

Una reconstrucción simbólica de las explicaciones gineco-obstétricas sobre la anatomía femenina durante el siglo XIX en México

Oliva López Sánchez*

Resumen: En este trabajo se analizan las representaciones simbólicas con relación al cuerpo femenino contenidas en algunos textos médicos del siglo XIX. Dicho discurso científico es importante porque inscribe ciertas marcas en los cuerpos de hombres y de mujeres, además de que nos permite recuperar la imagen que de estos cuerpos tenía un sector de la sociedad decimonónica.

Abstract: This paper analyzes the symbolic representations of the feminine body contained in various 19th century medical texts. This scientific discourse is important because it inscribes certain marks on the bodies of men and women, besides it allows us to recover the image that a certain sector of 19th century society had of these bodies.

En este trabajo se realiza tanto un análisis de las representaciones anatómicas femeninas como de las explicaciones que la medicina gineco-obstétrica del siglo XIX —la llamada medicina moderna— les otorgó.¹ Empleando una perspectiva histórico-antropológica cuyo eje es la noción de cuerpo en el discurso médico oficial de aquella época se intenta describir y reflexionar acerca de los aspectos socioculturales implícitos en dicho discurso así como sobre las

¹ Las fuentes consultadas para este trabajo fueron las siguientes: tesis para obtener el título de Médico Cirujano de la Escuela de Medicina de México; libros de texto nacionales y extranjeros que formaban parte del acervo de la biblioteca de la Escuela de Medicina durante el periodo estudiado; artículos publicados en *La Gaceta Médica de México (GMM)*, principal órgano de difusión de la Academia Nacional de Medicina de México, en la *Revista Médica de México (RMM)* y en el *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*.

Todas las fuentes pertenecen al siglo XIX y fueron seleccionadas de acuerdo con dos criterios: la necesidad de acercarnos al discurso médico oficial para conocer la representación simbólica de los médicos decimonónicos mexicanos en torno al cuerpo femenino y la dificultad para acceder a algunos materiales.

representaciones y los imaginarios relacionados con el cuerpo femenino que operan al nivel de la técnica.²

El cuerpo como tema de estudio posibilita un acercamiento a lo simbólico y al poder ya que es el primer lugar en el que se materializan los discursos, las normas, la moral, lo legítimo, etcétera. Intentar el análisis de los simbolismos presentes en la práctica ginecológica nos posibilita una comprensión del trato desigual hacia las mujeres.

Evidentemente tenemos que partir de una premisa: el cuerpo es una construcción social, es decir, cada sociedad tiene su propia manera de recrearlo y de usarlo. Esto es posible a través de lo que Mauss ha denominado técnicas corporales.

Mauss define las técnicas corporales como la forma tradicional en que los hombres, en cada sociedad, hacen uso de su cuerpo. Asegura que basta con una descripción detallada, a partir de lo concreto, para llegar a lo abstracto. A esta definición podemos agregar que en cada sociedad existen grupos legítimamente reconocidos cuya función es vigilar el funcionamiento del cuerpo a través del discurso y de la sanción moral, y aplicar su consecuente medida correctiva. Estas medidas correctivas se instrumentan de diferentes formas: pueden ir desde meras prescripciones hasta imposiciones materiales sobre el cuerpo tales como el uso de una prenda de vestir, de una sortija, de un uniforme, etcétera.

Los discursos condicionan los cuerpos no sólo en el espacio público, como menciona Mauss (el caminar, el moverse, etcétera), sino también en las formas de sentir, en las formas de expresión de los individuos hasta en los actos más íntimos como hacer el amor, excretar, comer, parir, etcétera. Mauss sostiene que las técnicas corporales varían según la sociedad, la edad, el sexo, la raza y la clase social del individuo.

Estas técnicas corporales se introyectan a tal grado que devienen ritos. Los ritos posibilitan la construcción de horizontes desde los cuales los actores se hacen visibles y se muestran ante los demás. Los rituales también propician la continuidad de los valores de una sociedad y la fortalecen. El cuerpo es el medio de expresión de los actos religiosos, mágicos, morales y jurídicos. De igual manera el cuerpo es el sitio en el que se inscriben los cambios.

Existen diferentes formas de construcción del cuerpo humano, como lo mencionamos anteriormente: "Cada sociedad esboza, en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo: sus constituyentes, sus usos, sus

² Las estrategias médicas constituyen simultáneamente hechos técnicos y sociales inherentes a sus prácticas y representaciones, sin embargo la racionalidad ideológico-técnica convierte en técnicos estos aspectos socioculturales incluso en la relación médico-paciente.

correspondencias, etcétera" (Le Breton). Cuando el cuerpo es nombrado, significado y usado la sociedad le otorga sentido y valor.

La noción de cuerpo de cada sociedad nos da cuenta de una cosmogonía, de cómo entiende su mundo y bajo qué lógica opera. El cuerpo es un reflejo de la cultura y a su vez la cultura marca y da significado al cuerpo. El cuerpo femenino, en el mundo occidental, ha sido el lugar desde el que se ha validado la sujeción de las mujeres. Con la secularización las disciplinas científicas tomaron el lugar de la religión en la vigilancia del buen uso del cuerpo. Este uso ha estado condicionado por los principios de higiene, de normalidad y de salud. Es así que la medicina se ha convertido en un saber oficial sobre el cuerpo, un cuerpo que ha sido diferenciado y distinguido según su sexo. Paradójicamente, aunque la medicina sigue siendo fiel a la herencia de Vesalio (se interesa por el cuerpo, por la enfermedad, pero no por el enfermo), las leyes universales de la biología (insumos teóricos de la medicina moderna) operan en forma diferente según el sexo, la clase social y el origen étnico del individuo. Esta parcelación de los cuerpos se antoja para ser analizada porque la medicina occidental, amén de haber separado al individuo de su cuerpo, le ha inscrito marcas sociales que han validado dicha separación.

