

“‘Enfermedades de mujeres’: ginecología, médicos y presunciones de género, Chile, fines del siglo XIX”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2001). “*‘Enfermedades de mujeres’: ginecología, médicos y presunciones de género, Chile, fines del siglo XIX*”. *Pensamiento crítico, Revista Electrónica de Historia*, 1 (-), 2-30.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/22>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/oha>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



**'ENFERMEDADES DE MUJERES'. GINECOLOGÍA,
MÉDICOS Y PRESUNCIONES DE GÉNERO.
CHILE, FINES DEL SIGLO XIX.**



María Soledad Zárate C.

Pensamientocrítico.cl
Revista Electrónica de Historia
N° 1, 2001

**'ENFERMEDADES DE MUJERES'.
GINECOLOGÍA, MÉDICOS Y PRESUNCIONES DE GÉNERO.
CHILE, FINES DEL SIGLO XIX.***

María Soledad Zárate C¹.

Abstract

At the end of the XIX century, the interest for the treatment and cure of those denominated "women's diseases" in Chile it was not alone the expression of a new medical specialty, the gynecology. By means of some writings that identify some procedures, services of attention and to the first attended women, this article examines some gender interpretations that the cultivation of this specialty supported.

1.- Introducción.

"Acepto gustosísima la proposición que me hace de ir a Santiago, i estoy dispuesta a emprender el viaje el día que Ud. tenga a bien indicarme, tanto para ser mostrada a los médicos, cuanto para darle las gracias nuevamente por el mucho cuidado e interés que tomó por mí en ese hospital..."

Julia Saavedra, Lota, 1878.

Así concluía la carta que enviaba Julia Saavedra al médico Wenceslao Hidalgo en 1876, quien dos años antes la había intervenido quirúrgicamente en el hospital de Concepción. Luego de ser objeto de una *histerectomía*² o extirpación del útero, Saavedra se convertía en la primera mujer en el país que era sometida, y sobrevivía, a una operación de esa naturaleza según las estadísticas presentadas por este médico. Y en virtud de ese éxito, Hidalgo la invitaba a viajar a la

*Junto con agradecer la oportunidad de publicar en esta revista, felicito al equipo editorial por este nuevo proyecto y le deseo una larga vida.

¹ Licenciada en Historia, Doctora (c) en Historia, Universidad Católica de Chile

² También conocida en la época como 'histerotomía'.

capital para ser observada por la comunidad médica, aportando así al conocimiento empírico que esta requería.

Los resultados inmediatos de la operación practicada a Saavedra fueron publicados en la memoria *Estudio sobre la ovariotomía e hysterotomía* a inicios de 1877. Pero más tarde, con la intención de destacar aun más el éxito de la intervención y de “combatir la oposición tenaz i sistemática que algunos tienen contra la extracción de los tumores i quistes de los ovarios i del útero” o desechar la creencia de que todas estas operaciones tenían como resultado final la muerte de la paciente en la época, Hidalgo publicaba las observaciones sobre el estado general de Saavedra que recolectaría entre su salida del hospital a fines de diciembre en 1876 y junio de 1878³.

La historia de Saavedra es una fuente fragmentaria, pero ilustrativa de algunos aspectos y de los primeros pasos relacionados al examen, tratamientos y cirugías que algunos galenos estaban interesados en practicar sobre el cuerpo femenino. El éxito de la operación era, también, un buen y temprano ejemplo de los primeros pasos en esta materia quirúrgica que se convertiría en una práctica clínica frecuente entre algunos médicos chilenos de los primeros años del siglo XX.

La importancia de la operación a la que se había sometido a Julia Saavedra no radicaba solo en ser una intervención quirúrgica de gran envergadura en una época, cabe recordar, que aún no se practicaban los más mínimos principios antisépticos, sino también por su misma naturaleza. El propio Hidalgo sostenía que esta constituía un primer hito en la historia de las intervenciones quirúrgicas de carácter ginecológico que había comenzado en 1868 con la primera extirpación de los ovarios o ovariotomía realizada por primera vez en Concepción por los médicos Pedro Ortiz, Osvaldo Aichle y Lorenzo Carrasco en una mujer de 30 años, no identificada y que sobreviviría algunos años. Según Hidalgo, más de diez operaciones de similares características, pero con resultados diversos se efectuaron entre ese año y 1878, de las cuales la única histerectomía propiamente tal era el caso que ahora presentaba⁴. La publicación de sus resultados no tenía solo el propósito de dar a conocer los alcances científicos de la intervención sino también convencer a la comunidad médica de sus beneficios, aun cuando difícilmente podía garantizarse un desenlace positivo.

Pese a la alta mortalidad a que podían dar lugar esas operaciones, Hidalgo sostenía que era mejor juzgar su éxito si se comparaba con aquellas que, décadas antes, se ejecutaban en Europa, cuando allá aún “no habían llegado al grado de adelanto i perfeccionamiento que progresivamente han ido adquiriendo hasta nuestros días”. Mayor valor tenía entonces la experiencia chilena que emprendía su propia historia en medio de la puesta en marcha de

³ Wenceslao Hidalgo, “Ovariotomía e Hysterotomía”, *Revista Médica*, tomo VII, 1878-1879, 81-92.

⁴ Hidalgo hace una breve reseña de las operaciones, el lugar y los médicos que las llevaron a cabo, *Ibid.*, 88-90. La reunión de los datos también tenía el propósito de ser remitidos al médico peruano, Enrique C. Basadre, residente en Lima, quien deseaba presentarlos en la Sociedad Médica de ese país.

procesos experimentales y con la escasez de instrumentos que ya estaban disponibles en el Viejo Continente.⁵

Saavedra no sabía, y no tenía porque saberlo, que su caso clínico tenía la intención de inaugurar formalmente en el país un interés científico de extraordinaria envergadura para la comunidad médica internacional durante el siglo XIX: el examen e intervención quirúrgica para la curación de las “enfermedades de mujeres”. Esta denominación como bien se indica, daba cuenta de un hecho exclusivo; la identificación de dolencias que eran padecidas exclusivamente por mujeres, que atacaban a sus órganos sexuales y reproductivos, principalmente el útero y los ovarios, que debían recibir un tratamiento especial y/o ser eventualmente extirpados.

La historia de Saavedra nos introduce, entonces, a algunas de las preguntas que plantea este artículo y que rodearon el nacimiento en Chile de esa nueva especialidad médica la ginecología, reservada a la atención de las “enfermedades de las mujeres”. En el campo de la medicina formal nacional, podemos decir que hasta la consolidación de la cátedra y el servicio clínico ginecológico en el hospital San Borja de Santiago, proceso que se verifica en la década de 1880, aquellas enfermedades que aquejaban los órganos reproductivos femeninos eran atendidos principalmente desde la obstetricia, especialidad que integraba el programa de estudios médicos desde su primera versión en 1833⁶.

Los mayores testimonios del gradual pero definitivo interés por la asistencia ginecológica fueron, primero, la aparición de estudios o tesis relacionadas con el cuerpo y la fisiología femenina, específicamente centrados en los órganos reproductivos, y consecuentemente, la publicación de historias clínicas sobre tratamientos e intervenciones quirúrgicas ejecutados en el servicio clínico del hospital San Borja y periódicamente publicadas en la *Revista Médica*.

⁵ Hidalgo, “Ovariectomía...”, 91.

⁶ Domingo Amunátegui del Solar, *El Instituto Nacional bajo los rectorados de don Manuel Montt, don Francisco Puente y don Antonio Varas, (1835-1845)*, Santiago, Imp. Cervantes, 1891, 60 y ss.

Este artículo examina algunas de esas fuentes con el fin de revisar los primeros pasos de esta disciplina, pero no desde la perspectiva institucional ni tampoco desde la historia de la medicina como ciencia, perspectiva que en nuestro país ha recibido la atención principalmente de algunas crónicas sobre historia de la medicina⁷. En esta oportunidad queremos relacionar el desarrollo de esta especialidad con algunas ideas sobre el cuerpo femenino predominantes en la época, con la historia de las mujeres que acceden a los primeros servicios formales que ella prestaba y de paso dar cuenta de algunos de los temas específicos que impulsó al interior de la comunidad médica chilena de fines del siglo XIX.

Resulta estimable saber quienes fueron los primeros cirujanos, cuales fueron las primeras técnicas para uno u otro tratamiento o donde se practicaba tal o cual operación. Pero la atención en quienes eran los receptores de los progresos y experimentos de la medicina, como y donde los recibían nos habla de los efectos de su aplicación en una población particular: las mujeres que accedían a los servicios ginecológicos disponibles o que eran objeto de estudios como tesis o monografías de la época. Esto no quiere decir que las mujeres que demandaban esta asistencia pero que la recibían en forma privada, es decir, en sus hogares, no sean de igual interés; simplemente nos referiremos a las primeras pues nuestras fuentes nos limitan a la historia de aquellas que accedieron a hospitales de la beneficencia y que son objeto de estudio y material que nutría las historias clínicas que, en su mayoría, eran mujeres trabajadoras, pobres y algunas de condición indigente.

Si analizamos, desde una perspectiva de género, la trayectoria histórica de las políticas sanitarias, de la medicina y la profesión médica podemos comprender el impacto diferenciado que aquellos fenómenos tuvieron para mujeres y hombres del siglo XIX; pero esta perspectiva, hasta ahora, no ha merecido especial atención de la bibliografía disponible⁸. Desde ese mismo punto de vista podrían ser materia de estudio algunas enfermedades de fin del siglo XIX, especialmente las

⁷ Sobre la consolidación de algunas especialidades, entre ellas, la ginecología, véase a Ricardo Cruz Coke, *Historia de la medicina chilena*, Santiago, Ed. Andrés Bello, 1995, 522-530; Lucas Sierra, "Cien años de la enseñanza de la medicina en Chile", *Anales de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas*, 1934, tomo I, 300-353. Sobre la ginecología en particular véase a Juan Wood, "Historia de la enseñanza de la ginecología en Chile", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 31, nº1, 1966, 299-309.

