

SÍFILIS EN CHILE
Ciencia, práctica médica y sociedad,
1850-1950

SÍFILIS EN CHILE
Ciencia, práctica médica y sociedad, 1850-1950
Catalina Saldaña Lagos

Ediciones Universidad Alberto Hurtado
Alameda 1869 - Santiago de Chile
mgarciam@uahurtado.cl – 56-228897726
www.uahurtado.cl

Impreso en Santiago de Chile por C y C impresores
Primera edición agosto 2023

Los libros de Ediciones UAH poseen tres instancias de evaluación: comité científico de la colección, comité editorial multidisciplinario y sistema de referato ciego. Este libro fue sometido a las tres instancias de evaluación.

ISBN libro impreso: 978-956-357-435-7
ISBN libro digital: 978-956-357-436-4

Coordinador colección Historia
Daniel Palma Alvarado

Dirección editorial
Alejandra Stevenson Valdés

Editora ejecutiva
Beatriz García-Huidobro

Diseño interior
Alejandra Norambuena

Diseño de portada
Francisca Toral

Imagen de portada: Marcos Chamudes Reitich, Lota, circa 1950. Fotografía patrimonial, Museo Histórico Nacional.



Con las debidas licencias. Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en las leyes, queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del copyright, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos.

SÍFILIS EN CHILE
Ciencia, práctica médica y sociedad,
1850-1950

CATALINA SALDAÑA LAGOS

uah/Ediciones
Universidad Alberto Hurtado

A Facundo

ÍNDICE

Introducción	13
Enfermedades e historia	18
Trayectoria histórica de la sífilis	27
<i>Bubas, mal serpentino, morbo gálico, mal napolitano...:</i> <i>la identidad de la sífilis.</i>	27
<i>Antecedentes de la sífilis en Chile.</i>	33
Fuentes y estructura	41

PRIMERA PARTE NOSOLOGÍA DE LA SÍFILIS EN CHILE

CAPÍTULO I	
El conocimiento médico sobre la sífilis.	47
Descripción clínica de la sífilis	48
La sífilis y sus síntomas	53
El descubrimiento del agente y las reacciones serológicas . . .	60
<i>El agente patógeno: descubrimiento de la treponema pálida.</i>	61
<i>Una aliada del diagnóstico: la reacción de Wassermann</i> . . .	65
Los obstáculos para el diagnóstico	74
CAPÍTULO II	
El abanico de la sífilis: profundización del conocimiento médico	81
Sífilis de la piel	82
Sífilis de la boca	84

Sífilis del sistema circulatorio	87
Sífilis renal	89
Sífilis hepática	90
Sífilis pulmonar	92
Sífilis del sistema nervioso	96
El conocimiento en movimiento.	103
<i>La influencia del conocimiento extranjero</i>	103
<i>El conocimiento en y desde Chile.</i>	110

SEGUNDA PARTE
“LAS SEVERAS LECCIONES DE LA CLÍNICA”.
PRÁCTICA MÉDICA EN LOS TRATAMIENTOS
ANTISIFILÍTICOS

CAPÍTULO III

La era mercurial.	123
------------------------------------	-----

Otras vías: los pulmones y el recto	147
---	-----

CAPÍTULO IV

La salvación por el arsénico: el salvarsán.	156
--	-----

Salvarsán en Chile	158
------------------------------	-----

Inconvenientes del Salvarsán.	161
---------------------------------------	-----

La aparición del Neosalvarsán: adhesiones y rechazos	169
--	-----

Variaciones con el arsénico: la terapia masiva	187
--	-----

CAPÍTULO V

La era del antibiótico: la penicilina.	201
---	-----

Crítica a los “santos remedios”. Tratamientos y experimentación, legitimadores de la práctica médica	210
---	-----

TERCERA PARTE
DE LA CLÍNICA AL ESCENARIO SOCIAL

CAPÍTULO VI

Las consideraciones médicas en la construcción social de la sífilis 229

Sífilis ignoradas, ocultadas y tergiversadas: pacientes y sus modos de vida.	231
“Sífilis familiar” y el problema de los niños heredo sífilíticos	242
“Sífilis conyugal”: mujeres contagiadas y mujeres que contagian.	253
El médico y el contagio como delito.	264

CAPÍTULO VII

La acción médica en la “institucionalización” de la sífilis. 270

Institucionalidad sanitaria en Chile	270
Educación sobre sífilis: las acciones antivenéreas	275
La caja del seguro obrero en la “lucha antivenérea”	297

Conclusiones 315**Fuentes y bibliografía 321****Figuras 345**

INTRODUCCIÓN

Un día 4 de abril de 1889 se presentó en la consulta del médico Arturo Prado Marín, un hombre de 30 años con la mitad inferior del cuerpo paralizada. Prado describió el caso clínico de esta forma:

NN, de 30 años de edad, abogado, natural de Coquimbo, casado, de hábitos alcohólicos.

Hace como once años, siendo colegial, contrajo un chancro indurado con casi todos sus síntomas ordinarios consecutivos. Durante tres años usó con rara perseverancia el tratamiento antisifilítico, estuvo también en algunos establecimientos balnearios y se creyó al fin completamente sano.

El año 1878 se casó y tuvo un hijo que nació sifilítico y murió a los seis meses.

En octubre del año próximo pasado empezó a sentir ligeros dolores en las piernas, después cansancio, hasta dificultarle la marcha por completo, sin perder la sensibilidad. Se le aplicaron corrientes eléctricas sin experimentar gran mejoría y se volvió al tratamiento antisifilítico. Cuando llegó a nuestra observación tenía una paraplejía completa, retención de orina, reflejos exagerados, sensibilidad intacta.

Se le hizo una inyección de óxido amarillo de mercurio, ocho días después de la segunda, y así sucesivamente hasta la cuarta. Al día siguiente de la primera apareció una estomatitis, persistiendo hasta ocho días después de la cuarta, y tenía de particular que no aumentaba por las nuevas inyecciones.

