

Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México (*)

LAURA CHÁZARO (**)

BIBLID [0211-9536(2004) 24; 27-51]

Fecha de aceptación: febrero de 2004

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—La obstetricia en México, en búsqueda de un espacio para su práctica. 3.— La narrativa clínica de la práctica instrumental. 4.—Fórceps y pelvímetros en pelvis «defectuosas». 5.—Conclusiones.

RESUMEN

Hasta mediados del siglo XIX, los obstetras mexicanos tomaban a los fórceps y a otros artefactos operatorios como parte de peligrosas operaciones, instrumentos cuyo uso había que evitar. En este texto me pregunto por qué, a fines del siglo se volvieron herramientas quirúrgicas capaces de salvar vidas. Para ello analizo las narrativas clínicas donde se definieron y normaron las prácticas de esos instrumentos obstétricos. Encontré que los fórceps obstétricos fueron recreados por las normas de prudencia de los obstetras al mismo tiempo que ponían en operación las ideas médicas de género y raza, «recreando» a las pelvis femeninas mexicanas como supuestas naturalezas patológicas.

Palabras clave: México, instrumentos médicos, obstetricia, fórceps, pelvimetría, operaciones obstétricas.

Keywords: Mexico, medical instruments, obstetrics, forceps, pelvimetry, obstetric operations.

(*) Agradezco a Frida Gorbach, Nina Hinke y Nick Hopwood los comentarios y críticas que hicieron a una versión preliminar de este trabajo, resultado parcial del proyecto CONACYT-G37696-H. Del mismo modo agradezco a los revisores de *Dynamis* sus sugerencias y comentarios.

(**) Colegio de Michoacán. Martínez de Navarrete 505, Fracc. Las Fuentes, Zamora Michoacán, C.P. 59690, México. E-mail: lchazaro63@yahoo.com

1. INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XVIII, en tiempos de la Colonia, los cirujanos tenían el uso exclusivo del instrumental quirúrgico como los fórceps y los usaban para traer niños muertos al mundo. Para la década de los noventa del siglo XIX, los fórceps y otros artefactos estaban integrados a las operaciones obstétricas como gestos para garantizar la vida, como símbolos del poder médico.

En este ensayo me pregunto por qué y cómo en México las prácticas operatorias instrumentales, específicamente las realizadas con fórceps, encontraron un lugar en la atención de partos, por siglos terreno de las parteras. Esta simple pregunta adquiere nueva relevancia si nos alejamos de la tesis —casi oficial— de que en México se logró un control eficaz sobre las patologías humanas gracias a una supuesta adopción de métodos científicos y prácticas tecnológicas superiores a las tradicionales maniobras de las parteras (1). Si analizamos las historias clínicas y las prácticas obstétricas entre 1830 y 1890, no se encuentran razones para afirmar que estos cambios fueran producto de una supuesta superioridad de las prácticas instrumentales obstétricas (2).

-
- (1) En México, el primer expositor de esta popular idea fue LEÓN, Nicolás. *La historia de la obstetricia en México*, México, Vda. de Ch. Bouret, 1910. En el contexto de México, recientemente, se han publicado estudios críticos de esta tesis, por ejemplo: GORBACH RUDOY, Frida. *El monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre la teratología mexicana del siglo XIX*, México, UNAM (en prensa). Relativo al tema aquí abordado está el valioso trabajo de CARRILLO, Ana María. Nacimiento y muerte de una profesión. Parteras tituladas en México. *Dynamis*, 1999, 19, 167-190. Sin embargo, buscando revalorar el papel de las parteras, la autora deja suponer que en gran medida fueron las operaciones instrumentales de los obstetras las que explican el desplazamiento de las parteras del ejercicio de la partería.
- (2) Diversos estudios han resultado una fuente de comparación e inspiración, entre ellos: WILSON, Adrian. *The making of man-midwifery. Childbirth in England, 1660-1770*, London, UCL Press, 1995; ARNEY, Ray. *Power and the profession of Obstetrics*, Chicago, University of Chicago Press, 1982; LEAVITT, Judith W. *Brought to bed: Childbearing in America 1750 to 1950*, Oxford, Oxford University Press, 1986; HIDDINGA, Anja. *Changing normality, pregnancy and scientific knowledge claims, 1920-1950 with special reference to the US*, Amsterdam, University of Amsterdam, 1995.

En este ensayo analizo las prácticas instrumentales médicas desde una perspectiva histórica. Abordo a los instrumentos médicos como habilidades y discursos situados en un contexto local; como parte de operaciones que al mismo tiempo que producen conocimientos dan cierta identidad a los cuerpos que analizan y a los sujetos que los usan (3). Para que cualquier práctica operativa fuera adoptada, no bastaba el instrumento mismo; entre los médicos se crearon habilidades y una normatividad que las hizo repetible, estables y legítimas. Si con el tiempo, dentro y fuera de los hospitales, las operaciones obstétricas adquirieron autoridad «científica», ello dependió del ajuste entre los conceptos médicos y sus instrumentos; pero también de cómo se sintonzaron con la dimensión política —pública— del orden médico (4).

Este caso nos muestra que las operaciones con fórceps se modelaron conectadas a una ética o moral médica y a las angustias raciales y políticas de la época. En aquella época en México, las pelvis encarnaban una naturaleza propensa a presentar lo que los médicos llamaron «defectos raciales». Confrontando las prácticas instrumentales con las narraciones clínicas pretendo explicar cómo en ese contexto los fórceps y los pelvímetros se insertaron a una práctica que pretendía no sólo curar sino también regular los cuerpos de las mexicanas y sus supuestos «defectos». En este ir y venir de discursos y prácticas médicas se revela

-
- (3) En torno a la noción de prácticas, instrumentos y medicina me he inspirado, entre otros, en: SHAPIN, Steven; SCHAFFER, Simon. *Leviathan and the air-pump. Hobbes, Boyle and the experimental life*, New Jersey, Princeton University Press, 1985; LAWRENCE, Christopher. Incommunicable Knowledge: Science, Technology and the Clinical Art in Britain. 1850-1914. *Journal of Contemporary History*, 1985, 20, 503-520; SIBUM, H. O. Les Gestes de la Mesure. Joule, les pratiques de la brasserie et la Science. *Annales. Histoire, Science Sociales*, 1998, 53 (4-5), 745-774; LAWRENCE, Ghislaine. The ambiguous artifact: Surgical instruments and the surgical past. In: Christopher Lawrence (ed.), *Medical Theory, Surgical Practice: Studies in the historiography of Surgery*, London, Routledge, 1992, pp. 295-313.
- (4) FOUCAULT, Michel. *Estrategias de poder. Obras esenciales Vol. II*, Barcelona, Paidós Básica, 1999; KAPSALIS, Terri. *Public privates: Performing Gynecology from both ends of the speculum*, Durham, Duke University Press, 1997; CODY, Lisa F. The politics of reproduction: From midwives' alternative public sphere to public spectacle of man midwifery. *Eighteenth Century Studies*, 1999, 32, 477-495.

que la legitimidad de los fórceps se construyó presentándolos como parte de prudentes y cautas operaciones, al mismo tiempo que, en cada intervención en el teatro pélvico, reproducían la cultura de una época que justificaba cualquier intervención en las pelvis femeninas, por violenta que fuera. Las operaciones instrumentales implicaban no sólo el desarrollo de habilidades quirúrgicas, sino también el proceso de recreación local de la práctica médica, de los cuerpos femeninos y de los propios instrumentos.