⁸ Sobre materias como la salud, las políticas sanitarias e instituciones de la beneficencia véase, entre otros trabajos, a René Salinas Meza, "Salud, ideología y desarrollo social en Chile, 1830-1950", *Cuadernos de Historia* 3, 1983, 99-126; Eduardo Cavieres, "Epidemias, medicina y sociedad colonial. La plaga de 1779 en Chile", *Cuadernos de Historia* 10, 1990, 87-108; María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973*, Santiago, Ed. Colectivo de Atención Primaria, 1993; Pablo Camus, "Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago. 1852-1894", *Historia* 27, 1993, 89-140; Claudia Carrillo F. y Pamela Figueroa R., "La locura en Chile decimonónico", *Dimensión Histórica de Chile* 10, 1994, 187-214; Alvaro Góngora Escobedo, "La epidemia de cólera en Santiago, 1886-1888", *Dimensión Histórica de Chile*, 10, 1995, 108-134; Gonzalo Piwonka, "Estado y salud en Chile. Un estudio histórico-jurídico: 1800-1832", *Dimensión Histórica de Chile*, nº 10, 1995, 9-55; Carl J. Murdock, "Physicians, the State and Public Health, 1881-1891", *Journal of Latin American Studies*, 27, 1995, 551-567. Sobre algunos aspectos de la profesionalización de la medicina chilena, véase a Sol Serrano, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago, Ed. Universitaria, 1993, 178-204.

de carácter infeccioso como el cólera⁹ o la sífilis, dando cuenta así de su impacto social y del desarrollo de las políticas y establecimientos sanitarios que las atendían tanto para hombres y mujeres.

En el caso de la ginecología y de las llamadas 'enfermedades de mujeres' a las que esta especialidad se dedicaba, la perspectiva de género nos ayuda a entender que el estudio de las concepciones sobre el cuerpo de las mujeres no estaba desprovisto de las presunciones genéricas que se elaboraron en torno a él, es decir, de la naturalización de ciertas cualidades psicológicas adscritas a ese sexo. Desde el género y la historia social podemos vislumbrar algunos aspectos que iluminan la particular relación que la ginecología inauguraba entre las mujeres y la medicina nacional a fines del siglo XIX. Desde la historia de las mujeres, la asistencia ginecológica no solo cobra sentido como un nuevo tipo asistencia médica; también nos habla de cambios sociales y culturales respecto, por ejemplo, al manejo del pudor entre médicos hombres y pacientes mujeres, de los beneficios que trajo para ellas como, asimismo, de la instrumentalización de la que fueron objeto en virtud del avance de la disciplina, instrumentalización que, obviamente, no las afectaba exclusivamente y merece juicios matizados. Todas estas cualidades de la perspectiva de género aplicadas al estudio de esta especialidad amplían nuestra comprensión de sus implicancias sociales y, definitivamente, impulsa nuevas miradas al momento de estudiar la historia de la medicina y de los establecimientos de la beneficencia del siglo XIX en torno a ella.

Un punto común de algunos de los estudios sobre el cuerpo femenino como los de médicos como Eloísa Díaz, Víctor Körner, Moisés Amaral y otros, era la convicción de la íntima relación que se establecía entre padecimientos ginecológicos y la conducta femenina en la época, relación que la comunidad médica chilena reproducía de la literatura internacional sobre esta materia. Tras esa conexión evidentemente descansaba la transmisión de un juicio de valor, y no solo la descripción del funcionamiento del cuerpo humano, en nuestro caso, el femenino¹⁰: culturalmente y desde la ciencia se les concedería a los órganos sexuales, el poder de ser el vehículo comprensivo de la mente femenina, y que mejor especialidad para probar esa presunción que la ginecología.

⁹ Algunas de ellas han sido objeto de estudios históricos como, por ejemplo, el cólera tema de estudio del trabajo de Alvaro Góngora Escobedo, "La epidemia de cólera en Santiago, 1886-1888", *Dimensión Histórica de Chile*, 10, 1995, 108-134.

¹⁰ Sobre el concepto de biología y su construcción cultural e instrumentalización, véase el trabajo de Gisela Bock, "La historia de las mujeres y la historia del género: aspectos de un debate internacional", *Historia social*, nº 9, 1991, 62-66.

2.- Ginecología o “ciencia de la mujer”.

La atención del cuerpo femenino y de sus enfermedades específicas recibieron una particular atención hacia fines del siglo XIX, en un claro reflejo de que nuestra medicina, con un cierto y obvio desfase, reproducía un derrotero que la medicina a nivel internacional había emprendido casi un siglo antes en Europa y un poco más tarde en los Estados Unidos¹¹.

Desde la Ilustración, la medicina y la ciencia apoyaba la idea de que fuera la naturaleza, y no la religión u otros sistemas de creencias, la que definiera el lugar del hombre y de la mujer en el orden social, propósito que animaba la mayoría de los estudios que analizaban la dicotomía de las diferencias sexuales en esa época¹². Una de las consecuencias de esa tendencia intelectual durante el siglo XIX, y que la historiografía internacional ha estudiado considerablemente¹³, fue el enorme interés de la medicina por comprender el cuerpo femenino estudiando particularmente sus funciones sexuales y reproductivas. Es indesmentible que desde tan antiguo como la época de Hipócrates y Aristóteles, las funciones asignadas a las mujeres “atrajeron un elaborado cuerpo de justificaciones médicas y biológicas”¹⁴, pero tal fenómeno alcanzaría precedentes desconocidos en el siglo XIX gracias a que la ciencia médica se dotaría de una importancia intelectual de profunda influencia en y para la vida de las mujeres¹⁵.

¹¹ Para la revisión del desarrollo general de esa especialidad en el contexto europeo hemos consultado a W. F. Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1994; sobre los aspectos histórico-técnicos véase a Michael J. O'Dowd y Elliot E. Phillipp, *Historia de la ginecología y obstetricia*, San Salvador, Edika Med, 1995. Sobre la trayectoria de la especialidad ginecológica y sus implicancias sociales e intelectuales para el caso británico véase a Ornella Moscucci, *The science of woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, Cambridge University Press, 1993. Sobre el caso norteamericano, centrado especialmente en la trayectoria del reconocido ginecólogo J. Marion Sims, véase a Deborah Kuhn McGregor, *From Midwives to Medicine. The Birth of American Gynecology*, New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press, 1998. Algunos aspectos sobre la relación simbólica entre mujeres y medicina, especialmente la de tipo obstétrica y ginecológica son revisados por Ivonne Knibiehler y Catherine Fouquet, *La femme et les medecins*, Hachette, 1983. Para el caso de países latinoamericanos consúltese la trayectoria institucional de los cursos y clínicas dedicadas a esta especialidad en *Historia de la obstetricia y ginecología en Latinoamérica*, Bogotá, Imprenta Distrital de Bogotá, 1970 editado por FLASOG, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

¹² Sobre el particular véase el capítulo V, “El descubrimiento de los sexos” de la obra de Tomas Laqueur, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid, Eds. Cátedra, Universidad de Valencia e Instituto de la Mujer, 1994.

¹³ Son abundantes los títulos en esta materia, pero citamos aquellos que hemos consultado directamente: Carrol Smith-Rosenberg y Charles Rosenberg, “El animal hembra: puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX” y Ann Douglas Wood, “La enfermedades de moda. Trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX” en Mary Nash ed., *Presencia y protagonismo. Aspecto de la historia de la mujer*. Barcelona, Serbal, 1984; Elaine Showalter, *The Female Malady: Women, Madness and English Culture*, London, Virago Press, 1987.

¹⁴ Smith-Rosenberg y Rosenberg, “El animal hembra...”, 341.

¹⁵ Diana Veneros revisa algunas de esos postulados científicos analizados por algunos historiadores en su artículo, “Consideraciones médicas decimonónicas en torno a género, salud y educación”, *Dimensión Histórica de Chile*, 10, 1993-1994, 135-153.

Hacia fines del siglo XVIII junto con la manifestación de una mayor preocupación por el lento crecimiento poblacional y una creciente influencia de las ciencias naturales en cuestiones de orden político, se propiciaron públicamente aquellos predicamentos, tan populares mas tarde, que los médicos hacían en relación a la atención obstétrica, las enfermedades de las mujeres que amamantaban y la mortalidad infantil. En consecuencia, estudiar y nominar aquellos órganos involucrados en los procesos reproductivos y sexuales resultaba una tarea pendiente primordial. Es ese escenario el que hizo especialmente fecundo el estudio de la 'femineidad' y la 'naturaleza femenina' dando fruto a tratados que combinaban tanto argumentos basados en descubrimientos científicos como en reflexiones y aforismos de naturaleza filosófica.

Se ha sostenido que la aparición de la ginecología, o ciencia de la mujer, podría ser considerada entonces como la especialidad que faltaba para completar el estudio de las diferencias sexuales que emprendió la medicina desde finales del siglo XVIII con el objeto de aportar las evidencias físicas necesarias para la justificación de las funciones que cada sexo estaba llamado a cumplir en la sociedad. Sin duda, esta explicación da cuenta en parte del por qué y del significado social de la aparición de la ginecología, pero no es menos cierto que ella también constituye parte de dos procesos universales que experimentaba la medicina: su profesionalización y especialización¹⁶. No podemos referirnos detalladamente a ellos aquí, pero no desconocemos que ciertamente son claves para comprender tanto la cantidad y calidad de los servicios médicos en esta y otras especialidades, como la creación de ese mercado asistencial y la demanda en torno a el.

La práctica de esta nueva 'ciencia de la mujer' trajo paralelamente cambios de enorme importancia a las relaciones de género que caracterizaban la práctica médica conocida hasta el siglo XVIII en Europa. Hasta entonces la asistencia de las 'enfermedades femeninas' y las relacionadas con el parto estaban cubiertas, casi monopolícamente, por mujeres reconocidas por sus virtudes de parteras y curanderas¹⁷, cuestión que cambiaría lenta, pero irreversiblemente, en los principales centros urbanos. La ginecología se concentraría en manos de médicos hombres en Europa y los Estados Unidos durante el siglo XIX, fenómeno de las relaciones de género que ha merecido la atención de importantes estudios que citamos anteriormente, y que tampoco sería ajeno o de menor relevancia histórica en el caso latinoamericano¹⁸.

¹⁶ Para el caso chileno, véase la obra citada de Sol Serrano y para una autovisión de la profesión médica, véase el artículo de Juan Eduardo Vargas, "Rasgos de la auto imagen social y profesional de los médicos (1872-1925)", *Ars Médica, Revista de estudios médicos humanísticos*, Vol. 3, Nº 4, 2001, 103-126.

¹⁷ Los estudios que citamos anteriormente se refieren a la importante proporción de mujeres entre quienes proveían de atención sanitaria a la población femenina hasta el siglo XVIII, periodo en que los hombres poco a poco van dotándose de un mayor protagonismo del ejercicio médico como lo analiza, por ejemplo, Ornella Moscucci, *The science of woman...*, 42-74.

¹⁸ Algunos de esos aspectos han merecido la atención de estudios que analizan las relaciones entre los médicos y las mujeres en torno al desarrollo de la obstetricia y de la ginecología como lo hace para el caso mexicano Oliva López Sánchez en su libro *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica*

En el Chile decimonónico, las mujeres que cultivaron oficios curativos, principalmente aquellas que atendían los partos también se vieron afectadas por el predominio masculino, en ocasiones represivo, que afectaría a las profesiones médicas formales, aun cuando no creemos que la tensión social de esa transformación tuviera alcances similares a los que registra la historiografía a nivel internacional¹⁹. La coexistencia de una medicina formal, practicada casi exclusivamente por hombres, y de una medicina informal, en la que parteras y curanderas tuvieron una presencia importante pero no monopólica, fue un proceso que solo se resolvió masivamente, a favor de la medicina formal, en el siglo XX²⁰.