Para las mujeres la separación ha sido atroz porque la medicina las ha ido distanciando de sus procesos fisiológicos como la menstruación, la procreación y la menopausia, y al medicalizar estas experiencias que de suyo son muy complejas les ha impuesto un significado restringido. El cuerpo, tanto de hombres como de mujeres, ha sido medicalizado en casi todos sus procesos y funciones, *v. gr.* la sexualidad, aunque se advierte un mayor énfasis en el caso de las mujeres. Podemos decir que la medicina tiene "por objeto reprimir y negar la función del sujeto en su cuerpo, a fin de hacer reinar un cierto orden—determinado históricamente— sobre el cuerpo y los sujetos" (Achard: 25).

La ubicación de los cuerpos en un orden social supone la dominación de los sujetos a través de técnicas de control.³ En este sentido la práctica gineco-obstétrica se ha encargado de regular el comportamiento de las mujeres mediante un discurso que busca controlar los excesos sexuales, patológicos y neuróticos naturalizados por las mujeres del siglo XIX. El género recreaba el método que garantizaría la comprensión del funcionamiento del cuerpo de la mujer y de las llamadas patologías femeninas. Todo esto con el fin de garantizar la reproducción de la sociedad moderna a través de cuerpos dóciles (Foucault, 1976).

³ "En el pensamiento occidental, el cuerpo humano es una vieja metáfora de las instituciones políticas, y constituyó la forma dominante de teorizar el comportamiento político..." (Turner, 1984: 217).

Las llamadas enfermedades femeninas se hallan estructuradas por las representaciones sociales de la época, que legitiman la acción médica sobre los cuerpos de las mujeres. Las prácticas médicas, guiadas por un discurso que busca la salud de las mujeres así como la configuración mecánica de sus cuerpos en procesos como el parir, nos permiten analizar las relaciones entre naturaleza y cultura. Dicho de otra forma, las explicaciones médicas decimonónicas en torno a las enfermedades femeninas nos permiten analizar la relación entre diagnóstico, pronóstico y terapéutica de algunas entidades mórbidas que a su vez son producto de una concepción moral acerca de las mujeres. “Desde una perspectiva foucaultiana, las etiquetas de la práctica médica científica no son enunciados acerca de entidades mórbidas ‘reales’, sino efectos de poder-saber y productos de discursos específicos” (Turner, 1989: 222).

El cuerpo, espacio de la razón, del deseo y de la mirada

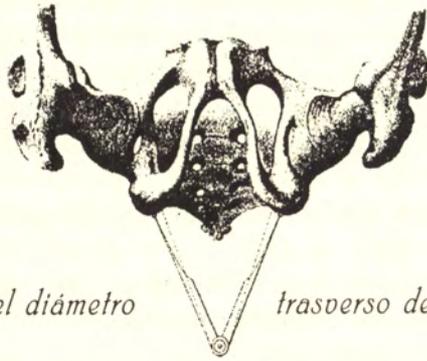
La observación, el método por excelencia de la clínica, presentaba serias limitaciones en la búsqueda de la legitimación científica de la medicina.⁴ La observación de los enfermos únicamente permitía encontrar regularidades a partir de las extrapolaciones de los casos particulares. Los datos obtenidos a lo largo de las observaciones de los estados patológicos eran interpretados por los médicos, interpretación que pasaba por el tamiz del juicio médico, es decir, por un conjunto de conocimientos e intuiciones carentes de un sustento teórico explícito. A través de la observación y del juicio los médicos iban haciendo visible lo invisible del estado patológico del cuerpo, de esta manera iban construyendo un conjunto de conocimientos empíricos (Cházaro).

Resaltamos el asunto de la interpretación médica basada en los juicios porque la terapéutica practicada en México durante el siglo XIX fue el resultado de la interpretación de los signos y de los síntomas presentados por los enfermos. Los juicios médicos deben ser entendidos, más allá de la influencia de la ciencia positiva, en el marco de las demandas sociales de la época. Por ejemplo, la disciplina médica contribuyó al establecimiento de los rasgos físicos de los mexicanos para determinar su grado de evolución. Las teorías europeas que aseguraban que los mexicanos eran una raza inferior constituían moneda corriente entre los intelectuales mexicanos del siglo XIX. Algunos las aceptaban de buen grado mientras que otros las rechazaban.⁵

⁴ Cházaro profundiza en el tema de la incorporación del método numérico a la medicina para convertirla en una práctica científica.

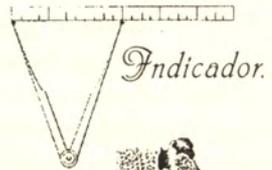
⁵ Las tesis de la degeneración de la raza indígena sostenidas por Buffon, Cornelius de Pauw, Reynal y

Fig. 1.