2. *LA OBSTETRICIA EN MÉXICO, EN BÚSQUEDA DE UN ESPACIO PARA SU PRÁCTICA*

Los rasgos particulares de la historia de la obstetricia en México tienen muchos paralelos con las experiencias europeas, especialmente con Francia y España. Por ejemplo, durante la Colonia aunque tenían prohibido dedicarse a la partería, los cirujanos estaban obligados a acudir al llamado de las parteras para que con sus instrumentos operatorios, en caso de muerte del feto lo extrajeran por vía vaginal o por cesárea *post mortem*, asegurando su bautizo (5). En 1831, el gobierno independiente suprimió la Real Pontificia Universidad y la Real Escuela de Cirugía (6). En 1833 se fundó el Establecimiento de Ciencias Médicas, reuniendo en una misma persona al médico y al cirujano (7). En 1838, el Establecimiento se transformó en la Escuela Nacional de Medicina

-
- (5) Existen múltiples historias de la obstetricia europeas y norteamericanas cuyas similitudes con el presente caso son más que aleccionadoras. Por ejemplo: ARNEY, nota 2, pp. 22-50; LEAVITT, nota 2, y MARLAND, Hilary (ed.). *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe*, London, Routledge, 1994.
- (6) FLORES, Francisco de Asís. *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente, Tomo III*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social [edición facsimilar], 1992, pp. 606-609.
- (7) Sobre cirujanos en México, VALLE, Heliodoro R. *La cirugía en México del siglo XIX*, México, Tipografía Sag, 1942. Para un panorama general: TEMKIN, Owsei. The role of Surgery in the rise of Modern Medical Thought. In: *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, London, The Johns Hopkins University Press, 1977, pp. 487-496.

(ENM), cuyo plan de estudios incluyó una Cátedra de obstetricia para los alumnos de medicina y para aquellas mujeres que pretendieran convertirse en parteras «tituladas» (8). Con estas reformas de los años treinta, los médicos accedieron a la amplia gama de instrumentos quirúrgicos, antes reservados a los cirujanos y, desde principios del siglo XIX, algunos empezaron a practicar con ellos, como con los fórceps, pero ahora pretendiendo salvar la vida del feto y de la madre (9).

Una característica notable de la obstetricia de la época fue que tanto médicos como estudiantes tenían reducidos espacios para practicarla. Hasta fines de la década de los sesenta, se enseñaba en las aulas, siguiendo un libro de texto; como única práctica, el profesor hacía demostraciones del uso de instrumentos, especialmente de los fórceps, apoyándose en maniqués de pelvis, con cráneos de fetos y láminas de anatomía (10).

En los hospitales públicos y las instituciones de beneficencia eran más bien raros los casos de partos normales que se atendían. Las mujeres pobres y ricas elegían parir en sus casas, asistidas por parteras. Esas preferencias, sin embargo, no se explican solamente por una «natural» inclinación femenina por las parteras o comadronas. A mediados del siglo XIX, los hospitales vivían una endémica pobreza de espacios y recursos para recibir pacientes, simbolizaban hacinamiento y peligro de muerte, en este caso, por infecciones puerperales.

(8) Desde 1750 las parteras eran examinadas por el Protomedicato; en 1831 se derogó esa orden y se dispuso que las parteras debían seguir al menos dos años de los cursos de obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina y aprobar un examen final y con ello obtenían un «título». Las parteras tituladas eran las «profesionales», distinguiéndose de las que practicaban la partería sin tal título, a quienes se les conocía como «comadronas», en tono despectivo. CARRILLO, nota 1, p. 168. Hay que subrayar que los médicos que se especializaban en obstetricia también se llamaban a sí mismos «parteros».

(9) Véase el caso del cirujano Miguel Muñoz (ca. 1790-1855) quien usó los fórceps para extraer fetos vivos. LEÓN, nota 1, pp. 233-247.

(10) Por ejemplo, entre 1857 y 1879, el famoso cirujano y partero Ignacio Torres impartió la cátedra de Obstetricia con el libro del obstetra francés CAZEAUX, Paul. *Traité Théorique et Pratique de l'Art des Accouchements*, Paris, 1853. LEÓN, nota 1, pp. 265-266.

Hubo otro factor, quizás más importante que el anterior, que explica una enseñanza de la obstetricia más bien teórica y la poca afluencia de mujeres a los hospitales: hasta mediados del siglo, los hospitales no se concebían como un lugar para que médicos y parteras profesionales practicaran su «arte». Los hospitales que destinaban camas para partos, lo hacían bajo la premisa de atender a las prostitutas, a mujeres pobres en riesgo de muerte y a las llamadas mujeres «reservadas». Estas últimas eran aquellas que, por haber cometido un «desliz», ocultaban su nombre y rostro. En el Hospicio de pobres, por ejemplo, desde tiempos coloniales, se destinó una pequeña sala para atenderlas; la intención era evitar que cometieran infanticidio. En esos casos, el médico sólo podía ver sus pelvis y los estudiantes no tenían derecho a auscultarlas. En el Hospital de San Andrés y en el de San Juan de Dios los médicos atendían a las prostitutas con el fin de llevar un control sanitario de las enfermedades venéreas y del oficio de la prostitución. Porque se consideraba inmoral que las inspeccionaran los estudiantes, se les prohibió el acceso a esas salas (11).

No fue hasta 1868 que la Escuela de Medicina contó, por primera vez, con una Clínica de obstetricia («escuela práctica») para adiestrar a los alumnos y parteras en los asuntos de los partos «naturales y anormales» (12). La Clínica abrió sus puertas en la Casa de Maternidad (1866) a donde fueron recibidas todo tipo de parturientas, reservadas y prostitutas. El primer encargado de la clínica fue el Dr. Aniceto Ortega, en ese momento subdirector de la Casa de Maternidad, quien tuvo a su disposición una caja de fórceps, pelvímetros internos y cefalotribos (instrumentos para realizar craneometrías); modelos de pelvis, úteros y fetos para apoyar sus clases (13). Con esa cátedra de Obstetricia de la

(11) Además de la sección para partos reservados del Hospicio de los pobres estaba la de la «Casa de los desamparados»; ambas fueron cerradas en 1861. LEÓN, nota 1, pp. 212-218 y 306-309.

(12) LEÓN, nota 1, p. 318.

(13) En el «Inventario de los objetos que existen en la Casa de Maternidad, establecida el día 6 de junio de 1866» se reportan 32 instrumentos, entre ellos, pelvímetros de Van Huevel y de Baudelocque, fórceps de Dubois, de Pajot, de Smellie, cefalotribos de Depaul y espejos uterinos diversos; 8 modelos de úteros y 4 maniquies de pelvis y fetos. LEÓN, nota 1, pp. 314-315.

Maternidad se consolidó un grupo de médicos especializados en lo que se llamó el «arte de partear». El más destacado de ellos fue el Dr. Juan María Rodríguez (ca. 1828-1894), miembro de la Academia Nacional de Medicina (ANM, 1864) y autor de la *Guía clínica de Partos* (1870), referencia obligada en la época. Rodríguez, ante todo, fue un clínico: en 1869 obtuvo la plaza de adjunto de la Clínica Obstétrica de la Casa de Maternidad y en 1875, cuando murió Ortega, tomó el cargo de Jefe de la Clínica de Obstetricia de la Maternidad hasta 1894 (14). Alrededor de Rodríguez y de Aniceto Ortega se formaron muchos otros médicos como obstetras, entre ellos, Ignacio Capetillo, Ángel Contreras, Antonio Careaga, Lino Villareal, Rosendo Gutiérrez y Velasco. A fines del siglo eran parte de la influyente elite de médicos que, a pesar de sus diferencias, pretendían convertir el *arte de partear* en una *práctica científica* (15).