En el caso chileno, el atractivo que ejerció la asistencia ginecológica pareció extenderse hasta entre las mujeres que trabajaban en el hospital de mujeres de Santiago. Según una irónica denuncia aparecida en la crónica de la *Revista Médica* de 1872-1873, algunas de las mujeres empleadas para la atención de las necesidades domésticas en ese recinto sanitario se convirtieron en el blanco de las quejas de algunos médicos por su condenable intervención y práctica en el cuerpo de las enfermas afectadas por “enfermedades de la matriz”:

“[...] entre nosotros las criadas de los hospitales bastan para tratar estas enfermedades que los médicos hallan tan difíciles; con haber estado seis semanas en el hospital, la criada que no sabia barrer se cansa de su oficio, deja la escoba por el especulum i se lanza entusiasmada en la ciencia ginecológica”²¹.

del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México, Ceapac y Plaza y Valdés Ed., 1998. También desde la perspectiva de las corrientes higiénicas de principios del siglo XX, la historiadora María Emma Mannarelli también aborda algunos aspectos sobre la relación entre mujeres y medicina en *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*, Lima, Eds. Flora Tristán, 1999.

¹⁹ Para una mirada general sobre las matronas véase a Jean Towler y Joan Bramall, *Comadronas en la historia y la sociedad*, Barcelona, Masson, 1997. También véase el capítulo referido a las matronas europeas de Irvine Loudon en *Death in childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950*, Oxford, Clarendon Press, 1992, 402-428; para el caso inglés en particular véase en la misma obra, el capítulo “Maternal Care in Britain, 1900-1935”, 206-234. Para el caso latinoamericano no hemos encontrado bibliografía que investigue en forma particular y específica la historia de las trayectorias laborales de parteras ni matronas, salvo menciones aisladas a ellas en los títulos citados.

²⁰ A fines del siglo XIX existía entre los médicos una importante preocupación por el número de personas que sin ningún título profesional ejercían la medicina y se inscribían en un amplio repertorio de oficios que iban de compondor de hueso, meicas, parteras a yerbateros, sobre el particular véase a Lucas Sierra, “Cien años de la enseñanza ...”.

²¹ “Crónica”, *Revista Médica*, tomo I, 1872-1873, 79.

3.- La especificidad del cuerpo femenino y sus enfermedades

Las investigaciones sobre la historia de la medicina chilena han abordado tanto algunos aspectos técnicos y científicos como también profesionales²². Sin embargo, hasta ahora uno de los aspectos de la formación de los futuros galenos, el tardío examen y aprendizaje del cuerpo femenino, crucial para entender el desarrollo de especialidades como la obstetricia y la ginecología no ha merecido atención especial, aun cuando si la tuvo para algunos de los contemporáneos al periodo que nos interesa²³.

La principal ocasión, y quizás la única, en que los estudiantes de medicina conocían el desarrollo de una enfermedad, cirugía o curación en un cuerpo femenino la constituía la práctica obstétrica, cátedra que se impartía en el sexto y último año de la carrera²⁴. Recordemos que antes de la fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, las clínicas médicas se alojaron de forma sistemática en el hospital San Juan de Dios²⁵, un hospital dedicado a la exclusiva atención de los hombres²⁶. Ese recinto hospitalario se identificaría con la enseñanza de la medicina durante el siglo XIX hasta que las clínicas se trasladaron al San Vicente de Paul en un proceso que finalizó en 1895 y que tenía por fin convertir a este recinto en el nuevo hospital clínico de la capital.

²² Sobre los aspectos técnicos y científicos existe un abundante número de crónicas y monografías, en su mayoría, producidas por médicos y recopiladas en bibliografías como la de Ximena Abalos del Pedregal, "Bibliografía para el estudio de la historia de la medicina", en *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 1961, 267 y ss. y la elaborada por Claudia Carrillo y Pamela Figueroa, "La salud en Chile durante el siglo XIX", *Dimensión Histórica de Chile* 10, 1994, 217 y ss. Sobre la profesionalización de la medicina chilena, el que nos parece más destacado, sin lugar a duda, es el citado trabajo de Sol Serrano, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago, Ed. Universitaria, 1993, 178-204.

²³ No obstante, no podemos omitir el trabajo de Enrique Laval centrado, principalmente, en los aspectos institucionales del ejercicio obstétrico, véase, *Algunos aspectos del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador*, Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad en Chile. Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile, 1961.

²⁴ El profesor de ginecología Juan Wood sostiene, sin citar la fuente del dato, que la clínica quirúrgica había dispuesto de cuerpos tanto en el hospital San Juan de Dios como el San Borja, mencionando que Alfonso María Thevenot habría dispuesto la utilización de una sala especial en el hospital de mujeres. Aunque este dato sea cierto, creemos que este constituyó mas bien una excepción que de ninguna forma se traduce en que la observación clínica del cuerpo femenino haya sido similar al femenino durante el siglo XIX, Juan Wood, "Historia de la enseñanza...", 300.

²⁵ El decreto del 6 de julio de 1839 firmados por Prieto y Egaña, estableció en su artículo 1º: "Las cátedras de ciencias médicas del Instituto Nacional darán sus lecciones en el hospital de San Juan de Dios, en las salas que se ha mandado al administrador de este último establecimiento prepare al efecto". El decreto completaba la disposición indicando que las lecciones se darían en la misma forma, días y horas en que se daban en el Instituto, que el rector del Instituto Nacional sería quien velaría por el desarrollo de profesores y alumnos de esas cátedras y dejaba bajo vigilancia del administrador del hospital, "como delegado en esta parte del rector del Instituto", de la asistencia puntual de profesores y el orden de los alumnos dándole cuenta semanal de las faltas que se produjeran en Domingo Amunátegui del Solar, *El Instituto Nacional bajo los rectorados de don Manuel Montt, don Francisco Puente y don Antonio Varas, (1835-1845)*, Santiago, Imp. Cervantes, 1891, 62-63.

²⁶ Así lo enseña Enrique Laval en su estudio sobre ese recinto sanitario, *Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago*, (apuntes), Santiago, Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile y Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949, 183.

Como lo registra una investigación dedicada a la asistencia obstétrica en el siglo XIX que actualmente desarrollamos²⁷, los estudiantes observaban y examinaban el cuerpo femenino, en una pequeña proporción, en instituciones como la sala maternal de la Casa de Huérfanos a cargo de Lorenzo Sazié desde la década de 1830 y en la Casa de Maternidad alojada en el hospital San Borja en manos del obstetra Adolfo Murillo a partir de 1875. La asistencia y práctica obstétrica ocupó un lugar central en el proceso de especialización gracias a la exclusiva atención formal que se brindaba en esa institución, único recinto donde los estudiantes recibían instrucción clínica universitaria para la atención de los partos. Pero la especialidad tenía por fin la concentración, casi exclusiva, en la dimensión reproductora de las mujeres; con el establecimiento de la ginecología se abría el camino para el examen de procesos fisiológicos como la menstruación, la menopausia o la aparición de tumores, padecimientos que necesariamente se diferenciarían de aquellos relacionados al embarazo y el parto. Desde la obstetricia, las mujeres eran vistas principalmente como “engendradoras” y desde la ginecología como fuente de estudio de patologías propias de su sexo y, desde ambas, se reafirmaba la diferencia sexual. No obstante, es preciso indicar que con el cambio de siglo ambas especialidades en el país terminaron fusionándose en una sola, siguiendo el modelo alemán²⁸.

Sin embargo, hasta el establecimiento de la especialidad ginecológica, la inquietud por la desproporción entre el entrenamiento médico en uno y otro sexo era real y compartida por algunos médicos. Mellafe afirma que en el marco del plan de estudios de 1881, una de las preocupaciones del Decano de la Facultad de Medicina, José Joaquín Aguirre, era la carencia de una clínica de mujeres con el perjuicio que representaba para los aspirantes a médicos iniciar “su labor profesional sin haber participado nunca en la atención de una mujer enferma”²⁹.

Bien podemos afirmar, entonces, que con la plena introducción de la ginecología en el plan de estudios de medicina en la década de 1880, los estudiantes ampliaron sus oportunidades de estudiar, en particular, aquellos órganos y procesos propios del cuerpo femenino. La cátedra de ginecología y la clínica ginecológica alojada en el San Borja, se crearon formalmente en 1887 y serían dirigidas en sus primeros años, después de una dura competencia entre los candidatos al puesto, por Roberto Moericke³⁰.

²⁷ Nos referimos a la tesis doctoral en actual proceso de redacción.

²⁸ Según Cruz Coke, el representante de esa fusión fue Marcial González, graduado de médico en Alemania, Cruz Coke, *Historia de la medicina...*, 523.

²⁹ Rolando Mellafe et al., *Historia de la Universidad de Chile*, Santiago, Ed. Universitaria, 1992, 124.

³⁰ En la sesión del 2 de mayo de 1887, el Consejo de Instrucción Pública resolvió “por unanimidad que el sueldo fuera de mil doscientos pesos anuales (\$1200) igual al que gozan los profesores de clínica; y que el número de clases semanales debía ser de cuatro horas y media, como lo determina el supremo decreto de 30 de octubre de 1886. Se declaró, además, que la clase debía comprender la ginecología y la clínica ginecológica.”, *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo LXXII, 1887 (72) 2º sección Boletín de Instrucción Pública, 101. El decreto de creación de la clase y clínica ginecológica, de fecha de octubre de 1887 se obtuvo luego de la dura competencia por ese puesto académico, entre los candidatos, Roberto Moericke y Alcibíades Vicencio, quien había viajado fuera del país en 1884 apoyado por el Ministerio de Instrucción Pública,

Pero el aumento de la observación clínica y el entrenamiento de los futuros galenos en la fisiología y patologías propias del cuerpo de las mujeres no sería la única consecuencia visible de su establecimiento formal. Paralelamente, y de forma complementaria a la consolidación de la labor del hospital San Borja y de la Maternidad de Santiago hacia fines del siglo XIX³¹, se produjo un aumento cuantitativo y un cambio cualitativo de la asistencia médica femenina en hospitales y dispensarías capitalinas que no podemos dejar de relacionar con la práctica ginecológica.

