

## **Cuerpos y Pesares: Parir en la Antigua Buenos Ayres**

M. Pablo Cowen<sup>1</sup>

### **I**

La historia del cuerpo no consiste simplemente en devorar estadísticas vitales, ni en un conjunto de técnicas para descifrar las representaciones, sino que requiere más bien buscar el sentido de su interrelación. Dado el nivel de conocimientos existentes, hay que admitir que seguimos siendo bastante ignorantes en cuanto al modo en que los individuos y los grupos sociales han experimentando su yo corporal y cómo han considerado el cuerpo del otro. La simple noción de historia del cuerpo implica sin paliativos una drástica reificación y simplificación, un reduccionismo, cual si existiera un solo cuerpo en el cual se configure una historia unitaria. Indudablemente la historia del cuerpo debe dar paso a las historias de los cuerpos. Nosotros pretendemos analizar cómo eran apprehendidos los cuerpos de las mujeres grávidas, como eran miradas, escuchadas, contactadas, cuidadas, preservadas o “desechadas” por aquellos que experimentaban por ellas responsabilidad - médicos, parteras, curanderos, funcionarios estatales y religiosos- o amor – familia, amigos, vecinos- en definitiva cómo era considerada esa mutación que trocaba su cuerpo en otro todavía más frágil. Entorno que consideraba a esa mujer como un “recipiente con goteras”, tanto fisiológicamente – menstruación, llanto, lactancia- como psicológicamente, la mujer como ser hablador sin sentido. Una concepción del cuerpo como recipiente hueco dentro del cual circulan fluidos que se combinaban, se encontraban y reaccionaban entre sí; los órganos internos, en los casos raros que eran tomados en consideración se los concebía como canalizaciones o como bombas aspirantes y evacuantes respecto al fluir de los líquidos.<sup>2</sup>

### **II**

Es particularmente difícil hacer estimaciones precisas sobre la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Buenos Aires de las últimas décadas del siglo XVIII y primeras décadas del XIX. Analizando la situación de Buenos Aires, nada nos haría suponer que constituía un caso

---

<sup>1</sup> Doctor en Historia. Docente e Investigador de la Facultad de Humanidades y Ciencias de La Educación, Universidad Nacional de La Plata

<sup>2</sup> Mark S. Jenner; *Perilus Chastity: Women and Illness in pre- Enlightenment Art and Medicine*, N.Y, Ithaca, 1995. y “Body, Image, Text in early Modern Europe. *Social History of Medicine*” 12, 1999 Págs. 143-154. Thomas Laqueur; *Making Sex*. Cambridge, 1990. Roy Porter; “Historia del cuerpo revisada”. Págs. 271-299. En Peter Burke; *Formas de hacer historia*. Segunda edición. Madrid, Alianza, 2003. Aurelio Pérez Jiménez – Gonzalo Cruz Andreotti ; *Unidad y pluralidad del cuerpo humano. La anatomía en las culturas mediterráneas*. Madrid, Ediciones Clásicas. Mediterránea N ° 4, 1999

excepcional en relación con otras ciudades preindustriales. En nuestro análisis de las fuentes como las judiciales o aquellos productos de memorias y autobiografías se designaban comúnmente como ancianos a personas que no tenían más de cuarenta años o en testamentos donde sin advertir un peligro de vida inminente para el testador este recuerda que debido a su avanzada edad, en innumerables casos menos de cincuenta años, se hacía necesario testar para arreglar la adecuada partición de sus bienes.

### III

El ciclo demográfico en sociedades urbanas como la de Buenos Aires en la etapa citada se caracterizó por elevadas tasas de natalidad y mortalidad - variables y de difícil medición periódica - y en ocasiones elevada bruscamente por la eclosión de mortalidades catastróficas, que tuvo por consecuencia un crecimiento vegetativo débil y discontinuo. La natalidad elevada se correspondía con una fecundidad también alta, pero no natural. Diversos factores, biológicos y sociales, la limitaban eficazmente. En primer lugar, los nacimientos se producían casi siempre en el seno de familias constituidas ante la justicia pero el matrimonio no estaba generalizado, debemos considerar además el número de mujeres que permanecieron solteras y no procrearon. Por otra parte, el acceso al matrimonio, aunque dependía del modelo familiar imperante, debe considerarse además las edades en que las mujeres contraían el primer casamiento. Es dificultoso calcular el final biológico del período de fertilidad, pero la edad media de la mujer al nacer el último hijo rara vez superaba los cuarenta años. El período fértil efectivo resultaba, pues, bastante más reducido que el biológico. A ello hay que añadir que, si bien frecuentemente el primer hijo venía al mundo pronto, los períodos ínter genésicos -tiempo transcurrido entre dos nacimientos sucesivos- solían ser bastante amplios, con medias de dieciocho a veinticuatro meses, debido a la combinación de diversos factores: amenorrea (esterilidad temporal) posparto, ¿prolongada por la lactancia materna?, en ocasiones, provocada por estados de subalimentación, abortos espontáneos, disminución natural de la fecundidad y la frecuencia del coito al avanzar la edad, sin olvidar la esterilidad postinfecciosa más frecuente que en nuestros días. El resultado era un número medio de hijos nacidos en las familias completas -en las que ambos cónyuges viven durante todo el período de fertilidad femenina- no muy lejano a siete. Cifra que descendía hasta situarse en torno a cinco debido a la frecuencia de los matrimonios rotos por el fallecimiento de alguno de los cónyuges antes de concluir el período de fertilidad biológica -recordamos, por ejemplo, en

este sentido la peligrosidad del parto-, por más que fuera éste un fenómeno en parte compensado por la frecuencia con que los viudos -los varones más que las mujeres- volvían a contraer matrimonio. La mortalidad infantil y juvenil acortaba aún más la cifra en términos reales, haciéndola sólo ligeramente superior a lo estrictamente necesario para asegurar la sustitución generacional. La elevada mortalidad era motivada básicamente por la generalizada falta de higiene, pública y privada, que favorecía la transmisión de enfermedades infecciosas y por una medicina incapaz de plantear con eficacia la lucha contra la muerte.<sup>3</sup>

Las condiciones higiénico sanitarias de la ciudad de Buenos Aires fueron durante el periodo analizado, una materia de continua preocupación por parte de funcionarios gubernamentales y por aquellos que eran consientes, que en la ciudad, operaban factores que en su interrelación, constituían los fundamentos de una anatomía propiciatoria de un desastre. Conscientes de la gravedad de la situación, procuraron mitigar sus efectos, aunque juzgando por los resultados, muy poco fue lo que pudieron hacer. Las calles y lugares públicos estaban sucios y poblados por toda clase de alimañas, no sólo domésticos, que convivían con los hombres en la ciudad y, con ellos, sus enfermedades, fácilmente transmisibles "...la putrefacción de los cadáveres corrompe la atmosfera que respiramos, la carga de una suma considerable de principios nocivos, que se desprenden de ellos como el gas carbónico, el amoniaco, el hidrogeno carbonado, muchos de estos principios al desprenderse llevan consigo una porción de la materia cadavérica medio descompuesta, dan un hedor insoportable y aquí sin duda las miasmas o gérmenes pútridos que se distribuyen repentinamente desparramando en el aire una cantidad conveniente de cloro gaseoso...una acción dañosa a la salud y a su vida comprometen esta última exponiéndola a enfermedades penosas".<sup>4</sup>

Un lugar destacado en la composición de las tasas brutas ocupaba la mortalidad infantil. Originada tanto por los problemas derivados del embarazo y el parto (mortalidad endógena), como por cuestiones de higiene, alimentación y enfermedades específicas, sarampión, tos ferina, viruela, diarreas estivales; (mortalidad exógena). Periódicamente, además, hacían su aparición las mortalidades catastróficas, que en un corto espacio de tiempo -a veces, sólo unas semanas- podían anular el crecimiento acumulado incluso durante años. Aunque quizá la

---

<sup>3</sup> Calmels, Daniel; *Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza*. Buenos Aires, Biblos, 2009. Twinan, Ann; *Vidas públicas, secretos privados. Género, honor, sexualidad e ilegitimidad en la Hispanoamérica colonial*. Buenos Aires, FCE, 2009. Masiello, Francine; "Ángeles hogareños: la mujer en la literatura argentina a mediados del siglo XIX", *Anuario del IEHS*, N° 4, 1989. Pagani, Estela- Alcaraz, María Victoria; "Las nodrizas en Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940)", Buenos Aires, CEAL, 1988.

<sup>4</sup> *La Abeja Argentina*. Buenos Aires, N° 5 15 de agosto de 1822. Pág. 136.

muerte por hambre no fue frecuente, sí se acentuaban los efectos de la malnutrición, la vulnerabilidad frente a la infección y la propagación de contagios por la proliferación de mendigos, su acentuada movilidad geográfica y su concentración en hospitales y centros de acogida. Y, finalmente, las enfermedades epidémicas, destacando entre ellas la viruela y las patologías gastrointestinales, de las que apenas se conocían más que sus terribles efectos. En estas condiciones, la esperanza de vida al nacer no iba mucho más allá de los cincuenta años -téngase en cuenta que en su cálculo ejerce un importante papel la mortalidad infantil- y aquellos hombres, forzosamente, se consideraban ancianos antes que en nuestros días.

