argentina* (tomo XLIX).
- Cofre Cerda, A. (1944) La coxitis tuberculosa en el niño: experiencia del servicio de cirugía del Hospital R. del Río. *Rev. chil. pediatr*. [online], *vol.15* (7), 483-553.
- D'Ottavio, A.E. (2008) El médico que no solo sabía Medicina**.** *Revista Médicos & Medicinas*, *24* – diciembre.
- Dewhurst, K. (1973) Cirugía de la ilustración. En P. Laín (Dir.), *Historia Universal de la Medicina* (vol. 5). Barcelona: Salvat.
- Di Liscia, M.S. (2000) Viruela, vacunación e indígenas en la Pampa Argentina del Siglo XIX. En D. Armus, *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en América Latina* (pp. 27-70)*,* Buenos Aires: Norma.
- Di Liscia, M.S. (2005) Relaciones peligrosas: sobre bocio, cretinismo e inferioridad (Argentina 1870-1920). En C. Agostoni y E. Guerra, *De normas y transgresiones enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)* (pp. 21-54). México: Universidad Autónoma de México.
- Diestch, J.J. (1934) *Clima de mar y Sanatorios Marítimos.* Buenos Aires: Sociedad de beneficencia de la Capital.
- Grierson, C. (1910) Escuela de Enfermería y Masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires. Publicado por Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
- Khol, A. (2006) *Higienismo argentino, historia de una Utopía. La salud en el imaginario colectivo de una época*. Buenos Aires: Dunken.
- Marque, A. (1936) Enfermedad de Heine Medín. *La Semana Médica* nº 49, Buenos Aires: 1537.
- Medina Doménech, M.R. (1997) Scientific Rhetoric in the Consolidation of a Therapeutic Monopoly. Medical Discourses of Spanish Radiotherapists, 1895-1936. *The Society for de Social History of Medicine*, *10* (2), 221-242.
- Memoria del Hospital y Asilo Marítimo en Memoria del año 1913 de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. *La Semana Medica*, 1914. Buenos Aires.

- Oclander, G. (1947) *Historia de la enfermedad de Heine Medín en la República Argentina*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
- Patronato de la Infancia (1892). *Revista de Higiene Infantil. Anales del Patronato de la Infancia* (tomo 1). Buenos Aires.
- Ramacciotti, K. (2006) Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires. *Asclepio - Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Vol. LVIII* (2), 115-138.
- Reggi, J.P. (1946). El problema del tratamiento de la parálisis infantil en nuestro país. En *Segunda Conferencia para el Bienestar del Lisiado*. Buenos Aires, octubre 1946.
- Robertson Lavalle, C. (1917). Injertos en la Tuberculosis. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires* (tomo II). Buenos Aires.
- Robertson Lavalle, C. (1915). Conferencia sobre el método de Albee Abbott. *Archivo Latinoamericano de Pediatría,* 2º sección extraordinaria del 29 de octubre, Buenos Aires.
- Robertson Lavalle, C. (1926) *Sobre Tuberculosis Óseas*. Conferencia en la Facultad de Ciencias Médicas, 17 de junio de 1926.
- Robertson Lavalle, C. (1938) *Tuberculosis Quirúrgica*. Buenos Aires
- Rodríguez, A.H. (1910) *Aspectos históricos de la poliomielitis en la Argentina*. Publicado por Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
- Rogers, N. (1992) *Dirt and Disease. Polio before FDR*. New Brunswick: Rutgers U.P.
- Ruiz Moreno, M. (1912) Trasplantes tendinosos en algunos casos de parálisis infantil. *Revista del Círculo Médico Argentino*, Buenos Aires.
- Sánchez, N.I. (2008) La epidemia de la poliomielitis ¿quebró el mito peronista: "los únicos privilegiados son los niños"? *Revista Médicos & Medicinas*, *24* – diciembre 2008
- Sociedad de Beneficencia de la Capital (1936) *La Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1823-1936.* Buenos Aires: Peuser.
- Ulrike, L., Blume, S. (2006) Vaccine innovation and adoption: polio vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955-1965. *Medical History*, *50*, 425-446.
- Valiño, E. (2008) Impacto social de las malformaciones graves en recién nacidos**.** *Revista Médicos & Medicinas*, *24* – diciembre.
- Vilches. (1956) Caracteres epidemiológicos de la polio en la Argentina. *El Día Médico*, *XXXI* , 781.
- Wilson, D. (1998) A crippling fear: experiencing polio in the era of FDR. *Bull. Hist. Med.*, *72*, 464-495.

Notas

Este artículo es parte de un proyecto financiado por la Agencia de Investigaciones Científicas y Tecnológicas PICTOS/07.
Una primera versión de este trabajo fue presentado en el VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina organizada por el Instituto y Ateneo de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, UBA.