El espacio ganado en la Maternidad, sin embargo, no se tradujo automáticamente en el dominio médico de los instrumentos de obstetricia. Hasta la década de los ochenta, aún contando con un espacio para entrenarse, los médicos, las parteras y las autoridades no estaban de acuerdo en cómo usar los instrumentos o sobre qué espacios o cuerpos era legítimo hacerlo.

Al menos en dos ocasiones la sección de Beneficencia del Ministerio de Gobernación, autoridad encargada de los hospitales de la ciudad de México (incluida la Casa de Maternidad), llamó la atención de los estudiantes y del Jefe de la Clínica de la Escuela de Medicina sobre las consecuencias de sus prácticas. En 1880, el Ministerio les pidió «se procure molestar lo menos posible a las enfermas, tanto en lo material como en lo moral». Esta recomendación no se originó porque las parturientas se hubieren quejado de las maniobras médicas (16). Más

(14) Para una comprensión más amplia de su obra, GORBACH RUDOY, nota 1.

(15) Es relevante mencionar que esos médicos de la clase media urbana, tenían fuertes lazos con la elite gobernante. Sus ideas reflejan los deseos y las ansiedades morales de esa elite, aunque no necesariamente son un reflejo de la vida de la población de la época. MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando. *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, FCE-SEP, 1987.

(16) Archivo Histórico de la UNAM-Centro de Estudios sobre la Universidad (AHUNAM-

bien fue el personal encargado de las parturientas que se quejaba de los exámenes clínicos realizados por el Jefe de la clínica de obstetricia y los estudiantes de la ENM; conflictos que se venían suscitando desde 1870. Para las autoridades y el personal de la Casa de Maternidad, la institución solo debía servir:

«de asilo a las mujeres desgraciadas que no pueden tener la asistencia debida en las reducidas e insalubres cuartos que por lo común habitan en esta Capital los pobres, y para evitar los infanticidios que tan frecuentemente se cometen, casi siempre con el objeto de ocultar una falta, o por la consideración de que la asistencia del hijo les impide el trabajo que les proporciona la subsistencia, pero *por ningún motivo para que sirvan las enfermas asiladas en él para el estudio de Partos*» (17).

La intención de las autoridades no era prohibir a los obstetras ejecutar sus maniobras; más bien pretendían normar las operaciones e instrumentos obstétricos para asegurarles legitimidad. En esa ocasión, la Comisión de Beneficencia del Ministerio de Gobernación (comisión formada por médicos y administradores de los hospitales) resolvió que las prácticas médicas (incluso las realizadas sin instrumentos) sólo podían ensayarse con las mujeres que no tuvieran recursos para acceder a la atención privada de médicos o parteras, quedando excluidos los niños y las mujeres «decentes». Para lo que llamaron lo «más desgraciado» de la población, se autorizó

«una clínica de obstetricia que dependa directamente de la Escuela de medicina y en la cual las asiladas al ser en ella recibidas sepan que están obligadas a retribuir el servicio que van a demandar sufriendo todos los inconvenientes que trae consigo un Hospital Clínico» (18).

CESU), ENM, Dirección, Secretaría, Hospitales, Caja 34, Exp. 2bis, fol. 9.1-9.14 (9.1, 9.6 y 9.11). Basada en este mismo documento, Carrillo afirma que el motivo de ese proceso fueron las quejas de algunas mujeres. Sin descartarla, en este proceso no veo elementos para hacer tal interpretación. Véase CARRILLO, nota 1, p. 176.

(17) Informe del Visitador, 1882, nota 16, fol. 9.6v. La cursiva es mía.

(18) Informe del Visitador, 1882, nota 16, fol. 9.7.

Esta regulación pública sobre los cuerpos femeninos y las prácticas obstétricas también respondía a la disputa de los médicos con las parteras —profesionales o no— por dominar la atención de partos. Después de 1831, para ser practicantes «legítimas», las parteras debían cursar lecciones de obstetricia y aprobar un examen en la ENM. Aún cuando un número importante de ellas asistió a esas cátedras, muy pocas lograron obtener el título (19). Para ellas el título significaba acceder a una carrera profesional al abrigo de la institución médica, colocándolas por encima de sus colegas no tituladas, las llamadas «comadronas», a quienes veían como sus enemigas.

A lo largo del siglo, para controlarlas y, si era posible, arrebatarles su poder, las autoridades sanitarias vigilaban a las parteras, profesionales y comadronas por igual. *El Reglamento para parteras* de 1892, les prohibió practicar cualquier tipo de operaciones, manuales o con instrumentos; dejándoles como actividad principal la higiene de la parturienta y del recién nacido. Las parteras, lejos de estar desinteresadas en operar, lucharon por que no se les arrebatará ese aspecto que hasta entonces había sido parte de su práctica. En 1892, *La liga de Parteras* calificó de injusto al *Reglamento* y pidió al Presidente intervenir a favor de ellas. Argumentaron: si la Escuela de Medicina «nos facultó para ejecutar esas operaciones (obstétricas)», nos deben aceptar como «especialistas» (20). Pero ni las autoridades ni los médicos resolvieron a favor de ellas; los médicos como miembros de las instituciones públicas de Beneficencia y del Consejo Superior de Salubridad ejercieron su poder y las acabaron excluyendo de las operaciones y del uso de instrumentos. Lejos de lo corrientemente aceptado, en los usos de los instrumentos, algunas parteras profesionales trascendían la identificación clásica de lo

(19) Después de 55 años de lecciones médicas para las parteras, en 1881 sólo 140 habían obtenido el título. A reserva de más investigación se puede aventurar que un factor que influyó sobre el bajo número de parteras tituladas fueron, como sugiere Carrillo, los altos costos de los aranceles de titulación. CARRILLO, nota 1, p. 170, y LEÓN, nota 1, p. 268.

(20) AHUNAM-CESU, ENM, Institutos y sociedades médicas, Liga de Parteras, caja 42, exp. 1, 1892 [f. 2]. Véase también el Reglamento de 1892 en *La medicina científica*, núm.11, 1 de junio de 1892, 160-171.

femenino sin instrumentos y lo masculino asociado a ellos (21). Por eso, las relaciones entre médicos y parteras más que una cruda confrontación fue un crisol de oposiciones estratégicas. Hasta bien entrado el siglo XIX, las parteras —tituladas o comadronas— tenían una gran influencia sobre los partos y nacimientos; ellas eran quienes llamaban a los médicos a los cuartos de las parturientas y les abrían un espacio para afinar sus prácticas e instrumentos.