#### IV

En esta antigua ciudad de Buenos Aires la mujer casada padecía fundamentalmente dos miedos: la esterilidad y el parir un hijo muerto. Ambos nacían del temor a no asumir la función reproductora, a romper el ciclo natural, a no asegurar la continuidad de la familia. La esterilidad era una maldición, un oprobio que recaía siempre sobre la esposa, considerada la única culpable dada la tradicional asociación feminidad-fecundidad. El embarazo era el estado normal de la mujer casada, dadas las altas tasas de mortalidad infantil. Un estado del que no quería o podía sustraerse, pero del que apenas hablaba, aunque lo vivía colectivamente pues eran muchas las mujeres que estaban encintas al mismo tiempo. La preocupación por la vida claramente desde el siglo XVIII, hizo que los médicos se interesaran por conocer su desarrollo, debatiendo sobre múltiples aspectos, entre ellos el de si el embarazo tenía o no un término fijo. Sólo en los años finales del siglo XVIII quedó demostrada su duración de nueve meses. También se preocuparon por dar a las mujeres grávidas un régimen de vida adecuado para ellas y para los bebés. Se denunció la moda urbana del corsé para ocultar los embarazos; se aconsejó a las futuras madres pasear, reposar, hacer de la casa un lugar aireado y agradable, no respirar olores nauseabundos, dormir bien, no tener relaciones sexuales, etc. Idea generalizada era la de dar a las embarazadas cuanto deseen para evitar que el niño o niña naciera con antojos o, lo que es peor, con "conformaciones monstruosas". Los antojos más comunes eran los alimentarios, apareciendo, durante la centuria, por todos lados los relacionados con el café y el chocolate o las bebidas alcohólicas. El parto era uno de los momentos más temidos en la vida de la mujer dados los riesgos que entrañaba y que intentaban paliarse haciendo decir, durante los dolores, misas o novenas; mandando traer

cíngulos de la Virgen o de Santa Margarita, a los que se atribuían poderes de acortar la hora y suavizarla; incluso, alguna llegaba a prometer liberar a un esclavo si todo iba bien. Solía tener lugar en la casa familiar, generalmente en la pieza común. Era un acto público, al que asistían de cuatro a seis mujeres, alguna de las cuales era una matrona cuyo saber tenía un carácter eminentemente práctico. Se trataba de una mujer casada, elegida para el puesto entre las que tenían más hijos por suponérsele mayor experiencia.<sup>5</sup>

En las ciudades católicas como Buenos Aires en algunos casos, el parto, estaba bajo el control del párroco porque en los casos graves se había de administrar el bautismo. Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XIX han de competir ya con los cirujanos tocólogos que entre las capas sociales superiores y en los medios urbanos van desplazándolas en sus cometidos, pues se les supone “mejor preparados” para preservar la vida física. Ellos son los que perfeccionan algunas técnicas -los fórceps- y quienes impusieron, aún en círculos restringidos, la posición horizontal de la mujer para parir, sólo usada en los casos más difíciles, mientras las más comunes eran “...de pie, los codos apoyados en una tabla; (o) en una silla,... de rodillas,...” Una vez terminado el parto, a comienzos del siglo XVIII se recomendaba todavía, no dejar dormir a la madre por miedo a las hemorragias. Será más adelante cuando se cambie tal recomendación por la del silencio, el aislamiento y la inmovilidad como elementos esenciales de su recuperación junto con una alimentación adecuada. La placenta y el cordón umbilical se enterraban, y sólo se le daba para beber agua mezclada con miel. Aún al recién nacido no se le otorgaba existencia real ni se le podía besar; todo ello llegará con el bautismo, realizado al día siguiente en la parroquia, auténtico rito de socialización así como esperada primera prueba de los sentidos del neófito. A partir de este momento se iniciaba la infancia, período que durará, para algunos, hasta los siete años si bien se encontraba dividido en dos etapas distintas separadas por un hecho trascendental para sus protagonistas: el destete.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Esto no solo ocurría en los sectores populares. Los “partos públicos” eran comunes en las cortes europeas. Una costumbre de la Corte española, que se remontaba a la época de don Pedro el Cruel (1334-1369), era la de que los partos de las reinas se realizasen en presencia de testigos que diesen fe de que los bebés eran realmente fruto de su vientre. Como reina de Castilla, Isabel la Católica tuvo que someterse a esta tradición. Así, cada vez que la soberana castellana traía al mundo a uno de sus hijos, que nacieron en Dueñas (Palencia), Sevilla, Toledo, Córdoba y Alcalá de Henares (Madrid), un grupo de testigos tenía que reunirse para presenciar el parto y certificar que por las venas del infante corría sangre real. Isabel la Católica era una mujer de gran dignidad, incluso a la hora de dar a luz. Por eso, cuando le llegaba la hora, pedía a sus doncellas que le colocasen un velo sobre su rostro para evitar que nadie viera sus gestos de dolor.

<sup>6</sup> La literatura sobre las distintas concepciones que se han tenido de la infancia es abrumadora por su número y heterogeneidad de posturas, sin embargo dos autores han marcado tendencias de interpretación Ariès, P ; *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Seuil. 1973. y De Mause, Lloyd; *Historia de la Infancia*, Madrid, Alianza Editorial, 1982. Sobre la condición jurídica de los niños y niñas en Buenos Aires, Cowen, M.

La maternidad constituye parte integrante de la cultura y está en continua evolución. El control de la fecundidad femenina es el lugar por excelencia de la dominación de un sexo sobre el otro. El término maternidad no existía en el griego y en el latín recién aparece en el siglo XII cuando los clérigos la comenzaron a utilizar como simétrica a la de paternitas, en momentos en que se producía una especial expansión del culto de Notre Dame, sin dejar de despreciar la maternidad carnal de las hijas de Eva. En la época de las Luces, las dos nociones parecen acercarse para construir un modelo terrestre de la buena madre, que sigue sometida al padre, pero que es valorada a causa del alumbramiento de los hijos. “Pater semper incertus”, el vínculo biológico entre un varón y su hijo carecía de evidencia. A partir del siglo XVII el médico inglés William Harvey estableció que las hembras mamíferas cooperaban en la concepción produciendo huevos en los que se desarrollan los embriones. Por consiguiente su contribución no era inferior a la de los machos sino diferente. Nada aseguraba que, antes de 1870, la intervención del médico haya reducido la mortalidad como asimismo que atenúe los sufrimientos. La mujer durante este tiempo fue considerada una “eterna enferma”. Así durante el periodo comprendido desde fines del siglo XVIII y las transformaciones aceleradas por las Reformas Borbónicas hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando esa Buenos Aires criolla iniciaba un proceso de mutaciones lo suficientemente profundas como para ir dejando en el olvido esa imagen de remota y convulsionada aldea.<sup>7</sup>

### **¿El triunfo de la vida o de la muerte?**

La sociedad tradicional veía nacer muchos niños, pero también morían otros tantos. Ambos hechos eran esencialmente domésticos, pero, en especial el nacimiento, ocurría en una casa. Este fue un hecho esencial de la vida familiar: se nacía en el lecho materno, y si bien los familiares permanecían expectantes cerca de la madre, muy pocas personas la asistían al momento de dar a luz. Sólo las mujeres mayores, alguna comadrona o partera podían orientarla, pero casi nunca un médico. No es raro, entonces, que el parto se produjera en medio de condiciones asépticas y de conocimientos primarios que, más que favorecer el advenimiento de la vida, aceleraban el triunfo de la muerte. En este contexto, el nacimiento

---

Pablo; “La Infancia Porteña a través de las Fuentes Judiciales”; coordinadora Silvia Mallo de la Mesa “Justicia y Sociedad Colonial”. En la Fuente Judicial. las Primeras Jornadas de la Fuente Judicial en la Construcción de la Memoria Histórica. Suprema Corte de Justicia, Departamento Histórico Judicial, Facultad de Humanidades, Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.