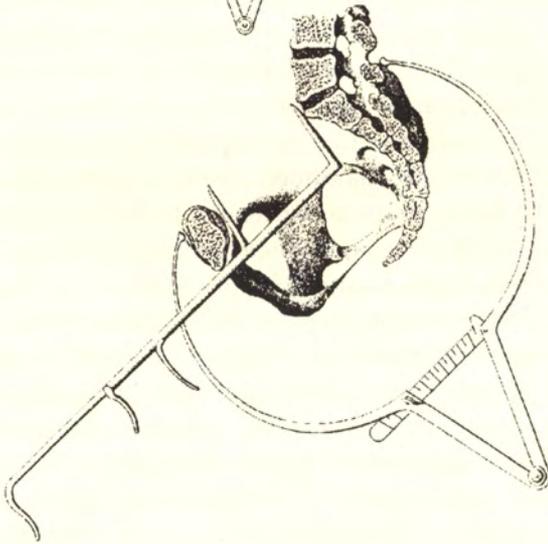
Medida del diámetro trasverso del estrecho inferior.

Fig. 3.



Indicador.

Fig. 2.



Aplicación del Compás de espesor y del pelvimetro.

William Robertson fueron bien acogidas por la mayoría de los intelectuales criollos, entre los que se encuentran fray Servando Teresa de Mier, Carlos María de Bustamante, Lucas Alamán, Lorenzo de Zavala y José María Luis Mora, entre otros.

La medición de la pelvis de las mujeres mexicanas fue otro de los estudios que atrajo la atención de los galenos. Con ella se pretendía establecer su grado de anormalidad. Las dimensiones de la pelvis de las mujeres europeas fueron el punto de referencia para establecer que la estrechez de la pelvis de las mexicanas era la causa más importante de la muerte de los niños en el momento del nacimiento, pues se les dificultaba pasar a través de un canal tan pequeño.

Deformidades o vicios en la conformación de la pelvis mexicana

Los estudios de pelvimetría son una evidencia de cómo operaban las técnicas corporales en el siglo XIX, pues los médicos pretendían la homogeneización de las formas de parir entre los diferentes grupos étnicos y sociales. La pelvimetría también demuestra la relación entre el cuerpo y los símbolos morales y raciales. Naturalizar ciertas características corporales es intentar un control sobre el cuerpo que se instituye sin ningún adversario.

Estudiar la constitución de la pelvis de la mujer representaba adentrarse “al conocimiento del verdadero mecanismo del parto y de las dificultades mas o menos notables que pueden complicarle algunas veces” (Maygrier: 1). Cada médico tenía su estilo de hacer la investigación pélvica, no obstante los pasos a seguir eran los mismos: iniciaban con una descripción y procedían a su división general y particular para obtener sus dimensiones; después realizaban el análisis de su articulación identificando la existencia de deformidades o de vicios de conformación. Los médicos mexicanos tomaron como patrón las medidas ofrecidas por sus pares europeos, sin embargo la variabilidad en las medidas pélvicas estaba en función del método empleado. Así, las medidas ofrecidas por Plessmann, Schröder, Cruveilhier, Baudeloque, Playfair, Caxeauz, Naegele y Sappey constituyeron el tipo ideal con el que se compararon las dimensiones de la pelvis de las mujeres mexicanas y fue esta literatura extranjera la que en su mayor parte proporcionó sus medidas “verdaderas” (Flores: 1889a). Estas medidas habían sido obtenidas de mujeres anglosajonas —particularmente alemanas—, y pese a que se aceptaba un rango de variabilidad en las dimensiones de la estructura pélvica normal, las pelvis mexicanas raras veces se ajustaron a esas medidas.

En el año de 1889 el médico mexicano Francisco Flores se dio a la tarea de medir 26 pelvis obtenidas del anfiteatro del Hospital San Andrés; siete de las pelvis pertenecían a mujeres indígenas y las 19 restantes correspondían a mujeres mestizas. 17 de las mujeres habían parido. Los datos registrados prueban que esta muestra no empató con las medidas promedio exhibidas en la literatura de ultramar, por lo tanto la pelvis de las mexicanas aparecía con vicios de conformación. La

primera conclusión a la que llegaron los médicos mexicanos después de interpretar los datos obtenidos fue que este vicio de estrechez, denominado abarrotamiento, era la causa de la alta tasa de partos distócicos⁶ que se presentaban en México:

natural es inquirir las causas que determinan en nuestras mujeres mexicanas una disposición que no está en armonía con la que ofrece esta porción del esqueleto en las poblaciones cultas del viejo mundo, donde los hombres más distinguidos han consagrado una parte de sus elucubraciones á conocer y describir el canal que ha dado paso á las generaciones pasadas y presentes, y dará á las futuras. ¿De qué dependen estas peculiaridades? (1889b: 313).

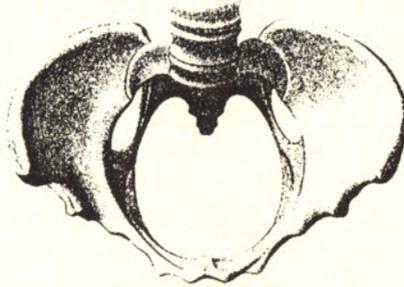
Las medidas de la pelvis de las mexicanas vuelven a poner en jaque el cumplimiento regular de las leyes de la sabia naturaleza. Ante tal situación los médicos mexicanos fueron incapaces de dar respuestas con un fundamento científico contundente. Por el contrario, sus abigarradas explicaciones, resultado de conjeturas e intuiciones carentes de un sustento científico, alejaban el trabajo médico del campo de la razón para colocarlo más cerca del campo del arte.

Varios eran los médicos mexicanos que se habían preocupado por realizar las mediciones de la pelvis (Juan María Rodríguez, Nicolás San Juan, Rosendo Gutiérrez, entre otros) y todos coincidían en que las medidas obtenidas por ellos no se ajustaban a las obtenidas en el viejo mundo, cuyas dimensiones representaban el tipo normal. La naturaleza no podía presentar rangos tan grandes de error así que llegaron a la conclusión de que la pelvis mexicana estaba afectada por un vicio de conformación: correspondía, entonces, a la pelvis acorazada.