En ese contexto, el trabajo de adaptación del instrumental quirúrgico fue en gran medida un trabajo narrativo. Las historias clínicas producidas en el diario quehacer del médico en los hospitales y maternidades formaron un cuerpo doctrinario en el que afinaron y reforzaron sus prácticas obstétricas. Lejos de ser meras exposiciones de métodos operatorios, en las historias clínicas las prácticas instrumentales se definían a partir de las recomendaciones y normas que médicos y pacientes debían observar en el curso de las operaciones. Esas normas, en la práctica cotidiana, debían afinarse y, en el caso de nuevos hallazgos, replantearse. La intención era crear una línea continua entre las narraciones clínicas y el diario encuentro con los fenómenos del parto. Pero, el orden narrativo de las prácticas médicas, el guión que los médicos se daban para actuar en el teatro pélvico era más preceptivo que empírico. En la distancia que se generaba entre la prescripción y la práctica diaria encontraron su peculiar definición las prácticas obstétricas y los cuerpos femeninos.

3. *LA NARRATIVA CLÍNICA DE LA PRÁCTICA INSTRUMENTAL*

Los obstetras publicaron sus experiencias en diversas revistas especializadas de la época, entre ellas, la *Gaceta Médica de México* (1864-)

(21) Las implicaciones de género en la profesionalización de las parteras es un tema que merece mayor investigación pero queda fuera de los alcances de este artículo. Sobre las parteras como usuarias de instrumentos en Europa véase: TATLOCK, Lynne. *Speculum Femininarum: Gendered perspectives on Obstetrics and Gynecology in Early Modern Germany*. *Signs: Journal of Women Culture and Society*, 1992, 17 (41), 725-760. Sólo como ejemplo, véase el conocido caso de la inglesa Sara Stone y sus usos de instrumentos, WILSON, nota 2, pp. 57-59.

publicación de la influyente Academia Nacional de Medicina. Veían en esas historias clínicas un corpus de conocimientos propios, «depósito de tanto secretos, manantial de ricos tesoros», guía normativa para la acción del buen obstetra (22). A pesar de sus diferencias, las historias clínicas muestran un orden similar: la narración siempre comenzaba con el diagnóstico o *conmemorativo*, luego se abordaba el *operatorio* y terminaban con las *reflexiones*. Para los médicos éste era el orden científico de la clínica, la repetición de su método (23).

En el diagnóstico, por medio de la palpación y la auscultación, el médico recogía los «síntomas» del embarazo y, si era el caso, se centraba en identificar la posición del feto dentro del vientre. Los médicos recomendaban no confiar en los «síntomas racionales» o dichos del paciente sino en los «síntomas físicos», a los que accedían por los sentidos, palpando, oyendo y mirando (24). En muchas ocasiones los médicos se limitaban al tacto y a las exploraciones vaginales digitales pero, para extender lo más posible la mirada, también recurrían a instrumentos como los espejos vaginales; al estetoscopio, cuando querían oír los latidos del corazón del feto y a los pelvímetros, para determinar el tamaño del canal pélvico uterino. Usaban pelvímetros «externos», como los del cirujano francés Jean Louis Baudelocque (1746-1810), una suerte de compás que se aplicaba una punta en el cóccix y la otra en el pubis; el ángulo resultante equivalía a la medida de la pelvis. Se recurría también a pelvímetros «internos», como el de Van Huevel, regla graduada con un extremo redondo, diseñado para ser introducido en la vagina y el otro para colocarse en el dedo índice del obstetra. Los médicos mexicanos solían recurrir también a mediciones digitales de la distancia entre el pubis y el sacro; apoyados únicamente en sus dedos índice y medio (25).

(22) GUTIÉRREZ Y VELASCO, Rosendo. *La dystocia en México*, México, Imprenta de I. Escalante y Cía., 1872, p. 6.

(23) Para una noción de clínica en México, MARTÍNEZ CORTÉS, nota 15.

(24) CAREAGA, Antonio. Observación que prueba la importancia de la percusión y auscultación en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades. *Gaceta Médica de México* (en adelante *GMM*), 1868, 3, 235-236 (p. 235).

(25) Para una descripción de los pelvímetros usados en México, FENELON, Jean

Las pelvis se convirtieron en el escenario del diagnóstico obstétrico (26). Para diagnosticar el médico se limitaba a lo ahí visto y medido y de estos pasos dependía el *operatorio*, es decir, los procedimientos y operaciones que seguirían. Por eso, en casos difíciles, los médicos solían invitar a otros colegas y estudiantes a consensuar sus decisiones, si vigilar el parto natural o intervenir y operar.

En general, el tipo de operaciones practicadas dependían de si se determinaba que se trataba de un parto feliz o uno distócico (27). Para decidirlo el obstetra ponía toda su atención a la mecánica del parto y a la geometría de las pelvis. Inspirados en las obras de los cirujanos franceses Baudelacque, Cazeaux y Pajot, consideraban que a la hora del parto el feto cumple un rol pasivo. La principal causa de los partos distócicos se atribuía a la desproporción entre el feto y el tamaño de la pelvis. Así, una de las causas de los partos obstruidos eran las malas posiciones del feto (presentaciones podálicas, pélvicas y de hombros), impidiéndoles aprovechar los ejes pélvicos, mermando los esfuerzos del útero para su expulsión (28). También se mencionaban las malformaciones pélvicas de la madre causadas por el raquitismo, la osteomalacia o luxaciones congénitas de los fémures. Aunque en México, los obstetras mexicanos creían que las deformaciones pélvicas provocadas por esos padecimientos eran raras entre las mexicanas (29).

François. *Vices de conformation du bassin. Thèse pour le Doctorat en Médecine*, Paris, Rignoux, 1860, pp. 19-20.

- (26) La pelvis como el escenario (*stage*) de la práctica obstétrica, donde actúan los médicos pero también de las pacientes. KAPSALIS, nota 4, pp. 33 y ss
- (27) Generalmente cuando las parteras decidían que enfrentaban un parto distócico llamaban al médico. Hay que subrayar que poco a poco los médicos empezaron a determinar si era o no un parto distócico. Para el caso de los países europeos, ARNEY, nota 2, pp. 51-53.
- (28) Véase, SPEERT, Harold. *Obstetric & Gynecologic milestones illustrated*, New York, The Parthenon Publishing Group, 1996, pp. 166-170, y HIDDINGA, Anja; BLUME, Stuart S. Technology, science, and obstetric practice: The origins and transformation of cephalopelvimetry. *Science, Technology & Human Values*, 1992, 17, 154-179.
- (29) RODRÍGUEZ, Juan María. *Breves apuntes sobre la obstetricia en México, Tesis de concurso*, México, 1869, p. 23.

En casos de partos obstruidos en los que se recurría a intervenciones con instrumentos, los médicos solían hacer detalladas y realistas historias clínicas de los accidentes que enfrentaban las pacientes. Pero las operaciones mismas y los propios instrumentos quedaban fuera del detalle, sólo se mencionaban. Se les trataba como manipulaciones auto-evidentes, habilidades sobreentendidas; quizás por eso los instrumentos rara vez eran ilustrados. El efecto de ese contraste narrativo refleja la posición anti-intervencionista de la gran mayoría de los obstetras mexicanos.

La clínica aconsejaba al médico y a las parteras profesionales que cuando se detectara una mala presentación del feto o se sospechara de alguna malformación pélvica debían actuar conservadoramente, con vigilancia (30). Como sucedió con los obstetras franceses, en México se consideraba que la gran mayoría de los partos eran naturales y felices. Decían estar acostumbrados al «trabajo natural [que] no requiere de parte del hombre del arte más que una tranquila y prudente asistencia, la calma y espera necesarias para dejar obrar a la naturaleza» (31). Se recomendaba dejar los instrumentos como «último recurso»; evitar llegar a la casa de la parturienta con «los instrumentos en la mano», dejarlos hasta «cuando los esfuerzos del útero resultaran insuficientes para expulsar al feto» (32).