<sup>7</sup> Edward Shorter; *Le corps des femmes*. Paris, Le Seuil, 1984. Gertrude Himmelfarb; *Matrimonio y moral en la época victoriana*. Madrid, Debate, 1991. Georges Duby- Michelle Perrot; *Historia de las mujeres 8. El siglo XIX. Cuerpo, trabajo y modernidad*. Madrid, Taurus, 1993

era un verdadero éxito, que había que entenderlo como un regalo de Dios, del que no se estaba seguro hasta pasados los primeros meses. Esta misma inseguridad llevó a la Iglesia a aconsejar a los padres que se apresuraran en bautizar a sus hijos aún sin los óleos sacramentales si la distancia de la parroquia impedía acudir hasta el sacerdote. De ahí que cuando se celebraba formalmente el rito se señalaba casi siempre en los registros respectivos el «bautismo de agua» de los niños mayores de cuatro o cinco días de edad. Las probabilidades de alcanzar la vida adulta eran muy limitadas para todo recién nacido. Un alto porcentaje moría durante el parto, y, en no pocas ocasiones, moría también la madre. Las referencias de hijos fallecidos al nacer o en los primeros días de vida no están ausentes de los recuerdos de sus padres al momento de hacer su testamento, por muy vaga que sea la memoria de éstos: «muerto en su tierna edad», «muerto párvulo» puede ser la escueta referencia a este hecho cuando no se recuerda con precisión el nombre y la edad. Aunque con más dramatismo entre los sectores populares, esta situación afectó a todos por igual.<sup>8</sup>

### **Observar, palpar y abrir**

El conocimiento anatómico que se tenía de la mujer, atravesado como todo saber por implicancias históricas culturales, seguía hasta bien avanzado el siglo XVII, en la autoridad de los antiguos. Así todavía Plinio era indiscutido en afirmaciones como: “Pocos animales tienen ayuntamientos venéreos durante el preñado, fuera de la muger y cierto es que después de preñada concibe solo uno o dos después del primero..veefe que de padres perfectos, nacen hijos imperfectos, sin algun miembro, y de padres imperfectos nacen hijos al contrario... algunas señales de los padres suelen tambien falir en los hijos...La muger no engendra después de los 50 años y a la mayor parte a los 40 les falta el menstuo materia de la generación...Entre todos los animales solamente a la muger le viene el menstuo y por ello solo en su vientre se engendra unas que se llaman molas, esto es una carne sin forma, desanimada que resiste el golpe y la dureza del hierro....”<sup>9</sup>

El siglo XVI es testigo del advenimiento de la obstetricia moderna, y Francia fue su cuna. Las mujeres seguían a cargo del oficio, pero los hombres -los cirujanos- eran los encargados de subsanar sus fracasos. Ambos, parteras y cirujanos, pertenecían a la Cofradía de San

---

<sup>8</sup> Yolanda Bodoque– María Jesús, Montes; “El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones.” En Actas del IX Congreso de Antropología de la Federaciones de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Barcelona,FAAEE, 4-7 de septiembre,1996.

<sup>9</sup> Cayo Plinio Segundo; Historia natural. Traducida por el Licenciado Gerónimo de Huerta, Médico y familiar del Santo Oficio de la Inquisición. Ampliada por el mismo con escolio y anotaciones. Dedicada al Católico Rey de las Españas y Indias don Felipe III Nuestro Señor. Madrid, Impresor del Rey N. S, 1624. Págs. 271,275,276

Cosme. Ambrosio Paré (1510-1590), padre de la cirugía, revive la versión pelviana con gran extracción podálica, inventa un aparato mecánico para dilatar el cuello uterino, recomienda la amputación del cuello por cáncer, sutura el periné lacerado por el parto, en fin, pone en uso pinzas y ganchos para la extracción a pedazos de los fetos que morían sin haber podido nacer espontáneamente. Las dificultades odistocias, que hacían penoso o imposible el parto vaginal, eran indicación para que el cirujano fuera llamado a resolverlas. Seguramente que éste debió sentirse frustrado por tener que actuar siempre ante un feto muerto. Por eso se dio a la tarea de solucionar esas dificultades procurando preservar la vida de la madre y la de la criatura por nacer. Con el fin de ayudar al nacimiento, hacia el siglo II de nuestra era se utilizaron pinzas o fórceps, según lo atestigua un bajo-relieve de esa época, tallado sobre mármol y descubierto en Grecia. Es una escena de verdad dramática: la parturienta, figura central, yace desnuda, extenuada, mientras la comadrona de rodillas reanima al recién nacido. Un médico, de pie, exhibe en la mano derecha el instrumento, queriendo significar que gracias a éste fue posible el parto. Con su mano izquierda trata de levantar un brazo de la recién parida. Otro médico, a la cabecera, procura alentarla tocando su hombro, mientras su mano derecha empuña otro fórceps. Nadie se explica por qué cayó ese instrumento en el olvido durante la Edad Media. Fue tal la omisión que llegado el siglo XVII se adjudica su invención a Peter Chamberlen. La historia de este personaje y de su "invento" es interesante y a la vez lastimosa. Nacido en París en 1560, fue llevado muy niño a Southampton (Inglaterra). Es curioso el hecho de que sin ser médico de profesión, a los 29 años ideó una pinza para extraer el feto, caracterizada -y de aquí su ingenio- por ser de ramas separadas, es decir, que podía aplicarse por separado y luego articularse. Gracias a este aparato ejerció en Londres con gran éxito, fundando una dinastía junto con su hijo Peter II y con su sobrino Peter III. Nadie llegó a saber cuál era ese instrumento milagroso, pues fue mantenido en el misterio ya que era transportado de manera oculta y en el momento de su aplicación, sin testigo alguno, se vendaban los ojos de la parturienta. Ese desconocimiento general y su exclusividad de los Chamberlen, se prestó para su explotación mercantilista inmisericorde. Un hijo de Peter III, Hugo Chamberlen, ofreció en París el instrumento a la Academia de Medicina por 10.000 libras. Comisionado por ésta el afamado obstetra Francois Mauriceau para dar un concepto técnico sobre el aparato, hube de rechazarlo pues el vendedor, luego de usarlo durante tres horas en una parturienta de pelvis estrecha, fracasó en su propósito, falleciendo la mujer antes de dar a luz. En 1693 Hugo logró negociar el fórceps con un partero de Amsterdam, Roonhuysen. El Colegio Médico de ésta

ciudad obtuvo buenos dividendos pues sólo autorizaba ejercer la obstetricia a aquellos que hubieran pagado generosamente el secreto de los fórceps. La criticable conducta de los Chamberlen se hace más despreciable ante la historia al conocer el comportamiento altruista de Jean Palfyn quien, ya septuagenario, recorrió en 1721 trescientos kilómetros a pie para entregar a la Academia de Medicina de París un instrumento de su invención, consistente en unas pinzas de ramas paralelas, con cucharas no fenestradas y con mangos de madera, bautizado con el nombre de "manos de hierro", mucho más fácil de aplicar que el fórceps de Chamberlen. Por eso su aceptación y difusión fueron más rápidas. Su diseño sería el fundamento de las llamadas "espátulas", aparecidas casi tres siglos después. Nos hemos detenido a relatar la historia del fórceps por cuanto ese instrumento se convirtió, hasta mediados del presente siglo, en el símbolo del obstetra, en su más útil aliado. En 1789 el alemán Roer llegó a exclamar: "Parece que la naturaleza hubiera abandonado su función del parto al fórceps del tocólogo".<sup>10</sup>

Sin embargo, había circunstancias en que el fórceps no era tampoco solución. Si se usaba, como ocurría cuando la estrechez pélvica era muy acentuada, lo que se ejecutaba era una basiotripsia o una craneoclasia en feto vivo, lo cual no era un triunfo sino una derrota para el obstetra. Para obviar esas dificultades, Marcel Sigault, también en Francia, da a conocer en 1777 la intervención llamada "sinfisiotomía", que consistía en ampliar los diámetros de la pelvis ósea seccionando la sínfisis púbica. Causó tanto impacto la introducción de esta operación, que la Facultad de Medicina de París acuñó una moneda conmemorativa. Pero volvamos al siglo XVII, que fue, como anotamos atrás, la centuria que vio nacer a la obstetricia moderna. Es seguro que la circunstancia de haberse autorizado oficialmente en 1650, en el Hospital Dieu de París, que los hombres también atendieran los partos, incidiera en el progreso de esa disciplina. En efecto, el francés Francois Mauriceau (1657-1709) y el holandés Hendrick van Deventer (1651-1724) han sido considerados como sus fundadores. El primero propuso la idea de que la mujer diera a luz en la cama. Publicó en 1668 su tratado *Las enfermedades de las mujeres en el embarazo y el parto*, considerado como la obra obstétrica más sobresaliente del siglo XVII. En el mundo castellano tuvo gran influencia Francisco Núñez "... el cual por la mayor parte es después de los nueve meses, pasados ya después de cuarenta semanas de concebida la criatura.....el legítimo tiempo de parto es de nueve meses, y alguna vez el séptimo, porque las criaturas humanas nacidas en este mes muchas veces viven y así algunas preñadas legítimamente paren este mes, en el octavo no es el parto natural

<sup>10</sup> Guerra, F; *Historia de la medicina*. Madrid, Norma, 1989.

porque si alguna criatura nace este mes o sale muerta o vive poco como es sentencia de Hipócrates y todos los médicos, aunque dize Aristóteles que en Egipto se hallan partos naturales en este mes porque dice que las mujeres de esta región son muy varoniles...el octavo mes es el mes de Saturno planeta muy frío, el cual con su frialdad marca a la criatura nacida en él”.<sup>11</sup>