Posteriormente Juan María Rodríguez negó que las mujeres mexicanas tuvieran pelvis acorazada, dijo que se trataba más bien de un abarrotamiento, es decir, de una estrechez general que por su frecuencia constituía una peculiaridad originada en la mezcla de razas. Basándose en Vrolik los médicos mexicanos se pronunciaron en favor de las diferencias constitutivas de la estructura ósea de cada raza. Al igual que los cráneos, la pelvis presentaba caracteres particulares en las diferentes razas. Finalmente consideraron que el abarrotamiento de la pelvis de las mujeres mexicanas dificultaba los partos pero nunca al grado de que el partero no pudiera salir adelante con las maniobras del arte.

⁶ Parto difícil o excepcionalmente doloroso. Los médicos emplearon el término como sinónimo de anormal.

Fig. 1.



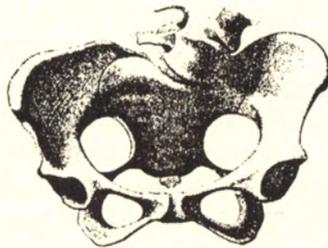
Pelvis viciada por exceso de gránder regular.

Fig. 2



Pelvis viciada por exceso de estrechéz regular.

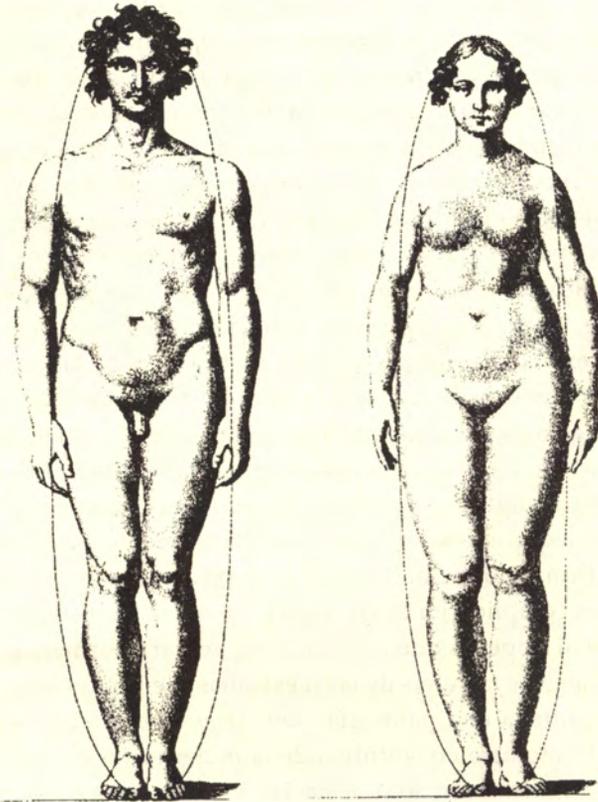
Fig. 3.



Pelvis viciada por exceso de estrechéz disforme.

Detrás de estas conclusiones asoman cuestiones insoslayables para nuestro análisis. En primer lugar se pone en evidencia que el supuesto orden natural cuyo régimen establecía generalidades no escapaba a las jerarquías sociales ni a la noción del predominio de una raza sobre otra, pues la medida de lo normal

Figura 3



estuvo dada por la estructura pélvica europea. Además las ilustraciones que acompañaban a los manuales y demás literatura obstétrica pertenecían a cuerpos ajenos al contexto mexicano.

En segundo lugar se confunde la relación interior-exterior. Según los teóricos de la época la enfermedad, la lesión o el padecimiento provenían del exterior, es decir, eran agentes externos los que provocaban un desequilibrio en la fisiología humana. Sin embargo en el caso de los vicios de conformación pélvica se rompía con este principio y las mujeres aparecían como constitutivamente anormales, disonantes del orden natural. En tercer lugar, con la identificación de la supuesta deformidad pélvica la obstetricia sólo podía prever de un modo más seguro el término del parto pero no podía curar tales deformaciones.

La muerte representaba el lugar de fracaso de la medicina así que si su causa era imputada a la conformación estrecha de la pelvis la mujer aparecía como única responsable mientras que el médico era completamente exonerado.

Las observaciones de Clavreul sobre el significado del discurso médico pueden ayudarnos a explicar lo que pasaba con los estudios de pelvimetría en el siglo XIX. Tales estudios son la prueba contundente de que el discurso médico es el que ha hecho posible la identificación mórbida y no a la inversa.

El discurso médico obstétrico construyó un andamiaje sobre bases aparentemente científicas para explicar la alta tasa de partos distócicos presentada por las mujeres mexicanas. Este saber adjudicaba a las irregularidades pélvicas la complicación de los partos. La pelvis estrecha, abarrotada, contrahecha o infundibuliforme era la causa de la posible obstrucción de la marcha natural del parto así que los médicos se dieron a la tarea de auscultar la pelvis tanto de las mujeres encinta como de las que acudían a consulta por cualquier otro motivo. Incluso los padres de las doncellas hacían que los médicos midieran la pelvis de sus hijas para prever alguna complicación cuando éstas se embarazaran.