La mejoría principió a notarse desde la segunda inyección, aumentando gradualmente hasta que mes y medio después de la última el enfermo podía andar, aunque con alguna dificultad, la retención de orina había desaparecido. En la actualidad se encuentra completamente sano¹.

Este caso muestra varios elementos relevantes en el proceso de construcción científica y social de la sífilis, como los síntomas y dolencias que el paciente experimentó con el desarrollo de la enfermedad en su organismo, la importancia de la detección del chancro como evidencia irrefutable de la presencia de la enfermedad, que llegó a afectar parte de su sistema nervioso, aspectos relacionados con los tratamientos que el enfermo recibió, su inconstancia con ellos, sus hábitos y el problema de los niños que nacían con sífilis. Revela también los datos clínicos que importaron a los médicos, y otorga evidencia del nivel de conocimiento que tenían acerca de las características de la evolución de la sífilis en sus tres etapas² y de los tratamientos que utilizaron para detener sus avances. Estos conocimientos fueron aumentando y acumulándose desde mediados del siglo XIX, logrando especificar las manifestaciones de la sífilis en el organismo e incorporar otros compuestos y medicamentos en su cura.

Casi medio siglo después, en 1937, dos dermatólogos reconocidos como autoridad en el tema de la sífilis, publicaron en la *Revista Médica de Chile* un artículo titulado “Procesos biológicos de la sífilis”. En él, Roberto Jaramillo y Florencio Prats, ambos médicos

¹ Arturo Prado Marín, “Inyecciones hipodérmicas de bióxido de mercurio en el tratamiento de la sífilis. Memoria de prueba para optar al título de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia”, *Anales Universidad de Chile*, (1889): 183.

² La sífilis se presenta en el organismo en tres etapas, en las cuales los síntomas y signos varían. La primera etapa se caracteriza por la aparición del chancro o llaga sifilítica, herida que se ubica en el lugar donde la bacteria ingresó al organismo, generalmente 20 días luego de la infección. En la sífilis secundaria aparece una erupción que puede cubrir todo el cuerpo, manifestándose también con úlceras, dolores, fiebre e inflamación de los ganglios, entre otros. Entre esta etapa y la terciaria, hay un período de latencia donde los síntomas desaparecen, en algunos casos durante 30 años. La tercera etapa de la sífilis presenta los síntomas más complejos, porque la bacteria ataca al cerebro, al sistema nervioso, al circulatorio, a los huesos e hígado, entre otros sistemas y órganos fundamentales para el funcionamiento del cuerpo humano.

del Hospital San Luis de Santiago —establecimiento de enfermedades infecciosas que posteriormente se convirtió en la sección de Dermatología del Hospital del Salvador— comentaron que la sífilis constituía un problema clínico de sencilla solución, enfatizando en que “todos conocemos el curso tenazmente crónico y recidivante de las sífilis no tratadas” y “sabemos también que durante los períodos de latencia, los enfermos suelen exhibir un aparente buen estado general y que esta tolerancia del organismo para la infección puede ser bruscamente interrumpida por manifestaciones externas benignas, como por localizaciones viscerales de cierta gravedad”³. Del mismo modo, con respecto a las pruebas serológicas que existían en la época, señalaron que informaban “solamente de las alteraciones provocadas por la infección en los humores. Estas alteraciones no son estables durante toda la infección, lo que resta a la serología mucho de su valor, como medio seguro de diagnóstico, al ser consideradas aisladamente”⁴.

Ese mismo año, el médico Florencio Prats, señaló la evolución de la sífilis en el organismo, la cual comenzaba con la lesión primaria, el chancro, para luego derivar en períodos de latencia difíciles de establecer, y terminar con el enfermo con sus consecuencias más devastadoras, como la parasífilis en la etapa terciaria. Además, indicó con cierta seguridad:

Sabemos que en patología, la sífilis es una de las enfermedades generales más curables, como sabemos también cuándo y por qué, este concepto es contradicho por la práctica diaria. Salvo excepciones muy contadas y que corresponden a diagnósticos tardíos, tratamientos insuficientes o a resistencias terapéuticas, la involución de la infección sifilítica se sucede más o menos regularmente, pudiendo ser observada paso a paso, a medida que se progresa con curas adecuadas⁵.

³ Roberto Jaramillo y Florencio Prats, “Procesos biológicos de la sífilis”, *Revista Médica de Chile*, núm. 3 (1937): 117.

⁴ Jaramillo y Prats, “Procesos biológicos de la sífilis”, 138.

⁵ Florencio Prats, “Pronóstico y criterios de curación”, *Revista Médica de Chile*, núm. 3 (1937): 202.

Los médicos sentenciaban estas observaciones sobre la sífilis, sus características, sus problemas de diagnóstico y tratamientos, como de su desarrollo, con plena confianza sobre sus conocimientos relacionados a la enfermedad. ¿Cómo llegaron a estas certezas? ¿Cómo los médicos lograron reconocer con claridad a un sífilítico? ¿Cuáles fueron las características del proceso de construcción de conocimiento sobre la enfermedad? Los médicos locales, ¿cómo recogieron e integraron la información proveniente del exterior?, ¿participaron en la producción de ideas y saberes sobre la sífilis?, ¿cuál fue su posición frente a los conocimientos extranjeros? La construcción científica y social de la sífilis en Chile, ¿implicó la incorporación estricta de todas las ideas validadas en el extranjero, definiéndose solamente a partir de ellas?