Deventer, por su parte, publicó en 1701 su famoso libro titulado “Nueva luz para las parteras”, que se convirtió en el primer estudio completo de la anatomía de la pelvis y sus deformaciones, así como de la relación entre éstas y el desarrollo del parto. Durante 150 años la publicación de Deventer tuvo inmensa influencia en el ejercicio obstétrico. Dos descubrimientos muy importantes ocurrieron también en el siglo XVII: en 1667 el médico anatomista Nicolás Steno y en 1672 el holandés Regnerus de Graaf describen la presencia de huevos (es decir, folículos) en los ovarios de animales de distintas especies. De otro lado, el también holandés Anthony van Leeuwenhoek (1632-1723) anuncia en 1677 haber observado animáculos (espermatozoides) en el líquido espermático humano. A diferencia de lo que ocurrió en el siglo XIX, en el siglo XVIII la ginecología se mantuvo estancada. La obstetricia, en cambio, avanzó considerablemente. Dado que los recursos del fórceps y de la sinfisiotomía no eran suficientes para sortear con éxito las dificultades observadas durante el curso del parto, la operación cesárea ocupa nuevamente la atención de los médicos. Recordemos que se debe a Francis Rousset haber despertado en 1582, con su tesis de grado presentada a la Facultad de Medicina de París, un acentuado interés por el uso de la operación en mujer viva. La introducción por Lebas, cirujano francés, de la sutura de la incisión uterina en 1769, iría a modificar favorablemente los resultados de la intervención. Jean Louis Baudelocque (1746-1810), famosísimo partero francés, señala en 1790 sus indicaciones, dándole prioridad a las deformaciones pélvicas, a la ruptura del útero y a los tumores obstructivos. Como recomendaba la cesárea en estos casos, fue calificado de asesino, llegado ya el siglo XIX, en razón de la alta mortalidad materna que ocasionaba.<sup>12</sup>

En su magna obra “Anatomía del útero humano grávido”, el inglés William Hunter (1718-1783) registraba la independencia de la circulación materno fetal, mientras el escocés William

---

<sup>11</sup> Núñez, Francisco; Libro del parto humano en el qual se contiene remedios muy útiles para el parto dificultoso de las mujeres, con otros muchos secretos a ellas pertenecientes y a las enfermedades de los niños, Zaragoza, 1638. Págs. 2 y 3

<sup>12</sup> Es especialmente esclarecedor, ya que trasciende lo acontecido en México Urbe, Elías; “La cirugía mexicana en ginecología y obstetricia durante el siglo XIX”. En *Medigraphic*. Vol. 75 N ° 2, marzo-abril de 1987. Sobre la situación en el Río de La Plata, Llamas Massini; R; *La Partera de Buenos Aires*. Buenos Aires, Flaiban, 1915.

Smellie (1697-1763) establecía las reglas para la aplicación del fórceps, una vez se hace público este instrumento, en 1733. Es probable que tal hecho haya contribuido decididamente a que el siglo XVIII se considere como el período histórico que vio nacer la obstetricia como una especialidad médica definida. En 1747 publicó en París Andrés Levret -tenido como el tocólogo francés más importante del siglo XVIII- su libro “L'art des accouchements”. Igualmente, el español José Ventura Pastor publica en Madrid, en 1789, su obra *Preceptos generales sobre las operaciones de los partos*. Ambas publicaciones ejercieron acentuada influencia en la formación de nuestros primeros médicos, tal como veremos más adelante. No podemos concluir esta visión panorámica sin registrar dos hechos trascendentales, por lo insólitos, llevados a cabo por el científico y abate italiano Lázaro Spallanzani (1729-1799), declinando el siglo XVIII. Nos referimos a la primera fertilización extracorpórea, realizada en batracios, y a la primera fertilización artificial, en perros. Ya en las primeras décadas del siglo XIX no había dudas sobre algunas problemáticas inherentes a la reproducción humana así, se describían con detalle, en obras de lectura elemental en las academias y universidades tanto en Europa como en América, cuestiones tales como: “Primera quincena del noveno mes de preñez. Suelen volver a aparecer las nauseas, los vómitos y las demás alteraciones gástricas concomitantes, el tumor abdominal ha aumentado: la piel esta muy distendida y tirante, dificultad en la respiración, los demás síntomas persisten, aumentado en intensidad. Signos sensibles: El fondo del útero se eleva hacia la región epigástrica y bajo el reborde de las costillas falsas del lado derecho, cierta especie de elevación del tumor formado por la cabeza del feto, toda la longitud del cuello esta reblandecida, en las múltiparas puede introducirse falange y media del dedo que tan solo se detiene por el orificio interno que esta cerrado y fruncido, el cual, con bastante frecuencia, principio a entreabrirse, en las primíparas el reblandamiento está también bastante extendido, pero el orificio externo, aunque un poco más abierto, no permite la introducción del dedo. Segunda quincena del noveno mes de preñez. Los vómitos cesan casi siempre, el vientre esta como caído, la respiración se hace con menos dificultad, deseos frecuentes a veces ilusorios de orinar, hemorroides, dolores de riñones y cólicos. El fondo del útero se eleva menos que en la primera quincena, movimientos activos, cabeza más o menos extendida y enclavada en la excavación, el orificio interno se reblandece y se entreabre en las que han parido, penetrando entonces el dedo hasta las membranas que envuelven el feto”.

Existían divergencias sobre la posición que el feto tenía en diferentes estadios del embarazo. Situaciones que pueden reducirse a dos: que en los primeros meses de la preñez está con la cabeza hacia arriba, las extremidades abajo, el vientre adelante y que próximo al nacimiento ejecutaba un movimiento de voltereta colocándose con la cabeza hacia abajo. La otra, que desde su origen afectaba la posición fija de descansar la cabeza sobre el cuello del útero, las nalgas y los pies hacia el fondo del órgano con el dorso contra la pared exterior del abdomen de la madre. La primera de estas opciones no es admisible más que en circunstancias excepcionales y raras, como ser el feto muy pequeño en relación con la cavidad que lo contiene y por último que es casi imposible que teniendo el diámetro vertical del feto de nueve o diez pulgadas, pase por los diámetros antero posteriores de la cavidad uterina, que sólo tiene de seis a siete de extensión. Varias han sido también las opciones para explicar la mayor frecuencia de la presentación de la cabeza, unos lo han atribuido a la gravedad y a la disposición anatómica de las partes del feto y de la madre, explicándolo de un modo puramente mecánico, siendo esta opción la más probable. Otros como Autenrieth y Burdach a una especie de antagonismo de polaridad. Ambrosio Pareo lo explicó como que el feto sentía el aire y se esforzaba en sacar primero la cabeza, mientras que Pablo Dubois que tal posición era el resultado de una determinación instintiva.

### **¿Cuáles eran las causas del parto?**

Había unanimidad de criterios hacia principios del siglo XIX que sin las contracciones uterinas no podía verificarse el parto, pero no todos los médicos de la época explicaban esto satisfactoriamente. Así uno de los destacados especialistas, como lo era Desormeaux, opinaba que: “El fondo y el cuerpo del útero son las primeras partes que se dejan distender, que por ser las primeras que están destinadas a contener el producto de la concepción, la dilatación del cuello tarda más en particular de la dilatación y la resistencia que su orificio opone a la salida del huevo va disminuyendo según se aproxima el término de la gestación. No encontrándose en aquella época las fibras del cuello dotadas de gran resistencia para oponer un fuerte antagonismo a la acción de las fibras del fondo, entran estas en contracción y es lanzado al exterior el feto”. También Dubois adoptó y explicó en sus cursos la teoría propuesta por Jones Lower en 1819: “el útero puede compararse con la mayor parte de los órganos huecos y musculares, como la vejiga, el recto, todos tiene planos de fibras, circulares las intensas y longitudinales las más externas, presentan igualmente una actividad contráctil y un esfínter de

fibras circulares y como los otros recibe del útero dos ordenes de nervios, unos del sistema ganglionario que se distribuyen en el cuerpo del órganos, pues habiendo esta relación de ámbitos huecos, la hará también entre el orden de funcionar, así la hay entre la vejiga y su cuello, entre el recto y su esfínter y entre el fondo y el cuello del útero, cuando este se ha adelgazado hasta el extremo de formar un anillo circular, sufren en el las membranas y partes fetales, obrando sobre el fondo simpáticamente, se contraen de arriba abajo, verificando la expulsión del producto...Algunos consideraban con Hipócrates entre las causas eficientes, al feto como el agente principal de su expulsión, citando en apoyo de su opinión la lentitud del parto cuando el feto muere en la matriz y en que si se muere la madre, el feto puede hacer una salida espontánea a esto pudiera muy bien contestarse como se ha demostrado Bichat, que no mueren todos los órganos al mismo tiempo y la matriz se la ha sentido contraerse un cuarto de hora después del último suspiro de la mujer a quien pertenecía. Pero lo cierto es que si no es el feto el principal agente del parto, por lo menos nadie negará que es parte muy principal así debe admitirse como una muy principal la acción simultánea de los músculos abdominales y el diafragma”.<sup>13</sup>