Esto demuestra que a pesar de que la pelvis mexicana había sido considerada como un tipo normal no incluido en la literatura europea los médicos seguían pensando que las complicaciones en el parto se debían a la conformación del canal pélvico, la cual impedía que la naturaleza actuara normalmente. Así, las estrechas dimensiones de la pelvis de las mexicanas fueron tomadas como un signo bajo el cual se ocultaba una patología cuyo origen no era accesible a la mirada del médico. Esta patología constitutiva de la mujer mexicana permanecía oculta y los vicios de conformación sólo se hacían visibles cuando se presentaban los síntomas característicos de los partos distócicos. Esto colocó a las mujeres mexicanas, de manera anticipada, cerca de lo anormal: "de la pélvis abarrotada normal á la pélvis estrecha y viciosa, no hay más que un solo paso, y sin un previo exámen de la primera no es posible llegar a conocer la segunda" (Flores, 1889c: 328).

El ojo clínico

Resulta interesante adentrarnos en el terreno de los síntomas y de los signos cuya colección conforma la enfermedad.⁷ Con la simple observación de los sín-

⁷ Foucault hace una diferencia entre los síntomas y los signos. El síntoma es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible él es lo más cercano a lo esencial y constituye la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. El signo anuncia: pronostica lo que va a ocurrir, anamnesia lo que ha ocurrido, diagnostica lo que se desarrolla actualmente. A través de lo invisible el signo indica lo más lejano, lo que está por debajo (1966: 131-132). Sin embargo signos y síntomas dicen lo mismo, cualquier síntoma es un

tomas presentados por las mujeres en el momento del parto los obstetras mexicanos del siglo XIX podían saber si se trataba de un parto fisiológico o distócico. Los partos largos, con hemorragias graves por inercias uterinas, dificultad para hacer la palpación vaginal, debilidad extrema de la madre, apretamiento espasmódico del cuello de la matriz, salida prematura del cordón umbilical, y sobre todo el diámetro sacro-pubiano, anunciaban partos distócicos. Sin embargo los límites de la observación se ponían de manifiesto cuando los signos no mostraban los fenómenos ocultos, y éstos incluso variaban cuando la interpretación de lo observado se hacía desde otro ángulo. En ocasiones durante el trabajo de parto surgían, para el asombro del médico, complicaciones que eran imputadas al abarrotamiento de la pelvis, aún cuando las medidas previas —que se llevaban a cabo varias veces para evitar errores— hubieran indicado una pelvis normal.

Una vez confirmado el signo distócico la maniobra correspondiente podía ser simple, compuesta o complicada (Maygrier).⁸ La maniobra simple era aquella en la que la mano era suficiente para terminar el parto; la compuesta exigía el uso del fórceps o de la palanca; en la maniobra complicada era preciso realizar la histerectomía (cesárea) o la sinfisiotomía. Cualquiera de las maniobras ejecutadas durante el parto requería de cuatro tiempos: el tiempo de intromisión, el de exploración, el de mutación y el de extracción. En el primero el médico metía la mano en la matriz; en el segundo el tacto uterino ofrecía la posibilidad de lograr una percepción exacta de lo invisible; en el tercero la mano del médico jalaba al niño de los pies para hacerlos caer hacia arriba del útero y en el cuarto se extraía al infante.

La maniobra simple se empleaba cuando el niño presentaba problemas en la postura: cuando las extremidades inferiores estaban cerca del cuello del útero, cuando venía atravesado o cuando la posición de la cabeza dificultaba el paso por el tracto uterino. La maniobra compuesta se empleaba cuando el médico se veía obligado a hacer uso de un instrumento, algunos sólo eran simples auxiliares de la mano, como el fórceps, la palanca, el gancho romo y el lazo. La estrechez de la pelvis de la madre y la dimensión excesiva de la cabeza del infante eran los motivos por los que se empleaban estos instrumentos. La maniobra compli-

signo de enfermedad. El síntoma se vuelve un elemento significativo de la enfermedad por medio del escrutinio corporal, que a partir de la comparación establece el supuesto funcionamiento normal de los organismos: "El síntoma se convierte por lo tanto en signo bajo la mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, o la sucesión, y a la frecuencia" (137).

⁸ Estos datos fueron extraídos de un texto francés de 1828, sin embargo los médicos mexicanos emplearon estas categorías en su práctica obstétrica ya que formó parte del acervo de la Academia de Medicina.

cada se llevaba a cabo únicamente cuando se corría el riesgo de que el infante muriera porque no podía pasar por el canal uterino. Estas maniobras eran francamente violentas.

En Europa la operación cesárea⁹ era común pese a que se conocían los riesgos: "se considera como un medio violento, como una operación muy peligrosa, pero como el último y único recurso que queda al arte para salvar a la madre y a la criatura, y liberarlos de una muerte cierta" (Maygrier: 64). En México las restricciones para su empleo fueron tales que sólo se practicaba en mujeres muertas para extraer al infante cuando se presumía que estaba con vida. El principal riesgo de la operación cesárea eran las hemorragias que seguían a la sutura del vientre porque la mayoría de las veces el útero no era cosido, y en ocasiones tampoco el abdomen. En 1876 un médico italiano, Porro de Milán, convencido de que lo más peligroso de la operación cesárea era que el útero se quedara sin suturar, propuso quitar el útero y sus anexos: de esta forma se eliminaría el riesgo que la cesárea representaba en el método antiguo. La mayor parte de los médicos europeos vieron con buenos ojos la histerectomía propuesta por Porro, sin embargo durante el último tercio del siglo XIX practicaron la sutura del útero con diferentes materiales; lo que necesitaban era un material cuya absorción asegurara su resistencia al mismo tiempo que la ausencia de cualquier infección (Fichtnez). Fue en el año de 1884 que los obstetras mexicanos llevaron a cabo por primera vez la cesárea en una mujer viva (Porro).