Este libro indaga en estos aspectos, analizando el proceso de reconocimiento de la presencia de la sífilis en las y los pacientes. Su hipótesis sostiene que la construcción científica de la enfermedad se desarrolló a través de la práctica clínica de los médicos. En esta también influyeron creencias y juicios morales relativos a los hábitos y condiciones de vida de quienes se contagiaban, fundamentales en la construcción social de la sífilis. Así, la generación de conocimiento sobre la sífilis tuvo tres dimensiones que confluyeron de forma constante: científica, médica y social. Es posible acceder a esta confluencia mediante el estudio de las fuentes médicas de la época⁶, donde se observan la influencia de la información e ideas

⁶ Fue en las publicaciones médicas, donde los galenos expusieron aspectos científicos sobre la sífilis –relacionados a los tratamientos, al contagio, a los tipos de sífilíticos, entre otros temas– y al mismo tiempo, expresaron elementos, como juicios, opiniones y sentencias, que contribuyeron a construir socialmente la enfermedad. Para Rafael Huertas, las historias clínicas se constituyen como documentos provenientes directamente de la práctica médica y facilitadores de información, que permiten “intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una *praxis* clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes”. Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la siquiatria: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia*, núm. 1 (2001): 8. Esta línea tuvo como uno de sus primeros promotores a Pedro Lain, quien concibió a la historia de la medicina como la historia del “acto médico es decir, de la experiencia de los médicos al asistir a los pacientes. De esta experiencia surge el documento escrito denominado “historia clínica”,

provenientes desde Europa, en un primer momento, y de Estados Unidos, ya entrado el siglo XX, las características del ejercicio y de la experiencia clínica, y las opiniones morales en forma de consideraciones profesionales para evitar la propagación de la sífilis que tuvieron los médicos, lo cual implicó la creación de un discurso que influyó en la visión de la sociedad sobre ella.

El interés de los médicos por conocer con mayor profundidad las causas, síntomas y tratamientos de la enfermedad estuvo precipitado por los alcances del contagio, y una de las consecuencias más importantes de ello fue convertir a la sífilis en un problema médico y social, transformándolos en orientadores, contenedores y censores de las y los enfermos. La serie de aspectos sociales y morales ligados a la sífilis definieron a la enfermedad como una condena o castigo a acciones que atentaban contra los valores imperantes. Asimismo, evidenciaron un conjunto de creencias populares que muchas veces dificultaron las posibilidades de detección y tratamiento. Estas respuestas a la sífilis, vinculadas directamente con las dimensiones de su propagación, impulsaron a su vez la reacción institucional para detener el contagio, basados principalmente en el conocimiento científico y discurso médico de la época. Por otra parte, la reacción institucional demostró el precario estado sanitario de Chile, pues el Estado debió dar respuestas una vez que las dimensiones del contagio fueron evidentes y avaladas por los médicos en relación con los perjuicios que provocaba.

En consecuencia, la presente investigación tiene como propósito general analizar la construcción científica y social de la sífilis en Chile, a través de la práctica médica. Para ello, se propone examinar los aspectos científicos y sociales utilizados por los médicos en su ejercicio, evaluar su papel como mediadores entre los enfermos y la sociedad, identificar los elementos de orden social contenidos en el discurso médico, revisar la respuesta institucional a las dimensiones

entendida como “el documento más elemental y fundamental de su quehacer”, que evidencia los puntos de vistas adoptados por los médicos y las vicisitudes históricas de sus prácticas. Pedro Lain, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1950).

de propagación de la sífilis, y valorar las publicaciones médicas como fuentes pertinentes para el estudio de las enfermedades.

La investigación aborda, en general, desde 1850 hasta 1950. El criterio para establecer este espacio temporal se relaciona con el interés de relevar las primeras publicaciones científicas sobre la enfermedad en los *Anales de la Universidad de Chile* y, posteriormente, en la *Revista Médica de Chile* que comenzó a publicarse en 1873; por otra parte, hacia mediados del siglo XX el descubrimiento y utilización de la penicilina facilitó el tratamiento de la sífilis y la disminución de sus efectos, como lo hizo también con otras enfermedades infecciosas. En términos espaciales, la investigación se reduce a Chile, considerando específicamente a aquellas ciudades contenidas en las fuentes. De todos modos, de acuerdo con lo que permite la documentación disponible, se contrasta en algunos casos la experiencia chilena con otras realidades latinoamericanas, como la uruguaya, la venezolana y la mexicana.

Enfermedades e historia

En el último tiempo ha existido una ampliación de los estudios historiográficos sobre salud y enfermedades, pues anteriormente “la salud como tema y como problema fue escasamente abordada por los historiadores. Tradicionalmente los propios médicos realizaron su historia como parte de la historia de la ciencia pero con escasas conexiones con los niveles socio-económicos de análisis”⁷. George Rosen agrega que “los asuntos de salud siempre han estado relacionados con las condiciones políticas, económicas y sociales de determinados grupos del pueblo, pero que en épocas anteriores, estas relaciones no eran objeto de investigaciones sistemáticas”⁸.

⁷ Mirta Zaida Lobato, “Lecturas de historia de la salud en Argentina. Una introducción”, en *Política, médicos y enfermedades*, ed. por Mirta Zaida Lobato (Mar del Plata: Biblos, 1996), 11.

⁸ George Rosen, *De la policía médica a la medicina social* (Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005), 9.

La historia sociocultural de la enfermedad es una de las recientes narrativas históricas que abordan los temas mencionados. Este enfoque involucra varios aspectos sobre la salud y la enfermedad, como las dimensiones sociodemográficas de las enfermedades, el proceso de medicalización y profesionalización, el estudio de las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, la infraestructura sanitaria creada por el Estado, y las representaciones, metáforas y discursos socioculturales que emanan de una determinada dolencia⁹.

Los trabajos historiográficos asociados a este enfoque han estado, según el historiador argentino Diego Armus, caracterizados por tres líneas: los estudios empiristas determinados por la recolección de datos sobre las condiciones de vida de los sectores populares y su relación con las enfermedades, sin problematizar en torno a ello; estudios que examinan los discursos médicos y los usos metafóricos dados a las enfermedades; y aquellos estudios basados en la teoría foucaultiana sobre la medicalización y el disciplinamiento, interesados en las enfermedades mentales y de transmisión sexual, en la degeneración de la raza, la construcción de la nacionalidad, las políticas migratorias y la medicina estatal, como conjunto de recursos normalizadores de la modernidad.

Entre tales temas, la medicalización ha sido el tópico más relevante, principalmente en relación a los procesos, avances y errores que ha implicado, pero también sobre las respuestas que ha generado en la población, donde se han estudiado las resistencias a las iniciativas de salud pública, las relaciones entre médicos y enfermos —quienes, como sujetos históricos activos, son considerados protagonistas del proceso—, y las percepciones y recursos relacionados con las enfermedades fuera de la medicina formal.