Fue en este contexto en el que se gestaron y consolidaron nuevas imágenes sobre los cuerpos femeninos y la maternidad desde la particular visión de la ciencia médica. Otras dimensiones del desarrollo infantil como aquellas que centran su análisis en referentes que podríamos denominar psico-sociales o propios de lo que hoy llamaríamos de salud mental sólo comenzaron a gestarse hacia finales de nuestro periodo de estudio, las primeras décadas del siglo XX. Esta nueva dimensión política que la salud adquirió llevó a que los temas que antes sólo parecían reservados a círculos científicos, impregnaran todos los aspectos de las políticas gubernamentales, lo que llevó a que los médicos – y esto debería entenderse tanto como una causa como una consecuencia- o aquellos que formaban parte de ese mundo de la sanidad – los curanderos- se integraran e incluso monopolizaran actividades que les estaban vedadas a los hombres de ciencia como lo era una creciente participación en el manejo de la cosa pública. Esta nueva sensibilidad hacia aspectos médico sanitarios es una tendencia que

---

<sup>13</sup>R. A Leonardo; *Historia de la ginecología*. Barcelona, Salvat Editores, S. A, 1948. D. Guthrie; *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat Editores, S.A, 1953. H. A Gabert – M. Bey; "History and development of cesarean operation". *Obst. and Gynecol. Clin. of North America*.1988. Marcel Sendrail; *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa Calpe, 1983. Págs. 329 a 360. Sobre los grandes nombres de la medicina ginecológica en estos siglos, Richard Leonardo; *Historia de la ginecología*. Barcelona, Salvat, 1948. Págs. 184 a 191 y Choulantt, Ludwig; *Geschichte und Bibliographie des Anatomischen Abbildung Nach Ihrer Biziehung auf Anatomische Wissenschaft und Bildende Kunst*, Leipzig, Weigel, 1852. González Velasco, Pedro – Díaz Benito, José; *Tratado Práctico de Partos*. Atlas de sesenta láminas, Madrid, Imprenta de Don Alejandro Gómez Fuentenebro, 1854. Pág. 11

hemos advertido en todo nuestro periodo de análisis, desde el siglo XVIII con las primeras políticas públicas para bregar por soluciones tendientes a reducir la mortalidad materno infantil. La lucha que transcurre en todo el siglo XIX por consolidar acciones que posibiliten no sólo una adecuada preparación científica para los profesionales del área sino también para que éstos contaran con los medios materiales indispensables tanto para intervenir cuando la enfermedad se había declarado como también para prevenir los males en aquellos sectores más expuestos. No nos proponemos hacer una consideración pormenorizada de la situación médico sanitaria de la ciudad de Buenos Aires, pero sí analizar la importancia de una serie de problemáticas como los partos y los nacimientos, la alimentación y las enfermedades infantiles, que tienen relación directa con las distintas consideraciones que la niñez ha recibido, material del cual se conforma un corpus que nutre, en una proporción significativa, los conceptos de infancia que coexistían.<sup>14</sup>

### **Custodes Virginitatis**

La posición que parece ayudaba más a la mujer en el parto era en cuclillas o arrodillada, la mujer prefiere tener a su hijo en forma vertical y esto ha sido así desde tiempos inmemoriales, la mujer incluso cuando por comodidad de las comadronas o los médicos se la obliga ha estar recostada busca incorporarse y pujar hacia “adelante y abajo”. Una vez iniciado el trabajo de parto, el diafragma por inspiración de la mujer, desciende y la prensa abdominal realiza una acción contráctil hacia la abertura vulvar como única salida. El feto que ya está desciendo por las contracciones uterinas desciende aun más por la propia fuerza de gravedad y es imposible que retroceda. Esto que es práctico y natural cambio radicalmente desde hace unos dos siglos y medio, donde la mujer es obligada por la obstetricia científica a parir en forma horizontal, en forma antinatural. Las mujeres parían y paren de rodillas, como lo hacían las romanas y las de la Europa Medieval o como actualmente lo hacen las pertenecientes a pueblos originarios de America. También lo podían hacer de pie, inclinada levemente hacia delante sostenida por la comadrona o incluso por una soga sujetando el abdomen. En cuclillas lo hacían las mujeres del Antiguo Egipto o las del área mesoamericana. Incluso en el Génesis (XXX, 3) se menciona como las mujeres hebreas parían sobre las rodillas de un ayudante”...Únete a ella,

---

<sup>14</sup> Nos ha sido muy útil para abordar algunos problemas la obra de María Isabel Blázquez Rodríguez; *Aproximaciones a la Antropología de la reproducción*. AIBR. En *Revista de Antropología Iberoamericana*, Madrid, julio – agosto, 2005.

que de a luz sobre mis rodillas y tenga yo también un hijo por ella”.<sup>15</sup>

Muchas mujeres conocían por su propia experiencia que empujar el feto a través de canal del parto no era una teoría fácil. Es el precio que pagamos por haber adquirido un cerebro grande y por la posesión de una inteligencia superior: el tamaño de la caja craneana de los humanos respecto al de su cuerpo es excepcional. Se sabe que el tamaño de la apertura de la pelvis por donde debe pasar el feto está limitado por nuestra locomoción bípeda. A ése angosto trayecto los humanos añaden otra complicación: la sección del canal del parto no se mantiene constante. En efecto, la entrada del canal, donde el feto a término empieza su recorrido, es más angosta al otro de la madre. Sin embargo, a medio camino, esta orientación gira 90 grados y el eje mayor del ovalo se orienta de la parte delantera del cuerpo de la madre hacia su espalda. Eso significa que el feto debe realizar una serie de cambios dirigidos en su progreso por el canal para que los dos partes de su cuerpo con las sobredimensiones, la cabeza y los hombros, estén siempre alineadas con el diámetro mayor del canal.<sup>16</sup>

Así la forma tan retorcida del canal del parto humano hace que a las mujeres embarazadas y a sus crías les resulte beneficiosa la ayuda de otras personas. La ventaja evolutiva de este auxilio nos permite entender porque el parto asistido es una costumbre prácticamente universal. Por supuesto, a lo largo de historia y en circunstancias especiales, algunas mujeres han dado a luz solas pero lo habitual era y es todavía aun hoy en día que colaboren con ella amigos o familiares u otras personas poseedoras de las experiencias o conocimientos necesarios para evitar problemas. La participación de los varones puede estar prohibida, tolerada, bien recibida e incluso ser requerida. En algunas sociedades, a la mujer no se la considera persona adulta hasta que ha tenido un hijo e incluso en nuestras sociedades preponderantemente Judeo-cristiana se construyó un concepto que creaba una esencia indisoluble entre la condición femenina y la maternidad, la mujer que no era madre debía “justificar su falta” solo alegando a un propósito más excelso, servir a Díos. En las sociedades

---

<sup>15</sup> Entre los pueblos antiguos no encontramos evidencia iconografía y literaria que las mujeres parieran acostadas que sin duda es una posición incomoda ya que estas no pueden utilizar correctamente sus músculos abdominales y posteriores para pujar correctamente y expulsar el feto. Los músculos aductores adquieren una gran importancia en el parto vertical que se pierde cuando la mujer esta acostada. Estos músculos colaboran para dilatar la sínfisis pubiana, es decir coadyuva para la apertura perineal para lograr que la cabeza del bebe salga sin inconvenientes. Estos músculos están insertos en la parte anterior e interna del los muslos, se distribuyen entre la ingle y la cara interna de la rodilla tensándose cuando la mujer se pone en cuclillas o sentada cuando apoya los pies y hace fuerza hacia abajo, eran los músculos que los antiguos llamaban “ Custodes virginitatis”. Esta información la hemos obtenido de Eva Giberti; “El parto vertical”. En Eva Giberti; *Tiempos de mujer*. Buenos Aires, Sudamericana, 1990.

<sup>16</sup> Peter Ellison; *On fertile ground: a natural history of human reproduction*. Harvard University Press, 2000.

como la porteña donde los vínculos comunitarios eran decididamente vigorosos – aunque desde fines del periodo tardo colonial el individualismo creciente conspirara contra esa arquitectura comunitaria- el parto y sus momentos posteriores estaban también lejos de ser un acto íntimo de la madre sino que estaba modelado por la presencia no-solo de aquellos que podían asistir en el parto- familiares o no- sino también de aquellas otros para las cuales el nacimiento generaba interés.