La imagen del útero

Los conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo femenino se apoyaban más en las nociones y las representaciones sociales de los géneros que en los fundamentos de la biología. Como ejemplo tenemos el funcionamiento del útero.

El discurso de la medicina cambió la explicación judeocristiana sobre el comportamiento de las mujeres. Ésta las había clasificado como seres sin alma, presas de sus pasiones sexuales cuya voluptuosidad se manifestaba ante cualquier insinuación erótica, por ello siempre terminaban sucumbiendo al pecado de la carne; representación de eternas enfermas cuyo temperamento frugal las hacía mentir. ¿Pero a qué causas se podía atribuir la naturaleza patológica de

⁹ Numa Pompilius, segundo rey de Roma (715-673 a. C.), ordenó se le abriera el abdomen a una mujer preñada que estaba moribunda a causa de un parto atrasado, para poder asistir al niño. Al niño le llamaron César y esta operación fue llamada cesárea. No se tiene el dato exacto (Schmidt).

La primera cesárea reportada en *La Gaceta Médica de México* aparece en el artículo de Juan María Rodríguez.

las mujeres? A su fragilidad y al órgano que las controlaba: el útero. Éste fue visto por los médicos decimonónicos como un espacio quimérico, como causa y efecto de las patologías padecidas por las mujeres. Una cefalalgia constante, por ejemplo, tenía su etiología en las desviaciones uterinas (Fuertes). La expansión de esta idea llevó a los ginecólogos a incluir la auscultación del útero en el momento de la consulta clínica sin importar la localización física de la enfermedad.

El reemplazo del concepto de la mujer macho imperfecto por el de la mujer-útero no liberó a las mujeres del determinismo biológico (Galager y Laqueur). La afirmación de que la mujer estaba controlada por su útero conllevó una representación emblemática —la mujer-útero— que no sólo le imposibilitó ejercer un control sobre su cuerpo, su comportamiento y sus emociones sino que la colocó en el lugar de eterna enferma.

Las interpretaciones úterocentristas ofrecidas por la medicina, es decir, la idea del útero como órgano de naturaleza patológica, validaron su extirpación porque está aseguraba la recuperación de la salud y la normalidad moral de la mujer (Carmona).

Jamás se planteó, sin embargo, que la ausencia de este órgano socavara la salud femenina. La ausencia del útero, como se presumía en el caso de los hermafroditas masculinos, ofrecía los elementos para explicar la desviación del comportamiento de alguien que por sus rasgos sexuales secundarios debería comportarse como mujer: frágil, dependiente, temperamental, sumisa y fiel a su hombre (San Juan).

La castración fue, de todos los tratamientos ginecológicos, el que mayor aceptación tuvo entre los médicos del siglo XIX para combatir las patologías del útero. Pero la misma acción podía tener resultados totalmente opuestos e incuestionablemente válidos. Mientras que la castración significaba una alternativa viable para conseguir la cura de las mujeres, para el varón significaba el comienzo de una condena eterna que lo llevaría a la infelicidad:

Si á un individuo obligado por fuerza mayor se le pusiera á escoger entre la pérdida del pene ó de los testículos y la de la vista, en tan terrible angustia preferiría quedarse ciego no obstante lo mucho que se aprecia la vista y estoy seguro de que no habría persona que tachara de necio al que diera sus ojos por conservar los órganos de la generación (Olvera: 404). [...] que contraste es el que observa en un eunuco, que empezó á serlo en una **edad en la que se sabe lo que vale ser hombre** y lo que es pasar repentinamente á un estado de neutralidad, ó lo que es lo mismo, ser á perpetuidad un infeliz que sin ser desterrado **teme continuamente entrar en sociedad, pues cree que todo el**

mundo está al tanto de su desgracia y le parece que los hombres lo desprecian y las mujeres lo burlan; no teniendo la posibilidad de gozar carnalmente, aunque haga esfuerzos, no puede extirpar de su imaginación las ideas de los placeres que lo torturan cruelmente y lo impelen a la misantropía, cayendo pronto en un estado de degradación moral por la falta del estímulo... (Olvera: 406).¹⁰

Por un lado los principios sobre el origen externo de las enfermedades vuelven a evidenciar, en relación con las atribuciones hechas al útero, que las explicaciones médicas no apuntaban al rigor científico sino a la eficacia de la práctica moral; y por el otro, que las leyes biológicas no actuaban de manera general sino que su discurso dejaba intersticios al imaginario social de lo femenino.

Después de todo "la medicina ha reconocido una anatomía, una fisiología y una patología específicamente femeninas" y con ello ha legitimado la creación de una rama destinada exclusivamente a la atención de las mujeres: la ginecología (Berriot-Salvadore: 141). Al elegir al útero como el órgano causante de los padecimientos femeninos la medicina pretendía cumplir con el imperativo racional cuya lógica precisaba de un objeto accesible a la mirada: el útero fue el signo y el síntoma de la enfermedad de las mujeres.

¿Tiene el útero una posición normal?

El discurso médico secularizó la idea teológica y moralista de que la mujer estaba sometida por la animalidad de su sexo. El útero dejó de ser esa entraña o víscera que como una bestia se agitaba en el cuerpo de las mujeres:

El primer síntoma que permite al médico establecer su diagnóstico consiste precisamente en esos movimientos extraordinarios del útero que, como un animal, se agita de un lado a otro, presa de violentas convulsiones (Berriot-Salvadore: 122).