El postulado no intervencionista encontró su mejor expresión en las operaciones manuales, las llamadas «versiones obstétricas», operaciones muy apreciadas entre los médicos mexicanos, también ampliamente practicadas entre los obstetras europeos (33). Las llamadas ver-

(30) CONTRERAS, Ángel. Observación de un caso de versión cefálica que practicó por medio de maniobras mediatas el profesor de clínica de obstetricia D. Juan María Rodríguez. *GMM*, 1870, 5, 42-52 (p. 46).

(31) ORTEGA, Aniceto. Distocia por el cuello uterino. *GMM*, 1870, 5, 272.

(32) CAPETILLO, Ignacio. Parto provocado por el procedimiento de Kiwish, reformado en México, con motivo de un vicio de conformación de la pelvis en que ha reducido a siete y medio centímetros al diámetro sacro-pubiano. Fórceps. Versión. *GMM*, 1872, 7, 177-183 (pp. 181-182).

(33) GOVANTES Y VERA, Juan N. ¿En qué casos debe hacerse la versión y cuándo la aplicación del fórceps? *GMM*, 1872, 7, 205-211, 221-225 (p. 206). El operativo de esas manipulaciones era muy similar al adoptado entre los franceses e ingleses, véase, ARNEY, nota 2, pp. 20 y 22.

siones externas consistían en masajes que el médico ejercía, presionando sobre el vientre de la madre, para corregir una «mala» presentación del feto (de pies o tronco) y «colocarlo» en la posición cefálica, considerada la óptima para un parto normal. Se les consideraba un «medio fácil, inocente y eficaz», superior a los empleados por las comadronas (34). Por siglos, ellas habían practicado operaciones similares que llamaban «arreglar al niño»; prácticas que los obstetras se empeñaron en calificar de «irracional(es) y absurda(s)» (35). Según ellos, la versión médica tenía un origen «científico», perfeccionada por cirujanos europeos, el francés Mauriceau, el alemán Wigand y el inglés Smellie.

La indicación era practicarlas durante el parto, pero como una rutina profiláctica se recomendaba ejecutarlas desde el octavo mes del embarazo, para corregir malas posiciones fetales y evitar innecesarias intervenciones con fórceps. Un colega de Rodríguez lo expresó así:

«Como se ha visto, un reconocimiento practicado a tiempo, sin alarmar a la madre y sin ofender en nada el pudor natural de la muger, permitió descubrir una situación peligrosa [mala posición del niño], [si se abandona] (como comúnmente lo hacen las mugeres de nuestro pueblo, y aún las de la clase acomodada) exigen maniobras difíciles (...) que compromete(n) de una manera inminente la salud de las mugeres y aún su vida» (36).

También practicaban la «conversión» que consistía en efectuar operaciones manuales al interior del útero. Cuando se hacía con los fórceps la llamaban «versión interna». Como las versiones externas, la prescripción era ejecutarlas al momento del parto, también para corregir la posición del feto. En teoría el médico sólo debía acudir al fórceps

(34) RODRÍGUEZ, Juan María. Parto a término natural del embarazo; presentación pelviana en segunda posición. Extracción de la placenta. Puerperio fisiológico. *GMM*, 1872, 8, 103-106 (p. 106).

(35) «Existe entre las rutineras costumbres de las parteras la de componer el vientre; pero ¿qué relación puede tener esta práctica irracional y absurda con la ejecución metódica y científica de la operación de Wigand?». ALGO sobre parteras [editorial]. *El Estudio, Semanario de Ciencias Médicas, órgano del Instituto Médico*, 1875, 1, 57-60, 96-100, 153-159 (p. 59).

(36) CONTRERAS, nota 30, p.46.

cuando las versiones externas o conversiones no fueran suficientes para esos reacomodos o para vencer la estrechez pélvica (37) (Figura 1).

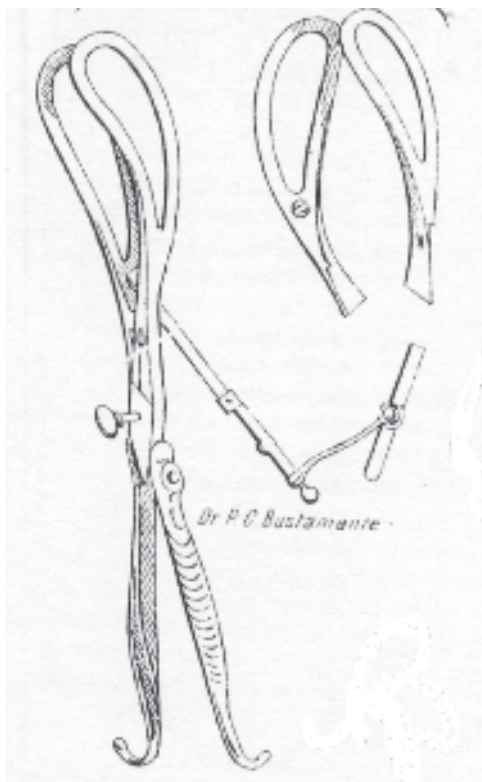


Figura 1.—«Forceps del Dr. Bustamente». Detalle tomado de LEÓN, Nicolás. *La historia de la obstetricia en México*, México, Vda. de Ch. Bouret, 1910, p. 486. Biblioteca Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México.

- (37) En la época existía una gran diversidad de tipos de fórceps, lo que indica una baja estandarización de sus formas. Se usaban los llamados «tradicionales», como los de Pajot y Levret; los cortos o largos, curvos o derechos. También utilizaban los «armados», como los ingenidados por Tarnier, quien le agregó una «aguja» o palanca que guiaba la mano del operador para seguir el eje de tracción pélvico. Esta diversidad de estilos no era exclusiva de México; sucedía en Europa y Estados Unidos. Véase, LEAVITT, nota 2, pp. 52-57.

Las historias clínicas no dedicaban espacios para hablar de los fórceps. La doctrina los definía como «una gran pinza que reemplaza a las manos ventajosamente»; «para sujetar la cabeza del feto en su diámetro biparietal o por las orejas, para expulsarlo» (38). Definitivamente, para los médicos se trataba de artefactos para salvar vidas pues servían para «vencer cualquier resistencia que se opusiera al libre funcionamiento de los mecanismos de la naturaleza» (39): por una mala presentación o por una desproporción entre el calibre del canal vulvo-uterino y del feto. Generalmente los fórceps se aplicaban con anestésicos, habitualmente cloroformo y se cuidaba la asepsia.

Los obstetras reconocían que los fórceps implicaban arriesgadas operaciones; podían provocar fistulas vesico-vaginales, perforaciones de la matriz, el desbridamiento del piso perineal o heridas en la cabeza del feto. De hecho, las narraciones clínicas dejan ver que no había acuerdos en cómo y cuándo intervenir con ellos; si emplearlos en primera instancia o recurrir a una versión. Era en estos momentos que solían consultar la opinión de sus colegas; pero raras veces tomaban en cuenta la opinión de la parturienta o de los familiares (40). Con todo, Rodríguez y sus contemporáneos frecuentemente experimentaban con fórceps; para allanar sus incertidumbres y no fallar a la hora de usarlos los médicos dictaron detalladas indicaciones y normas.

(38) GOVANTES Y VERA, nota 33, p. 222.