### **“Multiplicare en tal manera tus sufrimientos y tus preñeces”**

La tradición judeo-cristiana justifica el dolor y los sufrimientos inherentes al parto por la desobediencia y curiosidad femenina. Sin embargo sabemos que la propia evolución de la especie nos brinda información para explicar estos pesares. Para que Eva pudiera alcanzar la tan codiciada manzana debía estar parada y tener sus manos libres, ventajas superiores que se alcanzan por la locomoción bípeda. Para esto era necesaria una serie de modificaciones óseas imprescindibles. La pelvis, se transformo en una especie de cesto con un hueco en el medio, por el cual debe pasar el feto, pero este hueco, canal, suele ser estrecho y esto explicaría los dolores y sufrimientos en el parto. También debemos recordar que las crías humanas, “no son normales”. No tienen proporciones corporales similares a la de los otros primates, la cabeza parece excesivamente grande. Una criatura que nace con un gran cerebro pero al propio tiempo indefenso y propenso a sucumbir muy rápidamente si no es asistido por un adulto de la especie. Esta dependencia se prolonga bastante en el tiempo y esta etapa de cuidados y aprendizajes crea y consolida prácticas sociales fundamentales para la cohesión del grupo en el cual esta inserto. En todas las culturas humanas existe algún tipo de asistencia a las mujeres durante el parto.<sup>17</sup>

Las modificaciones en la pelvis hacen un canal de parto algo retorcido y el feto debe girar en más frecuentemente para poder salir de él. Además nace con la cara mirando hacia atrás, por lo tanto la madre no puede limpiarla. Si intentara sacar al feto del canal de parto, seguramente doblaría su espalda de modo contrario a la forma que tiene su propia columna vertebral, lo que le provocaría terribles daños. Dolores y pesares que no se deben a la

---

<sup>17</sup> En los monos de locomoción cuadrúpeda, a pesar de que su canal del parto es relativamente estrecho, el parto es bastante más fácil. La hembra pare apoyada en sus patas posteriores e inclinada hacia delante, y puede usar al menos una de sus extremidades anteriores para ayudar a la cría a salir. Ésta nace de cara y la madre puede limpiarle las mucosidades para que respire bien nada más asomar.

curiosidad infundida por una engañosa serpiente sino que es el costo por las ventajas de una locomoción bípeda, un cerebro grande y lazos sociales propios de la especie.<sup>18</sup>

### **Los signos de la preñez y los cuidados a la preñada**

Hasta el siglo XVIII las certificaciones del embarazo se efectuaban por medio del análisis de ciertos signos que las mujeres experimentaban: dolores y pesares estomacales, aparición de manchas en ciertas partes del cuerpo, suspensión de la regla, dolores de cabeza, vómitos y por supuesto el aumento del volumen del vientre. Signos equívocos, ya que podían responder no solo a manifestaciones benignas y de mujeres no embarazadas. Sin embargo diversos pueblos trataron de identificar señales inequívocas de la gravidez: los romanos medían con un hilo o una cinta la circunferencia del cuello de las doncellas. La hinchazón del cuello y el aumento del volumen de los pechos eran signos de la desfloración y de una posible preñez. En otros pueblos, como los del Mediterráneo Oriental, se hacía orinar a la mujer durante varios días en una vasija que contuviera agua y semillas de cebada y trigo. Si después de un tiempo germinaba la cebada se decía que el hijo sería varón, si lo hacía el trigo, mujer y si nada germinaba, la mujer no estaba embarazada. Otros utilizaban humores de animales como ratones y sapos que en contacto con orina de embarazadas sufrían transformaciones, para ellos pruebas inequívocas de la gravidez. Experiencias realizadas desde fines del siglo XIX hacen aparecer estas prácticas consideradas por muchos como pseudo –mágicas con cierto fundamento científico. De estos procedimientos, quizás el más curioso es el de los sapos. Tanto en la ciudad de Buenos Aires, como en la campaña, existían incluso cazadores de sapos que tenían por misión proveer de animales para estas pruebas y otras prácticas mágicas. A principios de la década de 1940 el científico argentino Eduardo de Robertis de la Universidad de Buenos Aires determinó que ciertas sustancias presentes en la orina de las mujeres eran inyectadas en sapos provocaría la maduración y expulsión de espermatozoides. Así inyectó orina de mujeres embarazadas en el saco linfático dorsal de los sapos machos y al cabo de un par de horas observó vía microscopio la presencia de espermatozoides.

---

<sup>18</sup> El estudio de los fósiles de los australopitecinos, los primeros antepasados humanos que adoptaron la locomoción bípeda, revela que el parto ya difería del resto de primates y se aproximaba al de las mujeres actuales. Para poder salir, el feto debía efectuar un giro de los hombros, que podía ser a derecha o izquierda, lo que determinaba que en el 50 por ciento de los casos la cría saliera con la cara mirando hacia atrás, con los inconvenientes que esto presenta. Quizá ya estas hembras podrían haber recibido algún tipo de ayuda durante el parto por parte de sus congéneres para guiar al feto y limpiarlo.

Al considerarse que la preñez no es un estado patológico y además con los problemas inherentes a la certificación del estado de gravidez, las mujeres trabajaron incluso hasta pocos minutos antes de parir. Incluso algunas culturas donde la gravidez podía causar cierta incomodidad social, la mujer era vendada o fajada para procurar disimularla hasta donde se podía. En el extremo oriente asiático, la mujer embarazada tomaba por lo común baños de mar o con aguas termales a distintas temperaturas y en la Europa Medieval era costumbre que la mujer que quería quedar encinta se introdujese en el mar y recibiera el golpe de las olas hasta siete veces si era posible en noche de luna llena. También existían diversas prohibiciones alimentarias determinadas por cuestiones relacionadas con el culto y muy pocas veces justificaciones, aunque hoy en día desacreditadas, de orden médico. Es evidente el fondo siempre mágico del pensamiento primitivo de que lo semejante produce lo semejante.

En cuanto a las relaciones conyugales durante el embarazo, varía mucho también según la cultura. Los cánones de Irlanda prescribían a los maridos alejarse de sus esposas los domingos, miércoles y viernes durante el embarazo, y 36 días después del parto, si era un varón, o 46 si había sido una niña. Se creía que si había contacto sexual los domingos podría nacer un monstruo o un leproso. Se pensaba también que la presión sobre el abdomen de la mujer podría producir un aborto. La mayoría de los pueblos primitivos conocen y utilizan, cuando lo consideran necesario, plantas de efecto abortivo, así como otras que producen la esterilidad temporal. La limitación de la natalidad se ha practicado casi sistemáticamente desde remotos tiempos en muchas culturas, bien por métodos anticonceptivos, bien por el aborto. Emenagogos y purgantes no faltan en ninguna farmacopea primitiva. Es particularmente interesante la obra de Gregorio López “El Tesoro de las medicinas” impresa por primera vez en 1672. Este trabajo considerado como uno de los que ha tenido mayor influencia en Hispanoamérica. López había nacido en Madrid y con veinte años en 1562 llegaba a Veracruz, en Nueva España. Este hombre que solo buscaba “...oración y retiro del mundo” compuso un tesoro de las medicinas “...basado en el empleo de plantas medicinales”. Así la ruda comida por la mujer “mata a la criatura”, el pamporcino era peligroso porque “... dicen que la mujer preñada malpare pasando por encima de esta raíz. Atada al muslo, acelera el parto”, la Taragontía Mayor “...corrompe la criatura del vientre”, la Onosma bebida “... arranca la criatura del vientre”, la Camephiteos o Gua Artica “...sus raíces cocidas expelen la

criatura del vientre” al igual que la Chrisocoma, la Bursa Pastoris, la Sabina, el laurel, el Cardamomo o la Mirra.<sup>19</sup>

### **Cuando la mujer no se preña**

Ser mujer y madre significaba, entre otros asuntos, ser parte de un círculo vital, marcado por el embarazo, el nacimiento, la crianza y si la edad y las circunstancias eran favorables, nuevamente un embarazo y todo volvía a empezar. La esterilidad era una maldición y se recurría a cualquier remedio para vencerla. La maternidad condicionaba en gran medida estima que se tenía por la mujer y esto de alguna forma moldeaba su inserción social. En este Orbe Católico, del que Buenos Aires era parte, todavía la virginidad era tenida como un estado paradisiaco, las vírgenes eran las primeras en los estadios de pureza y perfección. Sin embargo, el pecado de Eva, se vio morigerado cuando el matrimonio pasó a formar parte de las ceremonias dogmáticas y sacramentales: la mujer ahora podía enmendar si falta casándose y procreando, la mujer pecadora daba paso a la mujer madre. La mujer debía ser prolífica y los hijos completaban el orden establecido por el matrimonio. Si bien la iglesia ya no considera a la esterilidad como una causa irrefutable de anulación matrimonial, una casada de años sin hijos era vista con ojos poco indulgentes.<sup>20</sup>

Las mujeres casadas debían procrear, así que circulaban popularmente distintos procedimientos para conseguir la preñez. Dios era el primero ante quien dirigían las plegarias así era muy común la bendición del tálamo nupcial desde la primera noche. Si la preñez no se