La medicina moderna no se refirió más al útero voraginoso, cambió la explicación teológica por los principios mecanicistas; aquellos movimientos desordenados ahora respetaban los principios de la geometría. Las causas de la facilidad con que el útero modificaba su posición ante los más leves cambios de estado de los órganos vecinos podían ser conocidas (Fuertes). Aunque los mé-

¹⁰ El subrayado es nuestro.

dicos no terminaban de ponerse de acuerdo sobre cuál era la posición normal del útero coincidían en señalar que esta permanente modificación provocaba los diferentes padecimientos de las mujeres durante el periodo menstrual, el embarazo, el parto y el puerperio.

Ante la imposibilidad de establecer un criterio anatómico preciso acerca de la posición normal del útero la gineco-obstetricia reconoció la variabilidad en la clasificación de las causas, de la sintomatología y del tratamiento de su posición. Recurrió a las matemáticas para intentar dar cuenta de tal fenómeno. Los médicos suponían que con la aplicación de la estadística se podría explicar la distribución de las posiciones del útero sin cometer errores. Contrariamente a lo esperado el método no resolvió el problema.¹¹

En un primer momento los datos obtenidos revelaron que la anteflexión era la posición normal. Sin embargo esta clasificación no fue aceptada por todos los médicos por lo que se reestructuró y se reconoció una anteflexión fisiológica y una patológica. La anteflexión patológica podía ser congénita o adquirida. Existía una confusión en la identificación del antecedente y del consecuente. El debate sobre la etiología de la anteflexión patológica estaba marcado por la confusión del todo con la parte: ¿era la imperfección del cuerpo de la mujer lo que generaba la anteflexión del útero o era la anteflexión del útero lo que creaba el debilitamiento y las enfermedades de la mujer?

El debilitamiento general, la predisposición de los tejidos del útero y la atrofia primitiva fueron las posibles causas de la anteflexión congénita. Ante esta última surgía la interrogante: ¿la anteflexión se debía a una atrofia primitiva en el punto de reunión o la anteflexión misma era la causa de la atrofia? Los médicos no se ponían de acuerdo, aceptar la primera causa significaba reconocer un debilitamiento de los tejidos, lo que implicaba que en estado normal eran muy fuertes; la segunda y la tercera no quedaban bien demostradas. Entonces se aceptó un punto intermedio, el debilitamiento general creaba condiciones favorables para la anteflexión.

La movilidad del útero dejó de ser significada desde una lógica moral para convertirse en la piedra angular del diagnóstico ginecológico. Los nombres empleados en la clasificación de las desviaciones del útero (prolapsos uterinos, anteflexión, retroflexión, retroversión y retroposición) se habían liberado de la carga moral judeocristiana pero seguían perpetuando la noción del cuerpo femenino en desventaja con respecto al del varón.

¹¹ La estadística empleada por los médicos mexicanos del siglo XIX estaba llena de errores y carecía de la objetividad de la que presumían. Sobre el tema puede consultarse el trabajo de Cházaro.

El contenido del discurso médico revela claramente los obstáculos que éste tiene que superar para emanciparse de los presupuestos culturales que lo preceden. Después de todo, como afirma Berriot-Salvadore, “el discurso científico es tributario de un orden del mundo que conviene legitimar, mostrando que el papel de cada uno de los sexos se inscribe en la naturaleza” (119); y el médico, cuya dramatización de las descripciones busca mantener el orden social, se erige en el moralista que ha de vigilar el cumplimiento de dicho orden.

A manera de conclusión: el discurso médico, un nuevo encierro

Estas explicaciones de las supuestas patologías femeninas nos han permitido comprobar que la representación que los médicos del siglo XIX tenían del cuerpo femenino así como de su funcionamiento es una construcción que se alimenta del imaginario social de un tiempo y de un espacio específicos, cuyas coordenadas simbólicas están otorgadas por las valoraciones que de los individuos se hacen según su edad, sexo, raza y clase social, más que por evidencias científicas *per se*.

El discurso médico redujo a las mujeres a su cuerpo, el cual fue concebido como patológico. Esa patología representó un vacío sobre el que la ciencia médica del siglo XIX no tenía más explicación que las interpretaciones cargadas de valoraciones, de normas y de preceptos morales e incluso mágicos. La explicación que la medicina ofrecía acerca del funcionamiento del cuerpo de las mujeres, cargada del imaginario social de lo femenino, impidió el cumplimiento del anhelado objetivismo promovido por el discurso médico. La subjetividad acerca de lo femenino ofreció el contenido de las inscripciones impuestas sobre el cuerpo de las mujeres y fue más contundente que las explicaciones científicas, que por lo demás carecían de un sustento teórico sólido (Foucault, 1996). La mirada del médico simbolizó al cuerpo femenino como fragmentado, enfermo y preso de las irregularidades de (su) la naturaleza. Estas irregularidades lo hacían singular impidiendo que se cumpliera el fin último de la ciencia, la generalización, es decir, el imperativo de las leyes naturales.

El discurso de la medicina se esforzó por naturalizar la supuesta patología femenina y le otorgó un carácter atemporal al signar a las mujeres como eternas enfermas. Esta noción pesó tanto que surgió una rama de la ciencia médica destinada exclusivamente al estudio de las enfermedades padecidas por las mujeres. El discurso de la medicina legitimó el trato diferencial entre hombres y mujeres y logró consolidar los estereotipos sociales valiéndose de los estudios anatómicos. El contenido del discurso médico destinado a dar cuenta de la patología

femenina pone al descubierto la fractura existente entre dicho discurso y los descubrimientos científicos. Finalmente, la idea de la mujer incompleta, fragmentada y enferma siguió imperando en el discurso de la medicina moderna.