El aumento cuantitativo al que nos referimos estaba dado por el incremento de la cobertura hospitalaria que representó la inauguración de secciones femeninas en hospitales como el San Vicente de Paul y del Salvador dedicadas a la asistencia de patologías ginecológicas, a partir de 1892 y 1895 respectivamente³², ampliando al otro sexo la cobertura hospitalaria que tradicionalmente ofrecían solo a los hombres.³³

Igual incremento se observa en el caso de algunas dispensarías de Santiago, tanto las anexas como las no anexas a los hospitales donde la población femenina asistida era más del doble de la masculina, y era atendida por médicos que habían recibido entrenamiento en esta área médica como R. Espejo, Alcibíades Vicencio, D. Absalón Prado, Carlos Monckeberg. Por ejemplo, en 1892 la dispensaría de 'cirugía de mujeres' del hospital de San Vicente de Paul, dirigida por D. Absalón Prado, registraba la atención de 2.169; la dispensaría de 'ginecología' del San Francisco de Borja, dirigida por el doctor San Cristóbal registraba un número de 2.160 'curaciones' y 63 'operaciones'. La dispensaría de San Pablo, dirigida a la atención de hombres, mujeres y niños, atendida por Carlos Monckeberg, reconocido por su interés en la obstetricia y ginecología, registraba el paso de 3.962 hombres, 12.599 mujeres y 5.129 niños³⁴.

Por otra parte, tras la fundación de estas nuevas secciones hospitalarias y dispensarías es evidente que estamos frente a un cambio de carácter cualitativo: el interés por la específica atención de las 'enfermedades de mujeres' traía consigo la necesidad de conocer en detalle el cuerpo y funcionamiento femenino, el que como hemos dicho, no era observado en la misma proporción por los galenos formados en la Universidad de Chile.

Nuevas preguntas sobre el valor científico de los exámenes del 'interior femenino' y la fisiología de algunos procesos corporales como la menstruación, la pubertad o la menopausia son

precisamente para adquirir entrenamiento en esta especialidad con el compromiso futuro de dirigir esa clase, "si el Gobierno tuviese a bien encomendársela", sesión de 16 de mayo, Consejo de Instrucción Pública, *Anales...*, *Ibid.*, 116-117 y en las sesiones del mismo año del 30 de mayo, 134-135, 6 de junio, 151, 4 de julio, 178-180.

³¹ Proceso histórico que examina la tesis doctoral aludida.

³² Para el detalle del movimiento de los primeros años de esas secciones, véase las cifras que cada hospital reporta a la Junta de Beneficencia de Santiago publicadas en las *Memorias de la Junta de Beneficencia de Santiago*, 1892 y 1895.

³³ Fuera de Santiago, las instituciones que siguieron estos pasos fueron los hospitales de Valparaíso y Concepción, Cruz Coke, *Historia de la medicina...*, 439.

³⁴ Todos estos datos fueron recogidos de la *Memoria de la Junta de Beneficencia de Santiago*, 1892, 34-37.

signos de este creciente interés médico. Por ejemplo, antes de la creación del curso de ginecología formal, la publicación de la tesis de Víctor Körner titulada precisamente *Exploración de la mujer*, presentada en 1884 para optar al título de profesor extraordinario de ginecología y publicada por los *Anales de la Universidad de Chile*³⁵, constituye un hito respecto a este tema. Se trataba de una destacada tesis que ilustraba, especialmente en su introducción, algunos de los intereses de naturaleza esencialista que la especialidad ginecológica promovía en la época.

El uso de la palabra exploración no deja de tener connotaciones metafóricas: inevitablemente nos remite a la concepción quizás más primigenia del término, la de registro, de reconocimiento. Pero este reconocimiento tenía la particularidad de indagar no solo en las 'particularidades físicas' de los órganos que se revisarían. Su propósito era aún más complejo; debía determinar también aquellas particularidades 'morales' de la mujer, como lo enunciaban sus propias palabras:

“El objeto de nuestra exploración es la mujer con todas sus particularidades físicas i morales características; sus órganos genitales más voluminosos que en el hombre, también están provistos de nervios i vasos más voluminosos e importantes, lo cual esté en armonía con la función fisiológica más considerable que están destinados a ejercer i explica la influencia que el sistema genital de la mujer tiene sobre su constitución i el carácter moral del individuo.”³⁶

Retomando las ideas predominantes del siglo XIX, Körner parecía adscribir sin ninguna reticencia, y sin enunciar ningún aporte original, a una de las tesis más recurridas acerca de la diferencia sexual en la época: los órganos sexuales femeninos tenían poder para influir y transformar el carácter y personalidad de las mujeres, y esa peculiaridad las ponía en una condición diferente y vulnerable ante el resto de la sociedad, los hombres, los cuales estaban exentos de padecerla. Es decir, al cuerpo femenino no solo se le entendía conociéndolo anatómicamente; también era necesario conocer, cuestión que en cada caso parecía ser diferente, la influencia que los órganos sexuales tenían en su conducta.

Obviamente, la tesis dedicaba un amplio espacio al análisis de la posición anatómica interior de los órganos genitales femeninos y la dificultad que ella representaba para hacer un buen diagnóstico. No obstante, para Körner las mayores dificultades para la realización del examen del interior femenino lo ponían las propias pacientes a causa de su “carácter moral” y de las “dificultades en la exposición de datos positivos, mala voluntad que las mujeres enfermas oponen al médico i a su exploración”, pese a que advertía que aquella no era un procedimiento cualquiera:

³⁵ Víctor Körner “Exploración de la mujer”, *Anales de la Universidad de Chile*, 1884, t. LXV, 123-146.

³⁶ *Ibid.*, 123.

“nunca debemos olvidar que lo que vamos a examinar no es un solo órgano o aparato, sino todo un individuo que tiene cada uno una constitución i temperamento propio”³⁷.

Körner reconocía algunas etapas del proceso vital femenino basadas en la edad y en las “funciones sexuales” como la menstruación - periodo en que no se recomendaban la ejecución de exámenes ginecológicos- o la adultez marcada por “dos nuevas funciones del aparato genital, el coito i la preñez con el parto i el puerperio”, ambos fenómenos que también podían ser causa de enfermedades.

Con el objeto de discutir los métodos y procedimientos mas adecuados para examinar el interior femenino, principalmente la vagina y el útero, y con algunas referencias a los instrumentos que se debían usar, Körner explicaba que el “examen objetivo”, luego de revisados “los síntomas subjetivos y la historia de la enferma”, se componía de pasos como, entre otros, la inspección, palpación, mensuración y auscultación del abdomen, la aplicación del especulum y el cateterismo. Llama la atención el especial énfasis al irrestricto respeto a esos pasos y al cuidado con que debían ser ejecutados, cuestión que puede ser comprendida atendiendo a la época en que eran sugeridas. Es probable que ya fueron conocidos algunos títulos y descubrimientos que la bibliografía internacional acumulaba, y que daban cuenta de la violencia, los errores y los daños perpetrados por el abuso de la ejecución de exámenes y la falta de maestría de quienes lo ejecutaban, datos que no podían ni debían ser ignorados por las nuevas generaciones, especialmente por el perjuicio al que se exponía a las mujeres asistidas:

“Mientras más experimentado sea el explorador, tanto mas suavidad i cuidado empleará en el examen, pues ya el dolor producido por una exploración poco inteligente es una circunstancia que aumenta el desagrado que la mujer le tiene a esta clase de operaciones”³⁸.

Esta particularidad del texto de Körner no es un aspecto menor al momento de comprender el contexto en que nacía la ginecología formal en el país. La comunidad médica chilena, como también la latinoamericana, manejaba una información, fruto de las estadías y del conocimiento de algunas experiencias europeas, y en menor grado de la norteamericana, de las cuales era posible sacar lecciones evitando la reproducción de sus errores.

Tres años más tarde, la tesis de Eloísa Díaz, *Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad en la mujer chilena y de las predisposiciones patológicas propias del sexo*³⁹, nos

³⁷ Ibid., 123.

³⁸ Ibid., 126.

³⁹ Eloísa Díaz, *Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad en la mujer chilena y de las predisposiciones patológicas propias del sexo*, Santiago, Imp. Nacional, 1887. [También fue publicada en la *Revista Médica*, tomo XVI, 1887-1888, 289-337].

introduce en uno de los estudios estadísticos acerca de los cambios en el cuerpo de mujeres jóvenes más interesantes de la época. Las motivaciones para la presentación de su trabajo no pueden ser mejor explicadas que con las propias palabras de Díaz:

“Revisando la literatura médica nacional i los numerosos trabajos que se han presentado ya en memorias de pruebas o en diferentes certámenes, he encontrado un lamentable vacío en todo lo que se relaciona con la aparición de la pubertad en la mujer chilena. Animada también por el deseo de contribuir, aunque en reducida escala, al estudio de las afecciones que se desarrollan en nuestro país i que tienen caracteres especialmente chilenos, he querido presentaros este trabajo que se relaciona exclusivamente con la fisiología i patología de la mujer chilena vistas las condiciones de vida, clima y costumbres”⁴⁰.

La evaluación que Díaz hacía, bien podía ser extensible a otros temas propios del cuerpo femenino, aun cuando en la época, los estudios del embarazo y del parto, principalmente las tesis de estudio que tenían como base las observaciones clínicas obtenidas de la Maternidad de Santiago comenzaban a engrosar los títulos sobre medicina y mujeres en nuestro país.

Pese a que el título de la tesis parecía indicar que se limitaba al estudio de las mujeres en su pubertad o a la llegada de la menstruación, inevitablemente, quizás ante la ausencia de datos respecto a las mujeres en general, Díaz emprendía un estudio que daba cuenta de algunos procesos fisiológicos que afectaban a las mujeres en diferentes épocas de su ciclo vital. Después de revisados los aspectos de la pubertad, su propósito inicial era referirse a las patologías específicas de esa población, especialmente “aquellas que tienen su asiento en el aparato-útero-ovárico”, sin embargo, declaraba que tal estudio solo sería posible en un trabajo posterior más minucioso.

En lo que parecía reparar la autora, de forma tan perspicaz por lo demás, era que la medicina necesitaba concentrarse en aquellos procesos fisiológicos que hacían del cuerpo de las mujeres lo que eran y que, hasta entonces, eran relativamente desconocidos a la ciencia: la pubertad, el cambio de ‘niña a mujer’, o como lo llamaríamos hoy, la adolescencia femenina, procesos que marcaban definitivamente la diferencia sexual y que no merecieron la atención de la ciencia pues, hasta entonces, la medida de todo había sido el cuerpo de los hombres.

Para Díaz, la aparición de la pubertad en la mujer chilena se verificaba alrededor de los 14 años, periodo en que se manifestaban cambios en el organismo, “pasando la niña a cumplir los

⁴⁰ Ibid., 7.

deberes que la Providencia le señaló”. Entre los cambios más importantes estaba la llegada “del fenómeno menstrual”, que para Díaz se producía por la influencia del sistema nervioso, recogiendo las teorías de algunos autores que presentaba en una breve historia sobre las investigaciones en torno a ese fenómeno⁴¹.