---

<sup>19</sup> Francisco Guerra; *El tesoro de medicinas de Gregorio López. 1542-1596*. Estudio, texto y versión. Ediciones de Cultura Hispánica del Instituto de Cooperación Iberoamericana. Madrid, 1992. Gregorio López nació en Madrid, en 1542. A los 8 años escapó de su casa y permaneció hasta los 14 en los montes Navarra. En 1556 ingresó en Valladolid a la corte de Felipe II a quien sirvió por seis años. A los 20 años después de visitar el Santuario de Guadalupe de la Extremadura, se embarcó en Cádiz, llegó a Veracruz en 1562. Era escribano experto y sabía latín, por lo que se empleó como notario. Después fue a Zacatecas y seis años vivió como ermitaño en el Valle de Amajac. Fray Domingo Salazar le ofreció un lugar en el Convento de Santo Domingo de México, pero no se acomodó por ser seglar. Después fue a la Huasteca donde estuvo 4 años como anacoreta. En 1580 enfermó, para su recuperación fue al Hospital de Santa Cruz de Oaxtepec, Mor. Allí permaneció 9 años cuidando enfermos. Entre 1580 y 1589 escribió “El tratado del Apocalipsis” y “El Tesoro de las Medicinas y demás Yerbas” que permaneció inédito por 82 años, una “Chronología Universal”, un “Kalendario Histórico”. Gregorio López volvió a recaer y en el umbral de su muerte fue llevado a San Agustín de las Cuevas, hoy Tlalpan. Gregorio López falleció a los 54 años, de los cuales 33 los vivió como ermitaño y trabajo sobre temas como una “Explicación del Apocalipsis”, una “Chronología Universal”, un “Kalendario Histórico” y su trabajo que más nos interesa, “De la virtud de las hiervas”. La Iglesia Católica lo proclamó venerable

<sup>20</sup>Por el Código de Derecho Canónico (canon 1084, § 3), “la esterilidad no prohíbe ni dirime el matrimonio”, máxime si ella resulta de una cirugía que se hizo necesaria posteriormente, por motivos de salud. Así, la esterilidad previa o superveniente no elimina los derechos constitutivos del matrimonio, entre los cuales se enumera la práctica de los actos conyugales. Sin duda, éstos tienen como finalidad primaria la constitución de la prole, pero sólo se vuelven ilícitos cuando la pareja interpone medios que cercenan el curso normal de la naturaleza, como los preservativos u otros métodos artificiales genéricamente rotulados de anticonceptivos.

alcanzaba después de cierto tiempo, variable según las expectativas que se tenían, se recurría a un médico o entendido que justificaba el retraso alegando causas fisiológicas o pseudo-fisiológicas que por lo común eran poco claras, incluso para ellos. También y paralelamente se recurría a la virgen. Siempre podía encontrarse o recomendarse una advocación popular por las bienaventuranzas que prodigaba o esa santa que podía influir en la fecundidad. Santa Margarita y Santa Ana eran las más conocidas, actuando por medio de reliquias y cingulos: retazos microscópicos de vestidos de las vírgenes u objetos que se aseguraba habían sido utilizados por ellas. Fuentes de agua que brotaron después de sus milagrosas apariciones, piedras, que marcaban el sitio o todo aquello que tuviera una relación directa o indirecta con la santa milagrosa. Si la voluntad divina resultaba era esquiva la infertilidad podía explicarse por otros motivos. Siempre había que cuidarse del “mal de ojo” usando amuletos protectores o evitar ver revestirse a un sacerdote con los ornamentos litúrgicos y en particular cuando se ceñía el cingulo, por que en tal caso y de quedar preñada, la criatura de ahogaría con el cordón umbilical. También popularmente se aconsejaba una determinada dieta para alcanzar la gravidez. El higo, la granada, las habas o los garbanzos la favorecían, así como determinadas hiervas en cocimiento que las viejas preparaban mascullando una formula mágica. <sup>21</sup>

### **Consideraciones finales: Un rito de paso.**

La vida de las personas siempre ha transcurrido a través de un proceso secuencialmente específico, ordenado en el tiempo, caracterizado por la ocurrencia, en forma gradual, progresiva y previsible, de una serie de cambios y transformaciones con carácter universal,

<sup>21</sup> El caso de santa Ana es particular. Una antigua tradición, que arranca del siglo II, atribuye los nombres San Joaquín y Santa Ana a los padres de la Santísima Virgen María. El culto a santa Ana se introdujo ya en la Iglesia oriental en el siglo VI, y pasó a la occidental en el siglo X; el culto a san Joaquín es más reciente. Todo lo que se conoce de ellos, incluso sus nombres, procede de literatura apócrifa: el Evangelio de la Natividad de María, el Evangelio apócrifo de Mateo y el Protoevangelium de Santiago. El más antiguo de estos se remonta alrededor del 150 ad. En el Oriente el Protoevangelium gozaba de gran autoridad, algunas porciones se leían en las fiestas de la Virgen María. En el Occidente, sin embargo, fue rechazado por los Padres de la Iglesia. El Protoevangelium nos ofrece la siguiente historia: En Nazaret vivían Joaquín y Ana, una pareja rica y piadosa pero que no tenía hijos. Cuando en una fiesta Joaquín se presentó para ofrecer sacrificio en el Templo, fue rechazado por un tal Rubén, bajo el pretexto de que hombres sin descendencia no eran dignos de ser admitidos. Joaquín, cargado de pena, no volvió a su casa sino que se fue a las montañas a presentarse ante Dios en soledad. También Ana, habiendo conocido la razón de la prolongada ausencia de su esposo, clamó al Señor pidiéndole que retirase de ella la maldición de la esterilidad y prometiéndole dedicar su descendencia a Su servicio. Sus oraciones fueron escuchadas; un ángel visitó a Ana y le dijo: "Ana, el Señor ha mirado tus lágrimas; concebirás y darás a luz y el fruto de tu vientre será bendecido por todo el mundo". El ángel hizo la misma promesa a Joaquín, quien volvió a donde su esposa. Ana dio a luz una hija a quien llamó Miriam (María). Esta historia se parece a la de la concepción de Samuel en las Sagradas Escrituras, cuya madre se llamaba también Ana. "Protoevangélico de Santiago". En Evangelios Apócrifos. Buenos Aires, Hyspamérica, Tomo 1, 1985. Pág. 12. E. Crouzet-Pavan; "De hijo en hijo". En la Revista de la Historia. Año 1. N° 4, febrero de 1999. Págs. 44 a 48

que son comunes a toda la especie. Este proceso se denomina desarrollo, sin el cual, no se puede concebir la idea de ciclo vital. Es así como se da en un tiempo relativamente definido, coincidiendo con la duración del período vital, desde la fecundación del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre, hasta la muerte. Este ciclo vital pone en evidencia dramáticamente nuestras debilidades físicas. Los humanos y por más de un motivo, somos peligrosamente frágiles y en donde esta endeblez se hace más trágica es quizás en la instancia del parto y post parto. Nacemos sufriendo por abandonar un hábitat ideal provocando paradójicamente un gran dolor a quien lo ha proporcionado. La mujer que ha pasado por el trabajo de parto y ha dado a luz, sufre de dolores lo suficientemente insoportables como para meditar seriamente la posibilidad de pasar en el futuro nuevamente por esta experiencia. Si hoy, considerando los avances médicos y los cuidados a los que muchas mujeres pueden acogerse, la maternidad les ha resultado una experiencia ingrata, pensemos en esas otras mujeres del Antiguo Régimen en cuyos cuerpos operaba una medicina pseudo científica y una sociedad que las consideraba, salvo excepciones, como animales cuya gracia no era otra que producir hijos.

No hay duda que nuestro cuerpo es una impresionante muestra de la evolución de la especie. Todas nuestras ventajas como nuestras flaquezas anatómicas se manifiestan claramente en el momento del parto y del nacimiento, formando parte de un proceso que, junto con la gravidez, es claramente bio-psicosocial. Gravidez, parto y nacimiento que las distintas culturas han procurado entender por medio de ritos, de ritos de paso que marcan el pasaje de un estado a otro de existencia. La mayoría de los rituales se centran en un periodo de mutación, el cual puede definirse asimismo como liminar. El concepto se refiere a la inseguridad inherente a los momentos de cambio. Así, el embarazarse, dar a luz y nacer, fueron entendidos por todas las culturas por medio de una serie de prácticas sociales, colectivas o individuales que promovían la resolución de problemas, al facilitar la manifestación de ideologías, valores, normas y emociones mediante los actos simbólicos.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> W. R. Csmotock; *The study of religion and primitive religion*, Nueva York, Harper and Row, 1972. R. Firth; "Verbal and Bodily Rituals of Greeting and Parting", en J.S. La Fontaine (ed) *The interpretation of Ritual: Essays in Honour of A. J. Richards*, Londres, Tavistock, 1972. M. Gluckman; *Politics, Law and Ritual in Tribal Society*, Oxford, 1972. J. R. Goody; "Against ritual", en S.F. Moore y B.G. Myerhoff (comps), *Secular ritual*, Assen y Amsterdam, 1991. J. Roberts; "Encuadre: Definición y tipología de los rituales", en *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia*, Barcelona, Gedisa, 1991. O. Van Der Hart; *Rituals in psychoterapy: Transition and continuity*, Nueva York, 1983. Irvington Publishers, Inc. A Van Gennepe; *Les Rites de Passage*, París, Librairie Critique, 1909. Emil Mourry. Arnold van Gennepe; *Los ritos de paso*. España, Taurus, 1986. Víctor W. Turner; *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*, España, Taurus, 1988.