Archivos consultados

Hemeroteca de la Antigua Escuela de Medicina
Hemeroteca Nacional

Bibliografía y hemerografía

Achard, Pierre

1980 *Discurso biológico y orden social*, Nueva Imagen, México.

Alvarado, Ignacio

1869-
1870 "Sobre algunos puntos de medicina experimental y fisiología general, dadas en la Escuela de Veterinaria por el profesor D. Ignacio Alvarado, y redactadas y compendiadas por el preparador de la cátedra, D. José E. Mota", en *El Porvenir*, periódico de la Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia de los alumnos de la Escuela de Medicina, tomos I y II, núms. 5-8, Imprenta de I. Escalante y C^a, México, pp. 68-74, 83-87, 97-102 y 113-120, respectivamente.

Berriot-Salvadore, Evelyne

1993 "El discurso de la medicina y la ciencia", en Duby, Georges y Michelle Perrot (coordinadores), *Historia de las mujeres*, tomo 6, 2^a edición, Taurus, Madrid, pp. 109-150.

Canguilhem, George

1971 *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI editores, México.

Carmona, Manuel

1865 "Quiste multilocular del ovario izquierdo", en *La Gaceta Médica de México*, tomo I, núm. 29, Aguilar y Ortiz, México, pp. 474-478.

Cházaro, Laura

1996 "La observación experimental y el método numérico: la controversia de la ciencia en el siglo XIX en México", en *Ludus Vitalis*, vol. IV, núm. 7, Anthropos Editorial del Hombre, Barcelona, pp. 141-154.

Clavreul, Jean

1983 *El orden médico*, Argot, España.

Duque de Estrada, Juan

1916 *Pelvis infundibuliformes mexicanas*, Secretaría de Fomento, México.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre, English

1980 "Inválidas o contagiosas: sexismo en el saber y práctica médica", en Cardaci, Dora y Lourdes Álvarez, *Mujeres y medicina*, núm. 1, pp 37-79.

Fichtneiz

1889 *Algo de la operación cesárea*, Tesis para optar por el título de Médico Cirujano, Escuela de Medicina de México, Imprenta de Epifanio D. Orozco, México.

Flores, Francisco

1889a "Ligeros apuntes de pelvimetría comparada", Primera parte, en *Revista Médica de México*, tomo II, núm. 19, México, pp. 294-297.

1889b "Ligeros apuntes de pelvimetría comparada", Segunda parte, en *Revista Médica de México*, tomo II, núm. 20, México, pp. 309-327.

1889c "Ligeros apuntes de pelvimetría comparada", Tercera parte, en *Revista Médica de México*, tomo II, núm. 21, México, pp. 327-331.

1889d "Ligeros apuntes de pelvimetría comparada", Cuarta parte, en *Revista Médica de México*, tomo II, núm. 22, México, pp. 340-346.

Foucault, Michel

1976 *Vigilar y castigar*, Siglo XXI editores, México.

1996 *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI editores, México.

Fuertes, Ramón

1886 *La anteflexión en la ginecología moderna y su tratamiento*, Imprenta y Literatura Española, México.

Gagern, Carlos de

1869 "Rasgos característicos de la raza indígena de México", en *Boletín de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*, tomo I, 2ª época, Imprenta del Gobierno, México, pp. 802-818.

Galager, Catherine y Thomas Laqueur (compiladores)

1987 *The Making of the Modern Body*, University of California Press, Los Ángeles, California.

Le Breton, David

1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Mauss, Marcel

1971 *Sociología y antropología*, Tecnos, Madrid.

Maygrier, J. L.

1828 *Nuevas demostraciones de los partos. Obra completa de 80 estampas gravadas y un testo razonado para facilitar su esplicación*, Granada, España.

Olvera, José

1892 "Estudio médico legal sobre la castración", en *La Gaceta Médica de México*, tomo XXVII, s/n, Aguilar y Ortiz, México, pp. 404-411.

Porro, Eduardo

1884 "Memorándum de la operación cesárea", Sección clínica de obstetricia, en *La Gaceta Médica de México*, tomo XIX, núms. 15 y 16, Aguilar y Ortiz, México, pp. 329-348 y 353-357, respectivamente.

Rodríguez, Juan María

1872 "Observación cesárea practicada cuatro veces sobre la misma persona. Un médico alemán, el Dr. Oettler, refiere un hecho de los más curiosos que ha sido reproducido por la Gaceta Hebdomadaria de Medicina, Sección crónica médica extranjera, en *La Gaceta Médica de México*, tomo VII, núm. 14, Aguilar y Ortiz, México, pp. 267-268.

San Juan, Nicolás

1880 "Un caso de anomalía por la ausencia de órganos únicos, según la clasificación de Geoffroy Saint-Hilaire, o ageneses de otros teratólogos", en *La Gaceta Médica de México*, tomo XV, núm. 2, Aguilar y Ortiz, México, pp. 26-29.

Schmidt, J. E.

1959 *Medical Discoveries. Who and When*, Thomas, Charles G. (editor), Springfield, Illinois.

Testelin

1897 *Guía médica o manual de la salud*, Société Fermière des Annuaire, París.

Torres, Ignacio

1858 *Manual de partos dedicado especialmente a las parteras*, Imprenta de Manuel Castro, México.

Turner, Bryan Stanley

1989 *El cuerpo y la sociedad*, FCE, México.

Turner, Víctor

1984 *Dramas, Fields and Metaphors*, Cornell University Press, Ithaca & London, Londres.