Un aspecto importante de la historia sociocultural de las enfermedades es el reconocimiento de la enfermedad como un fenómeno complejo, más amplio que su dimensión biológica, atravesado por

⁹ Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”, *Asclepio*, núm. 2 (2002).

connotaciones sociales, políticas, económicas y culturales¹⁰, entendiéndola a la “medicina como un terreno incierto, donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos”¹¹. Por su parte, Antonio Orozco indica que “la medicina no es solo consecuencia de un hecho biológico, la enfermedad, sino también un hecho humano que es cultural, la interpretación de la enfermedad”¹². Rosemberg y Golden han definido a la enfermedad en esta misma línea, al declararla “al mismo tiempo [que] un evento biológico, un repertorio de construcciones verbales específicos que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina en una generación determinada, la posibilidad de una política pública y la legitimación de esa política, un aspecto del rol social y una entidad individual intrafísica, una sanción para valores culturales, y un elemento estructurante de la relación médico-paciente”¹³. De igual manera, Marcel Sendrail indicó que “cada cultura confiere una explicación y un sentido propios a la enfermedad y, al mismo tiempo, ésta contribuye a la definición de cada cultura”¹⁴.

Hochman, Di Liscia y Palmer muestran que la enfermedad “es también señal o marca política, nunca neutral ni natural. Como construcción científica, es definida y redefinida en la compleja integración identitaria individual y comunitaria; por lo tanto, es histórica y permeable a las concepciones de género, sector social de pertenencia, etnia y nación”¹⁵. Eduardo Menéndez señala que los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos de sus padecimientos, puesto que “enfermar, morir,

¹⁰ Armus, “La enfermedad en la historiografía”, 47.

¹¹ Armus, “La enfermedad en la historiografía”, 18.

¹² Antonio Orozco, “Medicina amerindia y medicina europea: un encuentro enriquecedor”, en *Enfermedad y muerte en América y Andalucía (siglos XVI-XX)*, ed. por José Jesús Palomo, (Sevilla: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Escuela de Estudios Hispano-Americanos, 2004), 17.

¹³ C. Rosemberg y J. Golden, *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Jersey: Rutgers University Press, 1992), 13.

¹⁴ Marcel Sendrail, *Historia cultural de la enfermedad* (España: Espasa-Calpe, 1983), 12.

¹⁵ Gilberto Hochman, María Silvia Di Liscia y Steven Palmer, *Patologías de la patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina* (Buenos Aires: Lugar, 2012), 25.

atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organiza profesionalmente¹⁶. Desde esta perspectiva, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas, transformándose en “una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud”¹⁷.

Todos los planteamientos expuestos han sido integrados en esta investigación pues, se comparte la premisa de que el estudio histórico de las enfermedades nos permite acceder a otras dimensiones de la sociedad. La definición de cada enfermedad dependerá del grupo social y cultural que la experimenta, modificándose, además, a través del tiempo. Marcos Cueto, sostiene que las enfermedades son oportunidades de cambio y mejoramiento. En su trabajo sobre las epidemias del siglo XIX en Perú, indica que:

[...] una epidemia magnifica la relación entre los sistemas económicos y las condiciones de existencia; ilumina dimensiones poco conocidas de las mentalidades, ideologías y creencias religiosas, e ilustra los esfuerzos y las carencias por cuidar la salud pública. Las epidemias son a veces un estímulo para la ampliación de la autoridad del Estado en áreas sociales que, como la salud, no siempre estuvieron bajo su responsabilidad y han servido como un lente de aumento para observar los temores, prejuicios, normas y estereotipos sobre los enfermos, el cuerpo humano, el género, los grupos étnicos y las clases sociales. La variedad de percepciones, prácticas y testimonios que surgen en una

¹⁶ Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?”, *Alteridades*, núm. 7 (1994): 4.

¹⁷ Armus, “La enfermedad en la historiografía”, 42.

crisis epidémica, hacen evidente que la enfermedad no es un simple hecho biológico de responsabilidad limitada de los médicos¹⁸,

todo lo cual también se refleja a través del trabajo que aquí se presenta.

Laura Malosetti destaca en su estudio de la epidemia de fiebre amarilla que sufrió Buenos Aires en 1871, que la enfermedad funcionó como un punto de inflexión que tuvo como resultado una nueva forma de pensar la enfermedad, relacionada con el crecimiento urbano, la inmigración y la modernización. En definitiva, “la nueva sensibilidad con respecto a la enfermedad y a la muerte, incluyó sus implicaciones sociales y políticas, como también la necesidad de estrategias modernas”¹⁹. Michel Foucault señala que esto correspondería al proceso de medicalización, definiéndolo como “el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporan a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa de la medicina”²⁰. Foucault la ubica temporalmente en tal siglo por el desarrollo del sistema médico y la ampliación del modelo sanitario de Occidente que, según Sheldon Watts, se extiende completamente entre 1880 y 1930, cuando se produjo la “plena medicalización de Occidente”, entendida como la aceptación “de que los médicos constituían la primera línea de defensa contra las enfermedades”²¹.

Con respecto a la medicalización, es posible decir que ha sido un concepto cuestionado por transformarse “en un cliché de análisis de la crítica social”²², pues se ha aplicado desconociendo las partes que conforman la evolución de la medicina, como el conocimiento médico, la experiencia, las prácticas médicas, dimensiones que juegan roles distintos en realidades distintas. Siguiendo a Diego Armus,

¹⁸ Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima: IEP, 1997), 18.

¹⁹ Laura Malosetti, “Buenos Aires 1871: imagen de la fiebre amarilla”, en *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1979)*, ed. por Diego Armus, (Buenos Aires: Lugar, 2005).

²⁰ Michel Foucault, “Historia de la medicalización”, *Educación Médica y Salud*, núm. 1 (1997): 4.

²¹ Sheldon Watts, *Epidemias y poder* (Barcelona: Editorial Andrés Bello, 2000): 15.