Prevía a cualquier descripción de los cambios físicos, de carácter anatómico o fisiológico, Díaz concedía la mayor importancia a los fenómenos que conformaban el cambio de actitud de niña a mujer: “abandona los juegos de la infancia, sus distracciones habituales para ser más reservada que antes, experimenta languidez, pierde su actividad y vivacidad ordinaria, se fatiga ligero”⁴². Reconociendo las diferencias que estos y otros fenómenos podían tener entre las mujeres, Díaz sostenía que en parte importante de esa población, todos ellos parecían tener como culminación la aparición de trastornos emocionales o ‘ataques de histerismo’ que, en ocasiones, inauguraban una larga existencia de ‘quejas i dolores’.

Finalmente, Díaz concluía que la mejor prueba de la determinante influencia de la función menstrual en el ‘carácter moral’ de las mujeres, término que a ratos parecía aludir más a su psicología, era que las consecuencias de una eventual y anormal ausencia de ella traería consigo, igualmente, trastornos en el estado emocional de la mujer: “la menstruación no solo tiene su asiento localmente en el ovario sino que esta bajo el influjo del sistema nervioso que ocupa el primer lugar en su producción”.⁴³

Pero, ¿Qué características de la aparición de la pubertad en las mujeres chilenas eran las más peculiares? Antes de indicar las principales que Díaz detectaba, es preciso valorar la base empírica que sostenía su estudio. La autora decía haber entrevistado a un total de 4.600 mujeres entre internas del hospital San Francisco de Borja y asistidas en dispensarías de la capital⁴⁴, cualidad que hacía más representativos los resultados que su tesis arrojaba.

En resumen, Díaz concluía que las mujeres del norte experimentaban la llegada de la pubertad o menstruación tempranamente, alrededor de los 13 años, en parte debido al clima seco, la ‘vida activa’ y ‘la alimentación grosera, pero bastante sana’. Las mujeres de la región central la experimentaban mas tardíamente, entre los 15 y 16 años, fenómeno que Díaz atribuía al influjo de factores como las condiciones laborales a que la mayoría estaba sometida:

⁴¹ Entre esos autores citaba Pfluger quien, pasado mediados de siglo, sostenía una de las teorías del ciclo menstrual mas en boga: según sus investigaciones, el folículo de Graaf al aumentar de tamaño enviaba impulsos nerviosos a la médula espinal, lo que provocaba la dilatación de los vasos uterinos y ováricos, y más tarde a la menstruación, O’Dowd y Phillipp, *Historia de la ginecología...*, 222.

⁴² Díaz, *Breves observaciones...*, 9.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ De ese total, Díaz sostiene que 1.200 pertenecían a mujeres provenientes de la ‘región del norte’, 2.300 de la central, que incluía las provincias de Santiago, Colchagua, Talca y Curicó i 1.100 a la región austral a las del Maule y Llanquihue, Ibid., 14.

“Como estos datos los he tomado en mujeres que viven pendientes de su salario para mantenerse, i que pasan la mayor parte de su existencia llenas de privaciones, ejerciendo en general profesiones penosas, creo que son causas mas que suficientes para explicarnos por que en la capital, la aparición de la primera erupción menstrual la podemos considerar más tardía.”⁴⁵

Con el propósito de ofrecer un estudio de “la mujer chilena en su organización física, i en su carácter moral”, la autora presentaba una breve pero refinada clasificación de los tres grupos sociales que componían al conjunto de la ‘mujer chilena’. No nos extenderemos aquí en los detalles de su análisis, pero en concreto lo que lo hacía peculiar, era la relevancia que le otorgaba a factores como: el lugar socioeconómico de cada grupo, el desempeño de oficios fuera del hogar y especialmente extenuantes de un grupo importante de mujeres, las diferencias de alimentación, el padecimiento de enfermedades inhabilitantes y la superior “fecundidad” entre las más menesterosas. Para Díaz, esos fenómenos eran los factores que convertían las vidas de las mujeres más pobres en las más vulnerables social y económicamente hablando, y lo que nos parece aun más lúcido, la autora insinuaba que las hacía protagonistas de la reproducción de la pobreza.

En esta parte, la tesis de Díaz parecía poner en duda la igual e influyente condena que la fisiología de los órganos sexuales tenía sobre todas las mujeres, pero creemos que pese a la consideración de los factores sociales que Díaz advertía y que aportaban las diferencias entre unas y otras mujeres, las bases genéricas de la diferencia sexual entre hombres y mujeres parecía intacta.

Estos ejemplos no son suficientes para sacar conclusiones definitivas sobre las concepciones del cuerpo femenino a fines del siglo XIX, pero si nos permiten atisbar que lo que aparecía como un aspecto común de la mirada, primero, de Hidalgo, y despues de Körner, Díaz, era la convicción de que todas las mujeres, con matices según la clase social que se tratara, parecían compartir la característica, o la condena, según sea el punto de vista, de estar dominada ‘moralmente’ por el funcionamiento de órganos como ovarios y úteros.

⁴⁵ Ibid.,17. Sobre las mujeres del sur, Díaz se remitía a determinar exclusivamente que la pubertad se presentaba alrededor de los 12 y 13 años, sin hacer mayores comentarios.

4.- 'Enfermedades de mujeres': historias clínicas y cirugía

El progresivo conocimiento, y reconocimiento, de la anatomía y la fisiología de los órganos femeninos como la vagina y el útero que Körner proponía en su tesis y de procesos femeninos como la menstruación a que apuntaba Díaz, constituyeron los primeros esfuerzos por consolidar el campo de estudio de la ginecología. Otros signos en la misma dirección fueron el diagnóstico de las denominadas 'enfermedades de mujeres', es decir, del funcionamiento patológico de aquellos órganos, y la práctica de ciertos tipos de cirugía que esta especialidad avalaba, como tempranamente se percibe en la historia clínica de Julia Saavedra y en algunas que, publicadas durante la década de 1890, seleccionamos para este artículo.

La denominación "enfermedades de mujeres", aparentemente anclada en un estricto juicio científico, justificaría un repertorio de suposiciones genéricas sobre ellas y que eran resultado de la íntima relación entre el patológico funcionamiento de sus órganos sexuales y las eventuales perturbaciones en su conducta. Las mujeres aquejadas de dolencias ginecológicas junto con exhibir síntomas físicos como sangramientos anormales y dolores en el vientre manifestaban síntomas como una mayor fragilidad y vulnerabilidad y parecían entregadas a la somnolencia, a las divagaciones y a severos cambios de estado de ánimo. El 'dominio moral' al que se referían los autores citados apuntaba a la sujeción sobre el carácter de la mujer que parecían poseer los órganos sexuales, y con mayor razón, en aquellas ocasiones en que estos manifestaban un funcionamiento patológico.

Aquellas apreciaciones que acompañaban las teorías respecto de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres justificarían, en algunos casos, la decisión de extirpar algunos de los órganos sexuales femeninos. La presencia de aquellas ideas en el escenario médico nacional, según Diana Veneros⁴⁶, provenía de las 'teorías darwinistas de la diferencia sexual' que algunos médicos importaron luego de hacer estudios en centros de salud extranjeros desde la década de 1870⁴⁷, idea que compartimos plenamente, aunque no es menos cierto que la influencia de las ideas sobre la especificidad del cuerpo femenino se nutría hace tiempo de la bibliografía de origen europeo que consultaban los galenos chilenos.

Por ejemplo, la enfermedad que aquejaba a Julia Saavedra y que justificó la extirpación del útero, se había manifestado por medio de síntomas como sangramientos frecuentes, cambios de estado de ánimo, fiebres, etc. que, luego de realizado el examen ginecológico, daban cuenta de la

⁴⁶ Diana Veneros, "Consideraciones médicas decimonónicas...", 145.

⁴⁷ Consulté a Carlos Costa Casaretto, "Los primeros becarios chilenos en Europa", *Revista Médica*, 107, 1979, 432-437.

presencia de quistes que comprometían el funcionamiento de los órganos reproductores femeninos. La mejor solución para el doctor Hidalgo era la extirpación del útero, intervención que no se consideraba riesgosa solo por su naturaleza sino también por los potenciales efectos que traía para la vida de las mujeres y que aún eran materia de un debate no resuelto y que se extendería por un periodo mayor al que cubre este artículo⁴⁸.

¿Qué consecuencias podía traer para el carácter o personalidad de las mujeres el que perdieran sus ovarios y sus úteros, si atendemos a la íntima relación que se suponía existente entre ellos y el sistema nervioso femenino?

La verdad es que la respuesta tanto para la comunidad médica nacional como la internacional era aun desconocida; precisamente en la segunda mitad del siglo XIX se llevaron a cabo variadas experiencias de experimentación, tratamientos y cirugías que serían la base para la comprensión del cuerpo femenino, aun cuando estas no eran los únicos componentes útiles de esa tarea científica. La mirada científica estaba cruzada por las consideraciones genéricas que le atribuía al cuerpo femenino y a sus órganos sexuales. Por ejemplo, parte de los argumentos que Hidalgo usaba para convencer a la comunidad médica de las virtudes de esa operación apuntaban a probar que, al menos en el caso de Julia Saavedra, los cambios que afectaron su personalidad y costumbres no fueron perjudiciales para ella, salvo en lo que se refería a su vida sexual.

Aun cuando, el éxito de la operación y de quien la había ejecutado parecía a veces más importante que la sobrevivencia de Saavedra, en el intercambio epistolar que Hidalgo sostuvo con el médico que la examinaba en Lota, Daniel Herrera, se apreciaba el interés por evaluar, mas allá de la subsistencia de la paciente, la relación entre este tipo de intervenciones y una eventual y mejor vida para aquellas mujeres que nunca más podrían tener hijos. Adicionalmente, la rápida recuperación de la paciente se usaba como testimonio de la 'curación radical' que podían experimentar las mujeres que, como ella, se sometían a dicha operación.

Hidalgo agregaba que pasados unos días de la operación, Saavedra, aprovechando que el primero había dejado la ciudad de Concepción, abandonaría tempranamente el hospital, quizás porque estaba "aburrida" por lo extenso de la estadía, "o ya porque temiese de que a mi vuelta la sometiese a nueva operación"⁴⁹. En tres oportunidades volvería a verla personalmente; en el ultimo encuentro, al ser interrogada sobre su estado de salud la respuesta sería alentadora y reafirmaría algunos síntomas que el médico había previsto: "que en nada conocía, como antes, cuando

⁴⁸ Por ejemplo, las verdaderas implicancias de los efectos de las ovariectomías y sus variaciones no fueron conocidas hasta el siglo XX. Sobre la relación entre la fisiología de ese órgano femenino y la 'naturaleza femenina' véase a Laqueur, *La construcción del sexo.....*, 299-308; también Smith-Rosenberg y Rosenberg en "El animal hembra...", reseña algunas de las principales apreciaciones en torno a la influencia de este órgano en la vida de las mujeres.