(39) RODRÍGUEZ, Juan María. Tocología. Parto a término de una primípara. *GMM*, 1872, 7, 47-55 (p. 53).

(40) Como sucedió en Estados Unidos, en México conforme los obstetras incorporaron más procedimientos quirúrgicos, más apremiante fue la necesidad de encontrar criterios para decidir cuál era el mejor medio para expulsar a un feto obstruido. En Norteamérica, a diferencia de México, las mujeres, sus esposos y familiares participaban en esas decisiones. LEAVITT, J. W. The growth of medical authority: Technological and morals in the turn-of-the-century Obstetrics. *Medical Anthropology Quarterly*, 1987, 1 (3), 230-255 (p. 232). A reserva de más investigación, los médicos mexicanos tomaban esas decisiones sin consultar a la paciente, pero ellas y sus parteras eran quienes decidían si llamar o no al médico; y, en rarísimos casos, algunas llegaron a opinar sobre las posibilidades de ser operadas. Véase RODRÍGUEZ, nota 39, p. 55.

La retórica clínica favorecía a los *partos naturales*, dentro de los que cabían manipulaciones manuales (versiones y conversiones). En esta concepción, la *naturaleza* se representa como una fuerza que impulsa los movimientos mecánicos del útero para llevar al feto a una postura correcta y ser expulsado. Ese trabajo natural no excluía la posibilidad de accidentes o patologías pélvicas que obstruyeran al parto (41). Así aún con problemas, un *parto artificial* (por ejemplo, resuelto con fórceps) podía terminar bien pues un parto *feliz* podía ser obra de la *naturaleza* y de los obstetras. Todo dependía de la habilidad de los obstetras para *imitar* a la *naturaleza*, concretamente de su habilidad para apegarse a los valores que la *naturaleza* encarnaba: la expectación y la paciencia (42). Por eso, los métodos operatorios de los fórceps adoptaban como modelo de acción a la naturaleza, pues conocer sus «valores» era igual a conocer los límites legítimos de las operaciones médicas. Con esas ideas en mente, el Dr. Ignacio Abogado, partidario del uso del fórceps, atribuyó los fracasos de los médicos con el fórceps a la reprochable conducta de sus colegas de ignorar la naturaleza de la pelvis:

«¿Y los parteros todos al aplicar el fórceps *imitan* real y verdaderamente a la naturaleza? (...) No creemos, ni queremos herir a nadie, afirmando que no y creemos al contrario hacer un bien diciendo con franqueza que muy pocos observan en este caso una conducta irreprochable» (43).

Las historias clínicas se cerraban con las *Reflexiones*, espacio destinado a legitimar sus decisiones operatorias y las terapéuticas; si era el caso, evaluaba también las tomadas por las parteras, antes de su arribo a la casa de la parturienta. En esas narraciones, el médico personificaba la parsimonia mientras que las comadronas, incluso las parteras, eran descritas como «operadoras de sangre fría», apresuradas interventoras (44).

(41) VILLAREAL, Lino. Clínica de obstetricia. *El porvenir*, 1871, 3, 78.

(42) ALGO sobre parteras, nota 35, p. 99.

(43) ABOGADO, Enrique L. *La Medicina científica*, 1893, 6 (12), 177-183 (p. 179). La cursiva es mía.

(44) En una de esas *Reflexiones* Rodríguez decía que los parteros y parteras sin título, violentaban a las parturientas, usando «bebistrajos de todas especies, (que) embaucan

Innumerables historias de clínica obstétrica advertían que darle la espalda a la parsimonia significa violentar a la naturaleza y, por extensión, a la profesión médica. Ahí se conectaba lo natural y lo legítimo a lo «científico»: de modo que sólo aquel que conocía las leyes de la naturaleza podía imitarlas. La convicción era que para realizar exitosas operaciones con fórceps se debían adoptar conductas irreprochables, ni apresuradas ni violentas.

El conjunto de normas y prescripciones descritas en las historias clínicas ofrecían, de algún modo, identidad a las operaciones con instrumentos, en este caso, a los fórceps. Pero en la práctica cotidiana una vez que esos instrumentos tomaban vida en el teatro de las operaciones obstétricas, las pelvis adquirían plena identidad. Si en las narraciones clínicas las pelvis encarnaban a la *naturaleza* misma, en las prácticas revelaban ser una cavidad, compleja, impredecible y desconocida, por momentos, distante de esa figura reguladora y normativa de la *naturaleza*.

4. FÓRCEPS Y PELVÍMETROS EN PELVIS «DEFECTUOSAS»

La mayoría de los casos que los obstetras atendían eran partos difíciles, llamados por alguna partera u otro médico; sólo en raras ocasiones las mujeres los llamaban con anticipación. Sin duda, ello determinó el carácter de sus prácticas (45), despertándoles mucho inte-

a los incautos (...) que les propina el cocimiento de zihuatlpatl, ocytócico indígena, útil cuando se sabe emplear, pero peligroso en las manos de gentes las más vulgares y audaces que se pueda». RODRÍGUEZ, Juan María. Embriotomía y evolución artificial (procedimiento de Scanzoni). *GMM*, 1870, 5, 326-332, 333-338 (p. 334).

- (45) Como lo ha mostrado Wilson detrás de la noción genérica de partero (*man-midwife*) se esconden distintos tipos de prácticas obstétricas pues sus acciones dependían de qué mujeres los llaman (ricas, pobres, clase media) y en qué momento lo hacían (con anticipación o en un momento de peligro). WILSON, Adrian. William Hunter and the varieties of man-midwifery. In: William F. Bynum; Roy Porter (eds.), *William Hunter and the eighteenth-Century medical world*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985, pp. 343-369.

rés en las patologías pélvicas y en el dominio de las operaciones asociadas a ellas.

A pesar de los desacuerdos, los manuales obstétricos coincidían en que los fórceps debían emplearse cuando el feto presentara una posición «peligrosa» (podálica, pélvica o de hombros) o si la madre tenía una pelvis estrecha. Para identificar esta última situación, los médicos solían medir las pelvis pues la estrechez no es detectable a simple vista, puesto que es independiente de la talla de la mujer. Por ejemplo, el Dr. Ignacio Capetillo, reconocido discípulo de Rodríguez, dijo que del conocimiento «exacto [del diámetro de la pelvis] y de la relación íntima que existe entre éstos y los diámetros del producto de la concepción, depende en gran parte el buen resultado del parto» (46). Por los médicos europeos se sabía que en ultramar una pelvis normal medía de 11 a 11,5 centímetros de diámetro sacro-pubiano, con una altura pubiana de 3 a 4 centímetros (47). Asumiendo que en México las mujeres no padecían de raquitismo, la pregunta de esos médicos era ¿cuál es la causa de que en la «práctica nacional» se encuentren pelvis obstruidas? A lo largo del siglo, aprovechando la infraestructura de los hospitales y las maternidades, coleccionaron medidas pélvicas esperando conocer el porqué de los estrechamientos.

A fines del siglo XVIII, entre otros, los cirujanos Baudelocque y Smellie popularizaron el hallazgo de que la medida interna de la pelvis era equivalente al diámetro antero-posterior o sacro-pubiano (48). Sin

(46) CAPETILLO, Ignacio. Consideraciones acerca del valor diagnóstico de la pelvimetría externa. *GMM*, 1879, 14, 3-7 (p. 3).