²² Nikolas Rosen, “Beyond Medicalisation”, *Lancet*, núm. 369 (2007).

Luis Torres Santibáñez identifica el problema del uso del concepto en la aplicación de esquemas explicativos foucaultianos para el caso europeo a las diversas realidades latinoamericanas, lo cual implicó una simplificación de un problema complejo, haciendo invisibles aspectos y actores sociales relevantes del proceso de medicalización. En definitiva, la aplicación de esquemas generales es desbordada por la realidad que intentan explicar²³.

En este proceso complejo, en el cual participa la sociedad, los profesionales de la salud, los enfermos, los políticos, medios de comunicación y la industria farmacéutica, el rol fundamental es otorgado al cuerpo médico²⁴, quienes lo dirigen a través del interés por definir una enfermedad, por encontrar un tratamiento efectivo y por detener aquellas amenazas a lo que comienza a denominarse “el cuerpo social”. De este modo, los discursos médicos se refirieron a la “salud del pueblo”, al “saneamiento de la sociedad”, que evidenciaron una atención y preocupación por el bienestar colectivo. Carlos Molina también enfatiza en el protagonismo de los médicos como mediadores entre el Estado y la sociedad, en tanto son ellos quienes conocen directa y realmente las condiciones de salud del pueblo, reemplazando a la clase política en esta tarea, y acuñando, al mismo tiempo, los conceptos de modernidad, ciencia y conocimiento²⁵. Los médicos que diagnosticaron y trataron la sífilis reflejaron elocuentemente este hecho.

Uno de los cambios en la noción de salud, fue que esta ya no se entendió como la ausencia de enfermedad, sino que ambas se consideraron expresión de la vida, que “conforman un fenómeno originalmente biológico, que es parte constitutiva de la sociedad

²³ Luis Torres Santibáñez, “Tratamiento moral y condiciones de encierro en la casa de orates: los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852-1891”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, núm. 18 (2014).

²⁴ Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa, 2007). Carlos Molina, *Institucionalidad sanitaria chilena, 1890-1990* (Santiago: Lom, 2010). María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública, Chile 1880-1973* (Santiago: Red de Protección Social Ministerio de Salud, 2010).

²⁵ Molina, *Institucionalidad sanitaria chilena*.

ligado con sus especificidades, al proceso general de reproducción social, es decir a la transformación de la naturaleza y la sociedad producida para satisfacer las necesidades humanas. Tiene lugar en individuos, comunidades y grupos de población concretos y en espacios y tiempos concretos. Por ello es un proceso histórico”²⁶, como el que este libro ofrece.

En esta misma línea, María Soledad Zárata señala que una de las formas de conocer la historia del cuerpo humano es a través de la problematización de la enfermedad y la salud. En general, la historiografía en este tema “sostiene, entre otros fenómenos, que la visibilidad de estas materias da cuenta que la transición que experimentaron las sociedades modernas de fines del siglo XVIII al posicionar aquellas cuestiones que eran de dominio privado en el ámbito de lo público”²⁷, como también, evidentemente, se ve a través de la clínica de los sífilíticos.

En definitiva, eventos, características, pero, por sobre todo, prácticas de la vida cotidiana se transforman en problemas de salud con un carácter colectivo, social y/o público, por medio de la preocupación, el estudio y el tratamiento de los médicos y otros profesionales del ramo, que integran estas problemáticas entre las preocupaciones y las medidas de un Estado que progresivamente se expande hacia lo social y comienza a actuar e influir en los espacios cotidianos. De este modo, la medicalización al definir la normalidad y al regular la sociedad, donde la salud adquiere el interés supremo que otorga autoridad para dirigir y definir a las personas, coloniza aquellos espacios de vida establecidos como patológicos. Esto conlleva cambios tanto en las actitudes sociales como en la terminología, evolución propiciada al mismo tiempo por la disponibilidad de nuevos tratamientos, y “así, y en un contexto marcado por el triunfo de la bacteriología moderna y una creciente medicalización, se fueron definiendo no solo los tipos de conducta que se

²⁶ Molina, *Institucionalidad sanitaria chilena*, 19.

²⁷ María Soledad Zárata, “Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile”, en *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, ed. por María Soledad Zárata (Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008), 11.

suponían limpios, saludables e higiénicos, sino también los que se suponían sucios, poluidos y antihigiénicos”²⁸, como, por ejemplo, los asociados a la sífilis.

Catalina Labarca en su estudio sobre los manuales para el control de las enfermedades venéreas²⁹, relaciona lo anterior con el hecho de que en la conceptualización de una dolencia influyen factores biológicos y científicos, siendo intervenida asimismo por el contexto social y cultural en el que se sitúan. Desde esta perspectiva, Jon Arrizabalaga indica que las enfermedades son “construcciones intelectuales que se articulan en contextos sociales concretos, resultando a su vez articuladores de un conjunto de relaciones sociales de los mismos”³⁰. De esto podría desprenderse que un resultado de estudiar la sífilis en Chile es también abordar la historia social, política y cultural del país, como de las mentalidades, de la intimidad y de la vida privada, ofreciendo incluso una nueva cronología histórica, determinada por la enfermedad y sus hitos.

Esta investigación considera que las enfermedades no son solo construcciones intelectuales, sino, en primer lugar, son fenómenos concretos que alteran de modo real la vida de las personas que las padecen, incluso más allá de lo físico, lo cual se manifiesta en el caso de la sífilis, donde además de sufrir síntomas corporales, la o el contagiado vive consecuencias en su entorno social. Así, se adhiere a lo señalado por Roy Porter con relación a que “la enfermedad es antes que nada una experiencia individual, no pertenece por completo a los doctores o al Estado y por lo tanto genera inquietudes, interpretaciones, significados y preguntas como: ¿Por qué yo? ¿Qué puedo hacer? ¿Cómo afecta mi vida? Hay algo intensamente subjetivo en cada enfermedad”³¹.

²⁸ Diego Armus, *La ciudad impura*, 398.