⁴⁹ Hidalgo, "Ovariectomía...", 82.

querían venirle las reglas. Por lo que toca a las impresiones o funciones sexuales, dice que no siente deseo, pero que las puede ejecutar casi como antes de operarse.”⁵⁰

Herrera consignaba en una carta enviada a mediados de 1878 que la salud de Saavedra era completamente satisfactoria, “el aspecto exterior es el de una mujer buena i sana”, y entre los datos que reunía sobre el estado de los órganos digestivos y genitales destacaba particularmente para el objeto de su investigación, aquellos relacionados a la desaparición de la menstruación y a la vida sexual de Saavedra:

“La menstruación no ha aparecido desde que se hizo la ablación del tumor, no ha habido síntomas congestivos de ninguna especie correspondientes a la época en que debió menstruar. El coito no es una necesidad imperiosa, como antes sucedía en ciertas ocasiones: lo practica cada ocho o quince días solo por satisfacer exigencias ajenas. No experimenta el mismo placer que antes; este ha disminuido. No hai el menor síntoma de ninguna afección en estos órganos”.⁵¹

Como se aprecia, Hidalgo constataba lo que hoy sabemos con mayor precisión: que sin útero ni ovarios, la menstruación no podía tener lugar y, en base a las afirmaciones de Saavedra, comentaba la disminución del deseo y actividad sexual, aun cuando la intervención quirúrgica no había dañado a los órganos comprometidos en esa función humana. Hoy sabemos que el placer sexual femenino, un tema ciertamente que no existía ni se nominaba en aquella época de ese manera, no se ve afectado por este tipo de intervenciones; sin embargo, la frase de Hidalgo parecía afirmar que tanto él como la paciente le atribuían a ella la disminución del deseo sexual. Estas referencias a la actividad sexual de Saavedra no eran particularmente habituales en las historias clínicas que hemos consultado, de ahí su singular valor. Solo con el cambio de siglo las encontraremos más a menudo ligadas a fenómenos relacionados a la esterilidad, el uso de algunos métodos anticonceptivos como el condón y las enfermedades venéreas.

Con el objeto de demostrar los beneficios de la extirpación completa del útero, por cierto cuando era bien realizada, Hidalgo le solicitó a Herrera que examinara periódicamente y le comunicara todos los datos posibles sobre el estado físico de Saavedra, pues tenía el propósito de publicar un artículo que tuviera por fin, desterrar las “graves consecuencias” que se temían de esta operación entre la comunidad médica. Pero la información empírica sobre los aspectos físicos de las cavidades interiores o vaginales no sería posible por la propia oposición de Saavedra a ser examinada con el especulum, resistencia que Herrera atribuía a que su negativa aseguraba la

⁵⁰ Ibid., 83. Hidalgo agregaba que el único cambio físico evidente era la gordura excesiva que ella exhibía.

⁵¹ Ibid., 85.

posibilidad de llevarla a Santiago “para presentarla al cuerpo médico”. No es menos probable que esa negativa se debiera a que el examen vaginal, en si mismo incómodo, se hacía con desventajas importantes como el uso de instrumentos no siempre adecuados, la reconocida falta de maestría de parte de los médicos al usarlos, provocaba sensaciones corporales diversas entre las mujeres que se sometían a el y suponía la superación de una cuota importante de pudor entre médicos y mujeres.

El cuadro médico general de Saavedra se completaba con la propia evaluación que la interesada hacía en la carta que le enviaba a Hidalgo, donde aseguraba que, aparte de algunos “dolores reumáticos”:

“[...] *estoi tan buena como en los mejores días antes de enfermarme.* En enero fui a Concepción i pasé al hospital: las hermanas no me habían conocido por estar tan gorda; tuvieron mucho gusto de verme tan bien i contenta.”⁵²

Cabe destacar que la inclusión de la propia evaluación de un paciente sometido a una intervención quirúrgica fue una excepción dentro de las historias clínicas publicadas por los médicos del siglo XIX, característica que vuelve a dar mayor realce a la historia de Saavedra. No es aventurado suponer que los motivos de esta excepción que hacía Hidalgo, tenían el propósito de dar mayor crédito a la intervención quirúrgica.

Pero como decíamos al comienzo, la historia clínica de Julia Saavedra era el comienzo de un periodo, el ultimo cuarto del siglo XIX, que registró un crecimiento del número de artículos médicos, historias clínicas y tesis dedicadas al estudio de las especificidades del cuerpo femenino y sus patologías⁵³, y que eran el reflejo más evidente del interés por reparar el desconocimiento

⁵² Ibid. 86. La carta tiene por fecha 22 de junio de 1878. La cursiva está en el original.

⁵³ Entre los artículos y revistas clínicas publicados por la *Revista Medica* consultados para la preparación de este artículo están los siguientes: Ramón Ortiz Cerda, “Influencia del flujo menstrual sobre la salud y las enfermedades de la mujer”, tomo II, 1873-1874, 310-333, 334-346; también la tesis ya consultada de Eloísa Díaz, “Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad en la mujer chilena y de las predisposiciones patológicas propias del sexo”, tomo XVI, 1887-1888, 289-337. Una nueva sección, “Revista de Obstetricia y Ginecología”, escrita por Adolfo Murillo, pero que fundamentalmente reproduce artículos teóricos extranjeros aparece en el tomo XI, 1882-1883. Algunas de las historias clínicas son recopiladas por Dr. Moisés Amaral, ayudante de clínica, “Clínica Ginecológica del Dr. Moericke”, 460-470, 514-516, tomo XVI, 1887-1888; Moisés Amaral, “Clínica Ginecológica del doctor Moericke”, 43, 234, 455, “Dos casos de hysterectomía vaginal”, 98, “Tratamiento del prolapso del útero”, 149, todos en el tomo XVII, 1888-1889; Moisés Amaral, “Clínica Ginecológica del Dr. Moericke. Cáncer del cuello del útero. Hysterectomía vaginal con ablación de los ovarios y trompas. Curación”, tomo XVIII, 1889-1890; Zegers P. ayudante de clínica, “Revista Clínica Ginecológica del Dr. Körner”, 482-488, 535-537, 586-587, tomo XX, 1892; G.B.B., “De la hidroterapia en ginecología”, 323, Ramón Zegers, ayudante de clínica, en la Sala del Carmen del Hospital San Borja “Clínica Ginecológica de Körner”, “Revista Clínica Ginecológica”, 122, 150, 225, 288, 390, 442, 496, 533, tomo XXI, 1893; Ramón Zegers, “Clínica ginecológica del doctor Körner”, 159-167, 215-216, 261, 351, 406, tomo XXII, 1894; Marcial González, “Comunicaciones. La hysterectomía vaginal en las afecciones de los anexos. Empleo de las pinzas de Forci-Presión.”, 5-17, Claudio Sanjinés, “Resumen de las operaciones practicadas en la Clínica

que en esta materia estaba nuestra pequeña comunidad científica. De aquella producción científica nos interesa referirnos a las llamadas historias clínicas, atenciones producidas en el ámbito hospitalario que, desde la perspectiva científica, acumulaban la información sobre los casos más interesantes, y que, en su mayoría, se referían a la descripción de intervenciones quirúrgicas.

Desde mediados de la década de 1880, bajo la dirección de Moisés Amaral, Roberto Moericke y especialmente Víctor Körner, todos médicos que consecutivamente atendieron el servicio de esta especialidad del hospital San Francisco de Borja, se publicaban las historias clínicas de aquellas mujeres que padecían dolencias importantes y que eran sometidas a intervenciones quirúrgicas; como ejemplo de una de ellas, citamos el extracto de la historia clínica de la señora Ema N. a quien se le sometió a una "laparotomía exploradora"⁵⁴ en el hospital de San Borja en 1893:

"[...] de 18 años de edad, de Curicó, soltera, sin familia, tuvo su primera regla a los 12 años, habiendo sido siempre dolorosa y abundante; nunca ha tenido suspensión de ella. La salud anterior ha sido buena; dice que ha tenido dos ataques de hígado dolorosos; por lo demás buena salud. Nos cuenta la enferma que desde hace un año principió un tumor en el vientre, lado derecho, duro, doloroso y que ha crecido lentamente..."⁵⁵.

Aun cuando no nos compete ni podemos hacer un juicio sobre la propiedad de las reflexiones científicas vertidas en historias clínicas como las de la señora Ema, evidentemente se observa en ellas mayor riqueza y consideración de numerosos elementos en la descripción de los diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas que en el caso clínico de Julia Saavedra. No en vano se trata de dos historias clínicas separadas por más quince años. Tampoco podemos evaluar si aquellos procedimientos eran los más acertados para la época, pues requerimos precisamente de la mirada experta para un juicio informado y equilibrado. Si podemos afirmar que el número de intervenciones como eventual procedimiento curativo había aumentado, como asimismo el uso de instrumentos y sustancias analgésicas y anestésicas todos elementos que hacen la diferencia entre estas historias y la de Julia Saavedra.

A modo de ejemplo, podemos decir que las historias clínicas publicadas por Körner correspondientes a los meses de junio, julio y agosto de 1893, registran un promedio de 8 operaciones mensuales, desde raspajes, amputaciones e histerectomías en un universo de 30 a 46

Ginecológica por el profesor Dr. Marcial González", marzo, 48-54, junio, 226-230, marzo, 357-360, julio, 463-467, tomo XXV, 1897.

⁵⁴ Laparotomía corresponde a una abertura quirúrgica de la pared abdominal.

⁵⁵ "Revista Clínica. Clínica ginecológica del doctor Körner", *Revista Médica*, tomo XXI 1893, 289.

mujeres entradas por mes a ese servicio ginecológico⁵⁶. De estas cifras resulta arriesgado suponer una tendencia creciente a la mutilación de órganos, pero evidentemente enseñan que parte importante de la atención clínica tenía por propósito algún tipo de intervención que incluía el uso de instrumentos quirúrgicos. Las primeras historias clínicas de Körner publicadas en la *Revista Médica* dan cuenta detallada de los tratamientos y cirugías dispuestas entre las pacientes, no obstante, no es posible dictaminar si se produjo un exceso de las últimas pues requeriríamos de una necesaria comparación con el volumen general de intervenciones quirúrgicas que aquí no emprendemos.