(47) Las medidas de las mujeres europeas, que los médicos mexicanos consideraban «normales», fueron tomadas de los diferentes estudios de obstetricia leídos en la época, entre otros, Cruveilhier, Boudelocque, Cazeaux, Naegale y Sappey, Pajot, Velpeau, aunque sus medidas no coincidían entre sí. Casi siempre esas discrepancias dependían de los puntos y planos de referencia tomados por cada autor. Por ejemplo, Cazeaux, médico francés, decía que una pelvis normal, en el plano superior, tomando el diámetro antero-posterior o sacro-púbico mide en promedio de 10 a 11 y medio centímetros; pero el diámetro entre los isquiones y la parte descendente del pubis (diámetro transversal) era de 13 centímetros y medio. CAZEAUX, nota 10, pp. 41, 586 y ss.

(48) HIDDINGA, nota 2, p. 96.

embargo la dimensión interna de la pelvis, conocida como *conjugata vera*, sólo podía conocerse sobre pelvis disecadas pues no podía medirse entre mujeres vivas. En esa época, los médicos europeos y mexicanos aproximaban las medidas de las pelvis calculando lo que llamaron la *conjugata diagonalis*, es decir, la distancia diagonal entre el hueso ilíaco y el hueso del pubis, mensurable en personas vivas. A partir de esta medida, por medio de triangulaciones, se aproximaba la verdadera dimensión de la pelvis (49).

Los médicos se enfrentaron a muchas dificultades para obtener y luego sistematizar esas medidas pélvicas. No confiaban en los instrumentos, especialmente en los pelvimetros externos. Frecuentemente había discrepancias entre una medida y otra, aún en un mismo sujeto. Con una experiencia de siete años en la Casa de Maternidad, el Dr. Capetillo prefería las mediciones digitales. Decía: «la pelvimetría externa (...) no creo pueda servir, como algunos opinan, de medio diagnóstico, pero ni aún siquiera de guía en los casos de angustia pelviana» (50). Con todo y las sospechas de error, esas medidas se volvieron cruciales pues servían para decidir cuándo usar o no los fórceps.

Buscando sistematizar las medidas de las «pelvis mexicanas», en 1869 Rodríguez llamó la atención a sus colegas sobre lo que él llamó «el fatal secreto», la «pelvis acorazada»:

«Se entiende por pelvis acorazada aquella en que el pubis se aproxima al ángulo sacro-vertebral, y más comúnmente aquella en que el pubis tiene mayor longitud de la ordinaria, de lo que resulta el acortamiento del diámetro coxi-pubiano. La palabra *barré* [acorazada] equivale en nuestro idioma patrio a barrear, atrancar, cerrar un paso, obstruirle, hacer dificultoso, etc.» (51).

(49) Sobre el método de mediciones en México, GUTIÉRREZ Y VELASCO, nota 22; ZÁRRAGA, Fernando. La pelvimetría. *Revista de Anatomía patológica y Clínica*, 1896, 1 (13), 447-449; y DUQUE DE ESTRADA, Juan. *Contribución al estudio de las deformaciones pélvicas en México*, México, Tip. y Lit. La Europea, 1901, p. 30. Sobre otras técnicas de medición pélvica similares usadas en Europa, SPEERT, nota 28.

(50) CAPETILLO, nota 46.

(51) RODRÍGUEZ, nota 39, p. 53. El interés por la teratología explica que haya sido Rodríguez el autor de esta tesis. Véase GORBACH RUDOY, nota 1.

Con ello concluía que la mexicana poseía un pubis con un espesor mayor a lo normal: en lugar de medir 4 centímetros, como entre las europeas, lo encontró de 6 a 7 centímetros. Esta condición tenía como efecto reducir el diámetro coxi-pubiano, en lugar de 11 centímetros en la mexicana se reducía a 6 ó 8 centímetros. Para Rodríguez esta especial «conformación» explicaba por qué en México pelvis aparentemente normales producían partos difíciles. Esa especial disposición huesosa de las mexicanas, agregó su más fiel alumno, «sin alterar de un modo apreciable exteriormente la pelvis», «son el origen de la mayor parte de las causas de distocia que se presentan en la práctica nacional» (52). Con el argumento de la pelvis acorazada las dudas sobre los usos legítimos de los fórceps empezaron a minimizarse. Efectivamente, la supuesta peculiar conformación pélvica femenina de las mexicanas empezó a operar como explicación de las dificultades prácticas asociadas a los fórceps (Figura 2).

Para la década de los ochenta, las prácticas no intervencionistas de los obstetras empezaron a ceder ante la fuerza de la tesis de las pelvis estrechas. Con más frecuencia y ante cualquier tipo de parto, la sospecha de encontrarse ante un caso de una pelvis «acorazada», el médico recurría a los fórceps. El Dr. Florencio Flores, otro discípulo de Rodríguez, dijo: «Hay interés en proceder de esta manera (usar fórceps), porque entre las mexicanas, de la pelvis abarrotada normal a la pelvis estrecha y viciosa, no hay más que un sólo paso» (53). Aún más, el supuesto estrechamiento pélvico minimizaba los errores o conductas reprochables del obstetra pues sus fallos con los fórceps podían atribuirse a esa condición femenina. Poco a poco, el significado de los fórceps cambió, asociándose a gestos o procedimientos para salvar la vida de las mujeres, en un medio para curarla de sus supuestos «defectos».

Como si fuera lógico las supuestas pelvis «acorazadas» se asociaron a lo que los médicos llamaban defectos o anomalías hereditarias (54).

(52) CAPETILLO, nota 46, p. 4.

(53) FLORES, Florencio. Ligeros apuntes de pelvimetría comparada. *Revista Mexicana de Medicina*, 1890, 2, 294-344 (p. 295).

(54) El siguiente extracto es típico, en donde se asocia distocia a defecto de conformación pélvica: «Esta casualidad (una hemorragia antes del parto) hizo que se

Síntesis comparativa de las medidas de la pelvis de la mujer en

GRAN PÉLVIS.

	Miso.	alemán.	Franc.				Inglés.
			Medida Pelv.	Constit.	Constit. ant.	Medida Pelv.	
Distancia entre las caderas altas entre superiores,	52 a 23 c.	23 cent.	24 cent.	22 a 26 c.	0	50 cent.	
Distancia entre la parte más elevada de las caderas altas	282 a 344.	28	27	30 a 37	30 a 36 cent.	36 1/2	
ANATOMÍA DE LA PELVIS.							
	en centim.	en centim.	en centim.	en centim.	en centim.	en centim.	
Diámetro de caderas superior,	Antero-posterior	108	110 a 115	110 a 115	110	110	108
	Oblicuo	101	100	101	105	100	100
	Transversal	101	105	105	105	100	100
Diámetro de la conjugación,	Antero-posterior	118	122 a 126	120 a 124	0	0	120
	Oblicuo	120	125	121	0	0	120
	Transversal	120	130	130	0	0	120
Diámetro del estrecho inferior,	Antero-posterior	9	10	10	10	10	10
	Oblicuo	100	100	100	100	100	100
	Transversal	100	100 a 110	110	110	110	100
Paral. anterior	8, 5	40	40	40	36 a 40	0	
Paral. lateral	35	55 a 70	50	50	50 a 100	0	
Paral. posterior (línea que va del ángulo anterior superior a la punta del sacro)	110	120 a 125	110	0	0	0	
Longitud de la cuarta cadera, medida de proyección a la punta del sacro	132		130	120	0	0	
Distancia entre los ángulos superiores	144	110	0	0	0	0	

Aunque he tratado de reunir las medidas de las pelvis tomadas por varios autores de distintos países, no he podido, por el objeto, dar de los que difieren en el tipo.