²⁹ Catalina Labarca, “Todo lo que usted debe saber sobre las enfermedades venéreas”. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938”, en *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, ed. por María Soledad Zárate, 84.

³⁰ Jon Arrizabalaga, “Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social”, *Arbor*, núm. 142 (1992): 221.

³¹ Marcos Cueto, “El pasado de la medicina: la historia y el oficio. Entrevista a Roy Porter”, *Historia Ciencia Saude-Manguinhos*, núm. 1, (2002): 206. Por otra parte, estudios demuestran

Una categoría esencial de esta investigación es la noción de “práctica” que, en palabras de Juan Pimentel, “viene a recordar algo tan elemental como que los científicos no solo hablan, no solo dicen que hacen las cosas, sino que también las hacen”³². Bajo la premisa de que la ciencia es cultura, un “sistema sociocultural que no puede considerarse un ente aislado de los contextos en los que se produce, se recrea y utiliza”³³, Pimentel señala que todo hecho científico, toda teoría o toda práctica relacionada con el conocimiento es un hecho profundamente cultural. Así, la práctica de los científicos se constituye en un campo idóneo para el estudio de la producción del conocimiento, centrándose en la manera que lo obtuvieron y en quienes lo elaboraron, por ejemplo, procedimientos y medios materiales, las formas de comunicación y los medios de representación de ese conocimiento.

que el papel de los enfermos es importante y mucho más activo de lo que se les ha atribuido. Un caso relevante es el de los enfermos de tuberculosis de Buenos Aires en las primeras décadas del siglo XX, estudiados por Armus. Los tuberculosos protestaron por la comida, por el orden de las instituciones donde eran internados y por el derecho a acceder a ciertos tratamientos. A partir de su investigación, Diego Armus concluye que en los períodos de incertidumbres biomédicas existen relaciones densas entre aquellos que curan y aquellos que necesitan curarse, sobre todo, en enfermedades con alta carga moral, como las venéreas, pues incluso su ocultamiento es un caso relevante para considerar en su análisis. En consecuencia, “entre los intersticios de las estructuras de poder y autoridad que marcan la relación de médicos y pacientes se despliega una compleja trama, saturada de situaciones de duplicidad y complicidad, de hegemonía y subversión, de control y resistencia, de socialización y diferencia”, que las fuentes analizadas en este trabajo también revelan. Diego Armus, “Historias de enfermos tuberculosos que protestan”, en *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, ed. por Diego Armus (Buenos Aires: Lugar, 2005).

³² Juan Pimentel, “¿Qué es la historia cultural de la ciencia?”, *Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura*, núm. 743 (2010): 420. Pimentel señala también que “que el acento se ha ido desplazando desde el qué al cómo [...] hoy día los historiadores ya no se preocupan tanto de los contenidos de la ciencia como de las formas con que los obtuvieron quienes lo crearon, constatando por otra parte la estrecha relación –por no decir la fuerte dependencia– que hay entre lo uno y lo otro”.

³³ Matiana González y Stefan Pohl-Valero, “La circulación del conocimiento y las redes del poder: en la búsqueda de nuevas perspectivas historiográficas sobre la ciencia”, *Memoria y Sociedad*, núm. 27 (2009).

Trayectoria histórica de la sífilis

Bubas, mal serpentino, morbo gálico, mal napolitano...: la identidad de la sífilis

Cuando se estudia la sífilis historiográficamente, hay un elemento que debe ser considerado y que se relaciona con las dimensiones de la enfermedad. Si bien la sífilis lleva siglos de presencia en el mundo occidental, su nombre y el conocimiento de sus características y especificidades es reciente. Francisco Guerra citó a Nicolás Monardes, médico español que en 1565 publicó un trabajo acerca del origen de la enfermedad, centrado en la controversia histórica de si la sífilis surgió en América o fue traída al continente por los europeos. Lo que interesa de sus palabras es la variedad de nombres con que se le conocía, poco tiempo después que se había propagado masivamente en Europa. Señaló Monardes sobre lo que hoy conocemos como sífilis:

[...] al principio tuvo diversos nombres: los españoles pensando que les habían pegado los franceses, le llamaron mal francés. Los franceses pensaron que en Nápoles, y de los de la tierra les había el mal, lo llamaron mal napolitano. Los alemanes viendo que de la conversación de los españoles se les había pegado, le llamaron sarna española, y otros le llamaron sarampión de las Indias... Otros lo atribuyeron a unas conjunciones de Saturno y Marte... Con esto le pusieron varios y diversos nombres: llamándolos unos lepra, otros lechenes, otros mentagra, otro mal muero, otros elefancia sin poder atinar ciertamente qué enfermedad era. Porque ignoraban que fuese enfermedad nueva y la querían reducir a algunas de las ya sabidas y escritas³⁴.

Jon Arrizabalaga señala que “la sífilis venérea toma forma en la medicina científica occidental solo como resultado de profundos

³⁴ Francisco Guerra, “La disputa sobre la sífilis”, *Medicina e Historia*, núm. 69 (1976): 8.

cambios, intelectuales y sociales”³⁵; desde esta perspectiva, para el historiador, cuando estudiamos históricamente las denominadas enfermedades infecciosas, “debemos distinguir entre lo que puede ser la entidad de la enfermedad y la enfermedad en sí misma. Como entidades de enfermedad, las enfermedades infecciosas asumieron su forma actual solo a fines del siglo XIX e inicios del XX en la medicina occidental como resultado de la teoría microbiana. Pero como enfermedades en sí mismas han existido por largo tiempo”³⁶. Es decir, si se entiende como entidad de la enfermedad al resultado de un proceso de identificación y definición, esta investigación aborda tal proceso de la sífilis en Chile, cuando deja de ser solo una enfermedad en sí misma para convertirse en una entidad de enfermedad, con características, desarrollo y manifestaciones particulares que la diferencian de otras, implicando al mismo tiempo, la búsqueda y elaboración de métodos y compuestos para contenerla. Para una enfermedad como la sífilis, de gran propagación en el país durante la época de estudio, su transformación en entidad también habría estado constituida por aspectos sociales que, como se verá, desbordaron los límites de lo estrictamente científico y médico.