La temprana oposición a posibles excesos del número de cirugías ginecológicas, aparentemente, no era ajena a la comunidad médica chilena, como lo enseña el propio testimonio de Hidalgo. A su juicio, el 'horror' que la ovariectomía e histerectomía producían entre "nuestros colegas médicos y cirujanos" jugaba en contra de la aceptación de las pacientes, quizás, desestimando la importancia del propio terror que estas intervenciones producían entre las propias mujeres. Lejano, aún, se veía el momento en que los médicos chilenos fueran partidarios de operaciones de tal naturaleza en la década de 1870, si adscribimos a lo que nuestro autor sostenía: "todas las malas ideas que entre nosotros se tiene contra estas operaciones" se explicaban por la falta de conocimientos estadísticos y por el permanente recuerdo de los "casos desgraciados i no de los felices"⁵⁷. Aun siendo partidario incondicional de estas intervenciones, Hidalgo reconocía que los médicos tenían la previa obligación de hacer un buen diagnóstico y de examinar las casos detenidamente para decidir si eran operables o no en razón de la magnitud de los tumores, la mala constitución o la edad avanzada de las pacientes.

Es cierto que Hidalgo quería convencer a la comunidad médica en una época que desconocía aun las ventajas de la anestesia y la antisepsia para la ejecución de cirugías. Parece existir un acuerdo unánime de que la incorporación de normas asépticas en las intervenciones quirúrgicas, en particular, y en los recintos hospitalarios a fines del siglo XIX, en general, fue uno de los factores que precisamente permitieron el aumento mundial de aquellas de naturaleza ginecológica⁵⁸. Uno de los signos más evidentes del aumento de maniobras quirúrgicas fue el número ascendente de intervenciones de ese tipo en el hospital de mujeres de Santiago:

"El hospital de San Borja ha sido el campo donde los doctores Moericke, Körner y San Cristóbal, han practicado numerosas laparotomías,

⁵⁶ "Revista Clínica. Clínica ginecológica del doctor Körner", *Revista Médica*, tomo XXI 1893, 288-295; 390-394.

⁵⁷ Hidalgo, "Ovariectomía...", 86-87.

⁵⁸ Para el caso de los Estados Unidos sobre este tema, véase el artículo de Judith M. Roy, "Surgical Gynecology" en *Women, Health and Medicine in America, A Historical Handbook*, editado por Rima D. Apple, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1992, 173-195 y el libro de Deborah Kuhn Mc Gregor, *From Midwives to Medicine. The Birth American Gynecology*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1998.

histerectomías, castraciones, y en general, todas las variadas operaciones de la ginecología moderna.

Ese establecimiento cuenta con servicio y departamentos especiales dedicados exclusivamente para estas grandes operaciones que requieren aseo absoluto, agradable confort y gran rigor de antisepsis. Las operadas se aíslan de las demás enfermas y se las atiende con esmero en el curso de su curación.

Los demás hospitales, ni aún los clínicos, cuentan con esta clase de elementos, que han llegado a ser indispensables; pero creemos que se llenará esta necesidad en el nuevo hospital clínico.

[...] En Valparaíso los doctores Page y Thiele han operado también ovariectomías con éxito, pero no sabemos el número de ellas⁵⁹.

De ninguna manera, podemos sostener que a fines del siglo XIX el temor y la desconfianza por estos métodos hubieran desaparecido entre la comunidad médica chilena; aun en las primeras décadas del siglo XX la remoción del útero y de los ovarios no dejaban de ser cirugías controversiales, no solo desde el punto de vista científico sino también ético. Igual que a nivel internacional, la comunidad médica chilena de fines del siglo XIX también hizo públicos algunos reparos a la excesiva tendencia a la mutilación y extirpación de órganos femeninos en la práctica ginecológica⁶⁰. Según Juan Wood, médico que escribe en la década de 1960, Körner trató de transmitir su preocupación por el abuso que se hizo de ellas, especialmente gracias a los progresos de la “cirugía abdominal” en los trabajos que presentó al Congreso Médico-Latinoamericano celebrado en Santiago en 1901. Tal abuso, a ojos de Wood, parecía justificable por el contexto en que se desarrollaba la medicina nacional y sería muy practicada en “los servicios de cirugía general, desatendiéndose sus cultores muchas veces de precisar sus indicaciones e incurriendo con frecuencia en transgresiones del arte quirúrgico”⁶¹. También fueron comunes algunas voces críticas respecto a las condiciones materiales en que estas tenían lugar como, por ejemplo, cuando Lucas Sierra aseguraba que al asumir la dirección del servicio de asistencia ginecológica del San Borja en 1897, este no contaba con normas antisépticas aceptables, contradiciendo lo que otras fuentes sostenían sobre ese particular. La infraestructura con que se contaba en 1906 aún se reducía a dos salas que constituían lo que se denominaba el “pabellón de laparotomías”:

⁵⁹ “Colaboración. Progreso de la Cirugía en Santiago”, *Revista Médica*, tomo XX, 1892, 244.

⁶⁰ Moscucci, *The science of woman...*, 102-108.

⁶¹ Wood, “Historia de la enseñanza ...”, 306.

“En una sala estrecha i mal ventilada se habían acumulado alrededor de una vulgar mesa de madera, que servía de mesa de operaciones, una fuente pescadera en que se hervían algunos instrumentos, un lavatorio al cual se traía el agua caliente por medio de una tetera, etc., etc.; irrigadores de ácido fénico en profusión, unos cuantos paquetes de algodones impregnados con el mismo poderoso antiséptico completaban aquella sala que, así i todo, constituía el honor i orgullo del establecimiento.”⁶²

Sierra, en conocimiento de la experiencia acumulada en casi dos décadas de intervenciones frecuentes, parecía tener una posición más prudente respecto a ellas pues se refería al relativo éxito con que se han enfrentado las “ovariotomías”⁶³ y sus similares, sobretodo si eran comparadas con las estadísticas europeas, una referencia obligada por esos años que solo nos queda juzgar con cautela en una investigación mayor.

Pero junto a la descripción de las cirugías, las historias clínicas también son fuente de análisis de fenómenos como la menstruación, los efectos de relaciones sexuales forzadas o su función transmisora de enfermedades como la sífilis y la gonorrea, síntomas de la menopausia, ofreciendo, así, pistas sobre la deteriorada salud de aquellas primeras mujeres que se dirigían, hospitales y dispensarías, en busca de alivio a enfermedades que las aquejaban por largo tiempo y que, hasta entonces, mayoritariamente eran examinadas por parteras y curanderas.

Las fuentes enumeran los síntomas de las enfermedades más frecuentes con el frío lenguaje médico de la anatomía y la fisiología, lenguaje que no dejaba de transmitir la realidad de dolencias desgarradoras y prolongadas de las más variadas índoles: malformaciones, “miomas uterinos”, tumores en las mamas, hemorragias anormales esporádicas y permanentes o “reglas dolorosas”, trastornos anímicos, cambios en el color de la piel, excesos de peso e hinchazones en diferentes partes del cuerpo. Sobre los tratamientos, el lenguaje era aun más técnico, pero no menos desgarrador; el repertorio de procedimientos variaba desde los repetidos “exámenes vaginales”, raspajes uterinos, “punciones aspiradoras”, extirpaciones de tumores y quistes superficiales hasta llegar a aquellas temidas intervenciones como las laparotomías, ovariectomías e histerectomías que requerían un mayor despliegue de instrumentos y también del incierto uso de sustancias anestésicas como el cloroformo. Aun cuando no hacemos un análisis técnico de los progresos y retrocesos médicos que estas intervenciones representaban, y probablemente las que

⁶² Lucas Sierra, “Mil operaciones. La jinecología en mi servicio del Hospital de San Borja”, *Revista Médica*, tomo XXXIV, 1906, 65. La segunda sala, destinada a la “cirujía abdominal”, no exhibía mayores diferencias que la anterior, salvo que desde ella se podía “gozar del hermoso panorama que ofrece nuestra cordillera”, aspecto que obviamente no tenía ninguna relevancia para el éxito de las intervenciones quirúrgicas, *Ibid.*

⁶³ Sierra comentaba que en 1902-1903 habían atendido mas alrededor de 32 casos, entre supuraciones y embarazos tubarios donde ninguno tendría resultado de muerte.

se publicaron correspondían solo una parte de las que finalmente se ejecutaron, si podemos decir que en su mayoría compartían la aplicación del cloroformo, la reunión de los antecedentes hereditarios y descripciones sobre el aspecto físico y algunos antecedentes patológicos, especialmente valiosos para el tratamiento que se aplicaba a las pacientes de edades avanzadas.

El alto número de pacientes mayores de edad que se sometían a intervenciones de esta naturaleza nos hace suponer que se trataba de mujeres que accedían, con desconocimiento y temor, a los procedimientos ginecológicos, después de experimentar con tratamientos médicos alternativos que no dieron resultado viéndose obligadas a tomar la última opción posible: internarse en el hospital. Pero también es probable que el mayor número de mujeres de edades avanzadas se debiera a que estas, en su mayoría, al no estar en su ciclo reproductivo, facilitaba la decisión de realizar aquellas intervenciones que, a fin de cuentas, las esterilizaban.

¿Qué información nos entregan esas historias clínicas acerca de las mujeres que llegaban hasta los servicios de atención ginecológica del hospital de San Borja y hacia fines del siglo XIX también en el San Vicente de Paul?

Una porción de la población femenina urbana y trabajadora ha sido ampliamente estudiada la historiografía nacional dedicada al periodo de las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX, registrando principalmente sus trayectorias laborales y familiares en la ciudad de Santiago⁶⁴. No obstante, la lectura de las fichas clínicas nos introduce en otra dimensión de sus vidas, hasta ahora desconocida, como fue el acceso que aquellas tuvieron a la medicina formal entregada por los servicios clínicos hospitalarios.

Podemos decir que los tratamientos y cirugías eran practicadas, en su mayoría, en una población femenina de escasos recursos, que generalmente era mayor de 20 años y que geográficamente provenía tanto del centro de la capital como de sus alrededores. Una proporción importante de las asistidas declaraba oficios como el de lavandera, cocinera y costurera, y no menos numerosas eran las que declaraban no tener oficio alguno. No se trataba, necesariamente, solo de una población que estaba en la extrema pobreza, pues una proporción importante provenía de localidades de las afueras de la capital y también de provincias, oportunidad que solo parecía posible para mujeres que contaban con ciertos recursos y con una red de familiares que las apoyaban, especialmente sus parejas o parientes directos, y que eventualmente podían asumir algunas labores domésticas y compromisos familiares que seguramente estaban bajo su

⁶⁴ Sobre este tema véase, entre otros, los trabajos de Alejandra Brito P., "Del rancho al conventillo: transformaciones en la identidad popular femenina, Santiago de Chile, 1850-1920", en *Disciplina y desacato: construcción de identidad en los siglos XIX y XX*, Lorena Godoy et al., Santiago, Sur-Cedem, 1995, 27-69; Elizabeth Q. Hutchison, *Labors Appropriate to Their Sex. Gender, Labor and Politics in Urban Chile, 1900-1930*, Durham and London, Duke University Press, 2001; Marcela Tapia y Gina Inostroza, "La mujer popular en el trabajo independiente. Concepción-Chile.(1895-1905)", en *Perfiles revelados. Historias de mujeres en Chile, siglos XVIII-XX*, Diana Veneros Ruiz-Tagle ed., Santiago, Editorial Universidad de Santiago, 1997, 141-169.

responsabilidad. Recordemos que el ingreso hospitalario suponía en ocasiones, estadías que se prolongaban más de una semana, tiempo que hacía necesario contar con el apoyo de otras personas en aquellos casos que se trataba de mujeres que tenían familias y responsabilidades domésticas.