Figura 2.—«Comparación de mediciones pélvicas». Tomado de FLORES, Florencio. Ligeros apuntes de pelvimetría comparada. *Revista Médica de México*, 1890, 2, 346. Hemeroteca Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México.

Efectivamente, ese supuesto vicio de conformación de las pelvis femeninas hacía eco de una serie de supuestos antropológicos sobre las patologías. En la época algunos médicos, europeos y mexicanos, creían que una misma enfermedad afectaba de manera diferente a personas de distintas razas, al grado que una misma entidad patológica, en diferentes contextos geográficos, podía modificarse en sus manifestaciones. De acuerdo a ello, esto se explicaba, entre otras razones, por la propensión de algunas razas a sufrir «regresiones» o «detenimientos en el desarro-

viniera a cuenta del vicio de conformación de la pelvis, que hasta entonces había pasado desapercibido para la interesada y para cuantos médicos tuvieron la ocasión de tratarla en sus abortos anteriores. La dificultad que el operador tuvo para llegar al fondo de la matriz vino a revelar el fatal secreto: la pelvis tenía un estrechamiento que interesaba al diámetro anterior posterior del estrecho superior». CAPETILLO, nota 32, p. 178.

lo», provocando defectos de conformación u otras enfermedades (55). Amparado en esos argumentos, el doctor Flores decía que dado que las pelvis nacionales «normales» diferían notablemente de las europeas, la población femenina mexicana no estaba lejos de un «vicio de conformación». Para los defensores de estas ideas, los supuestos «defectos» de la raza mexicana desaparecerían vía la acción hereditaria del mestizaje (fundiendo la raza india con la mestiza), con la educación e higienización de la población. Así Flores esperaba que el «vicio» pélvico desaparecería al consumarse en la población la total fusión racial de indios y blancos, es decir, cuando dominara una sola raza, la «mexicana», cuando México alcanzara el grado de civilización europea (56).

Aunque nunca se ofrecieron pruebas conclusivas de su existencia, las supuestas pelvis estrechas se grabaron en la práctica médica. Sin más investigaciones a fondo y prácticamente sin detractores, la elite médica adoptó la tesis de la «pelvis acorazada» (57), misma con la que solían justificar las intervenciones obstétricas: si el progreso del país se detenía por algunos elementos degenerativos de la población, como era el caso con los indios y las mujeres, el médico tenía artefactos para contribuir al progreso (58).

Sin duda, las pelvis se convirtieron en el objeto del control médico pero también de las autoridades preocupadas por la reproducción de la

-
- (55) Sería imposible citar aquí la enorme cantidad de trabajos que produjeron médicos, antropólogos y viajeros sobre las características raciales de los mexicanos. Un análisis interesante del tema: URÍAS HORCASITAS, Beatriz. *Indígena y criminal. Interpretaciones del derecho y la antropología en México. 1871-1921*, México, Universidad Iberoamericana, 2000.
- (56) FLORES, nota 53, pp. 330-331.
- (57) Los únicos críticos de la tesis de Rodríguez que conozco fueron: Manuel T. González y Ambrosio R. Olivares, dos médicos de provincia y el Director de la Maternidad, el Dr. Juan Duque. Sobre González y Olivares: TOCOLOGÍA [editorial]. *El Estudio*, 1889, 1 (17), 266-272, y DUQUE DE ESTRADA, nota 49.
- (58) Este tema ha sido abordado en el contexto más amplio de América Latina: STEPAN, Nancy L. *The hour of eugenics: Race, gender and nation in Latin America*, Ithaca, Cornell University Press, 1991; STOLER, Ann L. Making empire respectable: the politics of race and sexual morality in 20th-Century colonial cultures. *American Ethnologist*, 1989, 16 (4), 634-660.

población. Cada vez que los obstetras intervenían con sus fórceps hacían públicas las partes privadas pélvicas (59). Las operaciones obstétricas no eran la suma de privadas historias de patologías femeninas. Al intervenir en las pelvis con instrumentos, las prácticas médicas se hacían eco de las inquietudes raciales y de género de la época. Por ejemplo, los obstetras excluyeron la anatomía de los varones de la tesis del acorazamiento pélvico. En la jerarquía política de las razas, al varón mexicano aunque diferente del europeo, los médicos lo ubicaron en el lugar de lo «normal» mientras que la mujer, por sus supuestos defectos pélvicos, fue ubicada en el límite de ese espacio, en la ambigua situación de que siempre requeriría atención médica.

Los usos legítimos de los fórceps movilizaron los ideales y juicios médicos sobre sus propios instrumentos y los cuerpos femeninos. Así, cada vez que los instrumentos se ponían a operar en las pelvis construían conocimientos y habilidades al tiempo que reproducían las valoraciones y asimetrías raciales y de género de la cultura de la época.

5. CONCLUSIONES

La historia de las prácticas tecnológicas médicas no es un proceso que se explique por designio alguno. Como en el caso de otros instrumentos médicos, los fórceps no se adoptaron y se difundieron porque en sí mismos fueran los medios más adecuados al tratamiento de los partos obstruidos; tampoco porque fueran la opción menos riesgosa.

La tendencia a incrementar aspectos técnicos en los procedimientos obstétricos estuvo cruzada, en este caso, por la creación de una normatividad que recreaba, en las historias clínicas, a los procedimientos instrumentales como parte de gestos cautos y moralmente correctos. Pero si esta dimensión normativa fue propicia para que los médicos buscaran desarrollar habilidades para usar los instrumentos, también intervinieron razones políticas. En cada operación los fórceps eran más que tecnicismos,

(59) KAPSALIS, nota 4, y CODY, nota 4, p. 479.

eran parte de discursos y prácticas que revelaban las partes privadas de las pelvis, conectándolas a las angustias públicas sobre supuestos «defectos» raciales en la población y a la urgencia nacionalista por una población mexicana vigorosa. En suma la adopción de los fórceps dependió de un complejo ajuste entre dimensiones técnicas y normativas, políticas de género y raciales dominantes en la época.

Hay que subrayar que en este caso, aún cuando podemos hablar de que las prácticas operatorias con instrumentos transformaron la atención médica de los nacimientos, en otros sentidos reafirmaron valores y juicios sobre las mujeres y, por extensión, sobre los indios. Sin duda, fue una característica local que los médicos de la época hayan asociado los usos de los fórceps y la creencia de que la mujer mexicana poseía pelvis «viciosas». Esto, sin embargo, no convierte a esta historia en caso «exótico». Como han mostrado otras historias médicas de Europa y Norteamérica, en la adopción de tecnologías y artefactos entre los médicos intervienen una compleja serie de intereses locales, políticas y normas; habilidades y conocimientos que no habría que desdeñar. Justamente, una perspectiva histórica y social de las prácticas médicas nos ha permitido pensar la incorporación e incremento de tecnologías operativas en una perspectiva que atienda a las diferencias culturales. Es decir, confirmar que la historia de la ginecología no es una progresión lineal que va de una atención tradicional y femenina a otra más efectiva y masculina. Sin duda, esta aproximación a la historia de las prácticas instrumentales me confirma que sólo he entreabierto la puerta para interrogar de nuevo a estos médicos y parteras que diariamente, en el curso de partos obstruidos, buscaban incorporar a sus prácticas instrumentos.