La sífilis, en concreto, fue denominada por siglos de diversas maneras. La misma historiografía médica la identificó como “morbus gallicus” desde el siglo XV, hasta fines del XVI. En esta época, también se utilizó el término “french pox” para referirse a una enfermedad que se percibió, en Europa, como incurable y repugnante, a la cual se le asociaron algunos síntomas como el dolor de huesos y heridas en los genitales que eventualmente podían cubrir gran parte del cuerpo. El nombre habría derivado de la Guerra de Nápoles, cuando el ejército francés invadió la península itálica provocando gran inestabilidad. El vigor del renacimiento esparció el término que se utilizó en la mayor parte de Europa, con excepción de Francia, cuyos médicos denominaron a la sífilis como “lúes hispánica” o “lúes venérea”.

³⁵ Jon Arrizabalaga, “Syphilis”, en *The Cambridge World History of Human Disease*, ed. por Kenneth F. Kiple (New York: Cambridge University Press, 1993), 1030.

³⁶ Arrizabalaga, “Syphilis”, 1029. El autor indica que las enfermedades infecciosas no pueden considerarse ontológicamente como seres naturales de la misma manera que los agentes que las causan.

Este último término será el más ampliamente utilizado en el siglo XVII y parte del XVIII, dejando atrás a “morbus gallicus”. El término “venéreo” aparecerá por primera vez en 1527 en el libro de un médico francés, en un contexto de profunda exaltación religiosa y moral proveniente de la Reforma. Esto es advertido porque el término aludirá a la relación entre la enfermedad y los “placeres de Venus”, por lo tanto, asociará el contagio a la responsabilidad individual de quien enfermaba. En consecuencia, la “lúes venérea” fue percibida desde el punto de vista médico y moral como contagiosa y calamitosa. En Chile, el término “lúes” fue ampliamente utilizado según las fuentes revisadas, incluso algunos médicos lo emplearon hasta bien entrado el siglo XX.

En 1736 el médico francés dedicado al estudio de las enfermedades de transmisión sexual, Jean Astruc, publicó *De morbis veneris*. En él arguyó que la “lúes venérea” era causada por un virus único y específico, además de diferenciar entre la enfermedad incipiente y la confirmada, es decir, cuando ya se expresaban síntomas en el cuerpo humano completo. Estos primeros conocimientos sobre la sífilis fueron completándose con las observaciones clínicas, los análisis anatomopatológicos y las inoculaciones experimentales realizadas por los patólogos. Entre 1750 y 1850, indica Arrizabalaga, estos esfuerzos nosográficos y nosológicos implicaron un cambio en el concepto de lúes venérea, iniciando los cuestionamientos acerca si era solo una enfermedad, por ejemplo. En esta época, el término dejó de usarse para ser reemplazado por “morbo venéreo”, aunque este integró dentro de sí a un conjunto de enfermedades, como la sífilis, el chancro, la gonorrea y el bubo. El aumento de contagiados por enfermedades de transmisión sexual y el surgimiento de establecimientos destinados exclusivamente para los venéreos, impulsó el nacimiento de la dermatovenereología como especialidad médica.

Según Arrizabalaga, el término “sífilis”³⁷ comenzó a ser dominante en Europa en la década de 1820. Un hito relevante en la consolidación del uso del nombre fueron los descubrimientos del

³⁷ El término “sífilis” fue dado por el médico y poeta italiano Francastoro entre el siglo XV y XVI.

francés Paul Ricord, quien en la década de 1830 determinó que la sífilis era diferente a otras enfermedades venéreas³⁸, además de dividir los síntomas según cada etapa de la enfermedad: primaria, secundaria, transicional y terciaria. Estos nuevos descubrimientos y creación de conocimiento fueron alejando a la sífilis del conjunto de enfermedades venéreas que, sin ser clasificadas y distinguidas las unas de las otras, eran denominadas en general “mal venéreo”. Esto se verá reflejado en los casos clínicos utilizados para este trabajo. Desde, al menos, 1850 en adelante este conocimiento ya estaba integrado en el ámbito local pues, los médicos se referían a la sífilis como una enfermedad diferente a otras de transmisión sexual, como la gonorrea o el chancro blando.

Así, en los años posteriores el concepto fue remodelado y concebido como otra entidad de enfermedad a aquellas que hoy conocemos como enfermedades de transmisión sexual. Ya en la segunda mitad del siglo XIX se desarrolló y cambió profundamente gracias a las contribuciones de Jean Alfred Fournier, quien aportó con su trabajo al conocimiento más detallado sobre la enfermedad: propuso el concepto de “latencia en sífilis adquirida y congénita”, estableció la relación entre la enfermedad y las afecciones parasifilíticas, y comenzó a llamar la atención socialmente sobre la sífilis, todos aspectos que estaban en conocimiento de los médicos chilenos y aplicados en la clínica desde el siglo XIX.

Esta enfermedad tomó su forma definitiva en el contexto de desarrollo de la medicina moderna occidental que surge y avanza en la segunda mitad del siglo XIX, principalmente, en los países industrializados. Su expresión más destacada fue la elaboración de la teoría microbiana que revolucionó el ámbito de la explicación de las enfermedades –cuyo origen se encuentra en la revolución científica que transformó el pensamiento sobre la naturaleza y el mundo físico–, pues de las concepciones tradicionales de las enfermedades que aludían a castigos divinos o a los malos humores se trasladó

³⁸ Para algunos autores, “la larga serie de confusiones sobre esta enfermedad se debe en parte, a que se diferencié tardíamente de la gonorrea”. Guerra, “La disputa sobre la sífilis”, 9.

la explicación a un asunto médico basado en aspectos científicos y bacteriológicos. De este modo, las causas de las enfermedades infecciosas y contagiosas fueron encontradas, “y una de las principales preocupaciones médicas y bacteriologistas fue desde entonces encontrar gérmenes específicos de las más diversas enfermedades, siendo muy natural que se fijara muy preferentemente su atención en aquellos que la etiología y modo de evolución conocidos, hacían más plausible el supuesto de que fueran de origen microbiano”³⁹.