Las consecuencias de un embarazo en la mujer tenían y tienen relación con el nivel psico cultural y socioeconómico de su grupo de pertenencia, donde son determinantes las creencias, los valores sociales y los atavismos familiares, que para bien o para mal recaerán sobre la madre y su futuro hijo. Así, por ejemplo, la ciencia ha comprobado lo que muchos ya intuían: el estrés materno durante el embarazo y el parto es capaz de traspasar al bebé en formación, con consecuencias negativas no sólo para el pequeño, sino también para su madre y en especial para el establecimiento de un buen vínculo afectivo. Durante el embarazo, el estrés produce descarga de hormonas y dentro de ellas, las llamadas catecolaminas (la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina) que son captadas por el futuro bebé. Eso es algo ampliamente percibido por las madres, ellas se dan cuenta que si se asustan, sus bebés se mueven, si tienen hambre o si pasan una rabia, el niño o niña se ponen inquietos en el vientre. Ese complejo de factores que influyeron e influyen sobre el embarazo, el parto y el nacimiento, condiciona en extremo cuando no determinan la vida de la mujer y de sus crías. Estas mujeres porteñas, salvo excepciones, no eran tratadas por su entorno con los cuidados y precauciones básicas tendientes a minimizar o más raramente a eliminar factores nocivos para su integridad así como para preservar al no nato. Estas variables pueden analizarse en tres categorías: las biológicas, las ambientales y las cognitivas. Sus constituciones varían según el grupo social que estemos analizando y el acceso que se tenga a una atención médica adecuada. En el periodo por nosotros analizado estas variables interactuaron de forma particular, características sobre las cuales solo podemos no mucho más que especular. Sin embargo haremos algunas reflexiones finales sobre uno de algunos de estos aspectos. El dolor físico era inseparable de la vida de las personas en las sociedades del Antiguo Régimen. Son innumerable las autobiografías y memorias que dan cuenta de su presencia en la vida de los hombres que parecían concebir sus ciclo vitales como una sucesión más o menos soportable de dolores sobre los cuales las distintas culturas han intentado enfrentar y explicar alegando tanto a lo estrictamente corporal-material como a argumentaciones metafísicas. Los individuos de estas sociedades conocían y convivían con el dolor. Estas mujeres en el momento del parto tenían pocos recursos para aliviarlo. Hoy en día, los anestésicos y analgésicos han evitado grandes y graves sufrimientos que las mujeres hasta hace solo algunas décadas tenían, incluso en los últimos años se ha llegado a afirmar ciertos beneficios que el dolor provocaría. El dolor forma parte de nuestra constitución animal, tenemos dolores al nacer no por maldición, sino porque tiene sus razones de existir, sus estrategias mentales y

hormonales para sobrellevarlo y sus beneficios. Esto es lo que hoy sabemos e ignoraban estas porteñas que se embarazaban, eran madres y en no pocas ocasiones morían en el intento.<sup>23</sup>

## **Bibliografía**

Ariès, P; (1973) *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Seuil.

Blázquez Rodríguez, María Isabel, (2005); *Aproximaciones a la Antropología de la reproducción*. AIBR. En *Revista de Antropología Iberoamericana*, Madrid.

Bodoque, Yolanda – Montes, María Jesús; (1996) “El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones.” En *Actas del IX Congreso de Antropología de la Federaciones de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Barcelona, FAAEE.

Calmels, Daniel; (2009) *Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza*. Buenos Aires, Biblos.

Cayo Plinio Segundo; (1624) *Historia natural*. Traducida por el Licenciado Gerónimo de Huerta, Médico y familiar del Santo Oficio de la Inquisición. Ampliada por el mismo con escolio y anotaciones. Dedicada al Católico Rey de las Españas y Indias don Felipe III Nuestro Señor. Madrid, Impresor del Rey N. S. Págs. 271, 275,276

Choulantt, Ludwig; (1852) *Geschichte und Bibliographie des Anatomischen Abbildung Nach Ihrer Biziehung auf Anatomische Wissenschaft und Bildende Kunst*, Leipzig, Weigel.

Cowen, M. Pablo; (1999) “La Infancia Porteña a través de las Fuentes Judiciales”; coordinadora Silvia Mallo de la Mesa “Justicia y Sociedad Colonial”. En la Fuente Judicial. las Primeras Jornadas de la Fuente Judicial en la Construcción de la Memoria Histórica. Suprema Corte de Justicia, Departamento Histórico Judicial, Facultad de Humanidades, Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Crouzet-Pavan, E (1999) “De hijo en hijo”. En la *Revista de la Historia*. Año 1. N ° 4. Págs. 44 a 48.

Csmotock;W. R (1972) *The study of religion and primitive religion*, Nueva York, Harper and Row.

De Mause, Lloyd; (1982) *Historia de la Infancia*, Madrid, Alianza Editorial.

Duby, George- Michelle Perrot, Michelle; (1993) *Historia de las mujeres 8. El siglo XIX. Cuerpo, trabajo y modernidad*. Madrid, Taurus.

Edward Shorter; *Le corps des femmes*. Paris, Le Seuil, 1984.

Ellison, Peter (2000); *On fertile ground: a natural history of human reproduction*. Harvard University Press.

---

<sup>23</sup> Es el dolor lo que induce la producción de endorfinas naturales en el cuerpo de la madre y que llegan al hijo, y ayudan a soportar el proceso.

Firth, R (1972); "Verbal and Bodily Rituals of Greeting and Parting", en J.S. La Fontaine (ed) *The interpretation of Ritual: Essays in Honour of A. J Richards*, Londres, Tavistock.

Gabert, H. A – Bey, M; (1989) "History and development of cesarean operation". *Obst. and Gynecol. Clin. of North America*.

Gertrude Himmelfarb, Gertrude (1991); *Matrimonio y moral en la época victoriana*. Madrid, Debate.

Giberti, Eva; (1990) "El parto vertical". En Giberti, Eva; *Tiempos de mujer*. Buenos Aires, Sudamericana.

Gluckman, M; (1972) *Politics, Law and Ritual in Tribal Society*, Oxford.

González Velasco, Pedro – Díaz Benito, José; (1854) *Tratado Práctico de Partos*. Atlas de sesenta láminas, Madrid, Imprenta de Don Alejandro Gómez Fuentesnebro. Pág. 11

Guerra, F; (1989) *Historia de la medicina*. Madrid, Norma.

Guerra, Francisco; (1992) *El tesoro de medicinas de Gregorio López. 1542-1596*. Estudio, texto y versión. Ediciones de Cultura Hispánica del Instituto de Cooperación Iberoamericana. Madrid.

Guthrie; D; (1953) *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat Editores, S.A.

Jenner, Mark, S (1999); "Body, Image, Text in early Modern Europe. *Social History of Medicine*" 12, Págs. 143-154.

Jenner, Mark, S; (1995) *Perilous Chastity: Women and Illness in pre- Enlightenment Art and Medicine*, N.Y, Ithaca.

La Abeja Argentina.(1822) Buenos Aires, N ° 5. Pág. 136.

Laqueur, Thomas (1990); *Making Sex*. Cambridge.

Leonardo, R, A (1948); *Historia de la ginecología*. Barcelona, Salvat Editores, S. A, 1948.

Masiello, Francine; "Ángeles hogareños: la mujer en la literatura argentina a mediados del siglo XIX", *Anuario del IEHS*, N ° 4, 1989.

Mourry, Emil - Van Gennep, Arnold; (1986) *Los ritos de paso*. España, Taurus.

Núñez, Francisco (1638); *Libro del parto humano en el qual se contiene remedios muy útiles para el parto dificultoso de las mujeres, con otros muchos secretos a ellas pertenecientes y a las enfermedades de los niños*, Zaragoza. Págs. 2 y 3

Pagani, Estela- Alcaraz, María Victoria (1988); "Las nodrizas en Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940)", Buenos Aires, CEAL.

Infesta, María Elena (coord). *El centenario de los estudios históricos en La Plata*. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2010, ISBN 978-950-34-0677-9, <http://cehlp.fahce.unlp.edu.ar>

Pérez Jiménez, Aurelio – Cruz Andreotti, Gonzalo, (1999), *Unidad y pluralidad del cuerpo humano. La anatomía en las culturas mediterráneas*. Madrid, Ediciones Clásicas. Mediterránea N ° 4.

Porter; Roy, (2003) “Historia del cuerpo revisada”. Págs. 271-299. En Burke, Peter; *Formas de hacer historia*. Segunda edición. Madrid, Alianza.

Turner, Victor W (1988); *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*, España, Taurus.

Twinan, Ann; (2009) *Vidas públicas, secretos privados. Género, honor, sexualidad e ilegitimidad en la Hispanoamérica colonial*. Buenos Aires, FCE.

Urbe, Elías; (2007) “La cirugía mexicana en ginecología y obstetricia durante el siglo XIX”. En *Medigraphic*. Vol. 75 N ° 2.

Van Der Hart, O (1983); *Rituals in psychotherapy: Transition and continuity*, Nueva York.