Algunos médicos elaboraron sus propias explicaciones sobre el tardío ingreso de las mujeres a estos servicios clínicos, y las negativas consecuencias que eso tenía no solo para la salud femenina ginecológica sino la general. En base a su experiencia, y probablemente también a sus prejuicios, el médico Moisés Amaral sostenía en una intervención en el Primer Congreso Médico Chileno que patologías como el cáncer uterino resultaban mortales pues "las enfermas van demasiado tarde a consultar al médico o a solicitar una cama al hospital"⁶⁵. Preocupado por la difusión de los progresos curativos que ofrecía la extirpación del útero en mujeres que padecían de cáncer, y pasados diez años de la histerectomía practicada por Hidalgo, este médico confiaba en que el éxito de esa operación estaba respaldado por los efectos benéficos de la aplicación de métodos antisépticos, que si bien ya eran conocidos en el país, de ninguna manera eran practicados fielmente, aun, en todos los servicios sanitarios del país.

Pero de nada servía que esta cirugía se perfeccionara si las mujeres no confiaban en los avances de la medicina y en sus cultores. Para Amaral, todas las mujeres, indistintamente su condición social parecían mantener una distancia respecto de lo que los nuevos tratamientos ginecológicos podían hacer por ellas, abandonándose a una segura y dolorosa muerte. Pero advertía que la 'indiferencia' por la atención hospitalaria parecía ser común tanto a personas de ambos sexos como de distinta clase social:

"Ese abandono de sí mismo, ese indiferentismo tan marcado en nuestra gente proletaria para atender sus enfermedades, esa indolencia inexplicable para curar sus males o calmar su dolores es lo que las lleva al sepulcro demasiado temprano! No es menor la desidia de la clase acomodada. Ya es el pudor mal comprendido; ya el espíritu de economía, o ya los escrúpulos de un misticismo exagerado, lo que las hace ocultar sus propias enfermedades, negándose a todo reconocimiento profesional"⁶⁶.

Amaral coincidía, al igual que otros médicos, en que la ginecología, hasta entonces, solo podía auxiliar paliativamente a las mujeres, pues la mayoría se entregaba a sus tratamientos cuando las enfermedades como el cáncer u otras se encontraban en estados muy avanzados. Esa

⁶⁵ Moisés Amaral (ayudante de la clínica ginecológica), "El cáncer del útero y su tratamiento por la histerectomía vaginal", *Primer Congreso Médico Chileno*, 1889, s/d, 552.

⁶⁶ Ibid.

crítica, sin duda, es muy reveladora de la relación entre las mujeres y estos servicios médicos: las mujeres que recurrían a ellos, en su mayoría, parecían hacerlo solo cuando las esperanzas de curación con tratamientos alternativos se habían desechado. Es así que aquellas mujeres consignadas en las observaciones de Amaral y que provenían de distintas localidades como F.C. de 40 años, casada y costurera residente en Chepica; María Bahamondes de 37 años, cada y lavandera, residentes en Santiago; Juana Olgún, de 60 años, casada y residente en San Bernardo; Cruz Naranjo, de 60 años, tejedora de mantas y residente en Batuco, habían llegado a su servicio con avanzados estados cancerosos y en condiciones físicas muy deterioradas.

El desarrollo del cáncer era una de las patologías que con mayor fuerza justificaba la extirpación del útero y los ovarios, y sería la principal motivación de la campaña impulsada por Lucas Sierra en los primeros años del siglo XX, quien promovía la asistencia de las mujeres a los servicios médicos para su diagnóstico, cruzada en la que se comprometería la Sociedad Médica. El tratamiento de esta enfermedad se limitaba en esos años a la extirpación de uno o más órganos comprometidos, siempre y cuando existiera un diagnóstico certero y a tiempo que dependía de que el “mundo femenino” se sometiera a los exámenes pertinentes ante la menor sospecha de ese mal⁶⁷. Así, lentamente se establecía el carácter preventivo de los exámenes ginecológicos que, si lograba consolidarse, legitimaría con más fuerza la misión de esta especialidad.

Su “campaña” para la difusión del diagnóstico precoz del cáncer estaba diseminada entre la prensa médica y civil, las conferencias públicas y privadas, los periódicos ilustrados, los periódicos de modas, medios que evidentemente se concentraban en un público femenino restringido, pues el número de mujeres que accedían a esa información era escaso y no cubría la necesaria promoción de los beneficios del examen médico entre las mujeres de clases menos acomodadas⁶⁸.

Reconocía que en general las mujeres no visitaban a los médicos, o lo hacían escasamente, por temor a los exámenes ginecológicos y a causa de una “falsa vergüenza o pudor mal entendido” reemplazando esa necesidad asistencial, actitud que Sierra criticaba severamente, por los cuidados que proveían de matronas y enfermeras. Como no había manera de modificar esa conducta en el corto plazo, y estas profesionales, que suponemos solo incluía a las graduadas, gozaban de mayor confianza entre la población femenina proponía que recibieran una formación más detallada sobre el diagnóstico del cáncer y, así, transformarlas en agentes educativos de su prevención.

⁶⁷ Sierra decía conducir una campaña contra el cáncer uterino, Lucas Sierra, “Mil operaciones...”, 72.

⁶⁸ Otras fuentes sobre el examen del pensamiento de Lucas Sierra véase en: *El examen ginecológico. Diagnóstico del carcinoma incipiente del útero*, Santiago, Imp. Universitaria, 1915; *Bases de la Higiene Moderna. Papel que en la difusión de sus principios debe desempeñar la mujer*, Conferencia dictada en el Club de Señoras el 11 de noviembre de 1916. Santiago, Imp. Universitaria, 1916.

¿De que nos sirve revisar parte de la historia de las incipientes prácticas ginecológicas a fines del siglo XIX? ¿Qué influencias sociales y que derroteros importantes trajo consigo esta práctica médica en el desarrollo de la medicina chilena en los establecimientos sanitarios de la beneficencia y en la medicina privada? ¿Que compartimos con la historia de esta especialidad en el extranjero y que especificidad reconocemos en la práctica de la ginecología entre la comunidad médica chilena? ¿Tuvieron los médicos chilenos una posición cautelosa ante un posible exceso de intervenciones que mutilaban o extraían órganos femeninos? Estas son algunas de las interrogantes que surgen de lo examinado por este breve artículo, y que sin duda, exigen una investigación mayor.

Lo que sí podemos concluir es que en el último cuarto de siglo XIX, el interés principal por el reconocimiento anatómico y fisiológico de los órganos sexuales femeninos, la curación de las patologías que los afectaban y el aumento del número de cirugías ginecológicas que buscaban repararlas, inaugurarían una nueva forma de relación entre la medicina y las mujeres en el país.

Pensamos que tanto la intervención practicada a Julia Saavedra en 1877, como aquellas practicadas a otras anónimas mujeres de las que es improbable que tengamos noticias, pueden ser juzgadas tanto, desde la perspectiva médica, como privilegiadas oportunidades para el conocimiento empírico de la fisiología de los órganos sexuales como, desde la historia de las mujeres, hitos de los primeros tratamientos e intervenciones experimentales de las que fueron objeto sus cuerpos y de la nueva relación que establecían con la medicina de la época. Por supuesto, no podemos limitarnos solo a estas interpretaciones, pero estas son las que nos interesó resaltar aquí.

Ciertamente, la ginecología es una especialidad que para desarrollarse, al igual que otras especialidades médicas, requería de ser ensayada en cuerpos humanos, y en este caso particular, exclusivamente en aquellos femeninos. La consolidación de esta especialidad médica no solo da cuenta de la historia de una especialidad como podía serlo, por ejemplo, la oftalmología, la pediatría u otras; también traía consigo presunciones genéricas sobre el cuerpo femenino y sus transformaciones que sostenían la diferencia sexual. Mientras se creyera que órganos como la matriz o los ovarios tenían el poder de definir el 'carácter moral' de las mujeres, esta especialidad estuvo, en buena parte, al servicio de esa presunción de género.

El desarrollo de la especialidad ginecológica tuvo un impacto social que inicialmente se redujo a la comunidad médica interesada entrenarse en ella y a las primeras mujeres que fueron y que alcanzaron la curación de sus enfermedades en Santiago. Solo gradualmente sus beneficios

se volverían extensivos a un número creciente de mujeres de todo el país en el siglo XX. No obstante, creemos que esta especialidad, y también a su modo la obstetricia, cumplió tempranamente una función adicional: legitimar con mayor fuerza, pues se trataba de una ciencia, aquellas presunciones de género que emergían en otros ámbitos de la vida humana, tema que por supuesto es parte de otra investigación. Por ejemplo, algunos trabajos sobre historia de las mujeres que examinan fuentes judiciales, médicas y del ámbito de la educación han identificado el uso de juicios e interpretaciones, en repetidas ocasiones aportados por los mismos médicos, que aducían la trascendental importancia que tenía para la comprensión de la conducta femenina principalmente de las más pobres, el examen de su organismo, la historia médica de su conducta sexual o simplemente el control de sus emociones y vitalidad. Tales requerimientos se justificaban, ideológicamente, en la relación que se hacía entre el dominio de ciertas patologías que afectaban a algunos órganos reproductivos y el sistema nervioso, y que permitían comprender el supuesto comportamiento no racional de algunas mujeres⁶⁹.

⁶⁹ Véase, por ejemplo, los trabajos de Nara Milanich que abordan algunos de esos aspectos: "Los hijos del azar: ver nacer sin placer, ver morir con dolor. La vida y muerte de los párvulos en el discurso de las elites y en la práctica popular", *Contribuciones Científicas y Tecnológicas*, 114, 1996 79-92; "Entrañas mil veces despreciables e indignas: el infanticidio en el Chile tradicional", *Dimensión Histórica de Chile*, 13-14, 1997-1998. 63-82. También el trabajo de Diana Veneros revisa algunas de esos supuestos, en "Continuidad, cambio y reacción, 1900-1930", en *Perfiles revelados. Historia de mujeres en Chile, siglos XVIII-XX*, Diana Veneros ed., 1997, 19-39.