El desplazamiento sobre las creencias y causas de las dolencias por el discurso médico implicó además un cambio en las representaciones sociales de las enfermedades. Chávez y Soto, señalan que este discurso:

[...] con una base empírica y experimental de raíz positivista, explicó la realidad epidemiológica validando sus conclusiones desde la ciencia y no desde la teología. En aquel escenario, la ciencia y la religión, una vez más, colisionaron. Este cientificismo repercutió en las afueras de la academia, permeando diversas instituciones, programas sanitarios y espacios sociales. Así, interactuó el conocimiento científico-técnico y el saber popular, configurando nuevas representaciones y significados sobre las enfermedades y sus tratamientos⁴⁰.

Sin embargo, podría cuestionarse si esto ocurrió del mismo modo para la sífilis con respecto a otras enfermedades infecciosas, en tanto su contagio, si bien ya no tuvo socialmente un aspecto de condena divina, continuó teniendo una carga moral importante al ser evidencia de una “vida licenciosa” que escapaba de los límites del comportamiento impuesto por la moralidad religiosa y enquistado en la sociedad chilena de la época.

³⁹ Ricardo Cicero, “Nota sobre el interesantísimo descubrimiento del microbio de la sífilis, por el doctor Schaudinn, profesor de Zoología de la Universidad de Berlín, Consagración del descubrimiento por el eminente doctor Metchnikoff del Instituto Pasteur de París”, *Gaceta Médica de México*, núm. 3 (1906): 111.

⁴⁰ Pablo Chávez y Julián Soto, “Padecimientos y enfermedades en el “puerto insalubre”: construcción del conocimiento médico sanitario y de las representaciones sociales sobre la muerte en Arica (1880- 1930)”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, núm. 1 (2014): 110.

La nueva medicina basada en el laboratorio produjo que, hacia el año 1900, fuera claro “que la esencia de las enfermedades infecciosas fue siempre un patógeno externo o un agente causal”⁴¹ implicando, asimismo, una transformación en la forma en que las personas concebían las enfermedades. En el caso de la sífilis, esto fue de gran relevancia en, al menos, tres aspectos. En primer lugar, el descubrimiento de la bacteria –la treponema pálida– y la creación de la prueba serológica para detectar al patógeno en la sangre de los pacientes –la reacción de Wassermann– produjeron la consolidación del término, su permanencia en el tiempo y la individualización definitiva con respecto a otras enfermedades. En segundo lugar, se estableció como objetivo encontrar el remedio que pudiese eliminar la treponema en el organismo, y se produjo un cambio en la percepción que la medicina tenía sobre la sífilis, imponiendo la autoridad profesional de los médicos sobre su tratamiento. Finalmente, la teoría bacteriológica de las enfermedades provocó en el campo del diagnóstico de la sífilis el golpe definitivo, porque “solo cuando, en el laboratorio, el patógeno fue identificado en los tejidos y fluidos del paciente, fue confirmado un diagnóstico”⁴².

De este modo, pese a ser una enfermedad conocida por siglos, la sífilis es caracterizada tardíamente, hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX. Su definición y la utilización del término no estuvieron consolidados hasta esa época, siendo el desarrollo de la teoría bacteriológica de las enfermedades lo que impulsó el entendimiento de la sífilis de la forma que la conocemos en el presente, habiendo, por lo tanto, un amplio lapso para la representación o construcción científica y social de la sífilis, proceso que este libro aborda para el caso chileno.

⁴¹ Jon Arrizabalaga, John Henderson and Roger French, *The Great Pox. The French Disease in Renaissance Europe* (New Haven, London: Yale University Press, 1997), 2.

⁴² Jon Arrizabalaga, John Henderson and Roger French, *The Great Pox. The French Disease in Renaissance Europe*, 2.

Antecedentes de la sífilis en Chile

En Chile, también se denominó a la sífilis de múltiples maneras. Solo en la segunda mitad del siglo XIX se le comenzó a nombrar como tal. Entre los antecedentes con que se cuentan sobre la presencia de la enfermedad en el país, está el testimonio del Abate Molina, quien se refirió a lo que se conocían como “enfermedades secretas”: “el morbo venéreo ha hecho muy pocos progresos en las tierras que pueblan los españoles, y mucho menores o casi ningunos en los países que poseen los indios, los cuales no tienen en su idioma o una voz propia para significar este mal; indicio positivo y seguro de no haberse introducido en aquellos países hasta después de los tiempos de la conquista”⁴³. El marino y viajero francés Jean François Laperouse también habría alertado sobre la propagación de la sífilis en el territorio, en específico en los últimos tiempos de la época colonial. Llama la atención que, en este caso, Laperouse ni siquiera nombra a la sífilis utilizando alguna de las denominaciones comunes; señaló que “ninguna enfermedad es particular a este país, pero hay una que es bastante común y que no me atrevo a nombrar”⁴⁴. Pedro Ferrer indica que, según el historiador Diego Barros Arana, los jefes militares se abstendían de acuartelar a sus tropas en ciertos pueblos con el objetivo de evitar “dicha enfermedad”.

Benjamín Vicuña Mackenna, en la misma línea del Abate Molina, aludió al desconocimiento que tenían los indígenas de la sífilis, señalando que “conocían todas las enfermedades que nos afligen, con excepción de las más horribles que la civilización ha importado, como las viruelas, la sífilis, el cólera”. Además, relata sobre la existencia de la piedra bezoar, “emblema de la medicina indígena” y que se “exportaba como la canchalagua para la botica de los reyes sífilíticos de España, y no era sino una especie de empacho vegetal

⁴³ Juan Ignacio Molina, *Compendio de la historia geográfica, natural y civil del Reino de Chile* (Santiago: Pehuén, 2016), 51.

⁴⁴ Pedro Ferrer, *Historia general de la medicina en Chile* (Talca: Imprenta Talca de J. Martin Garrido, 1904), 260.

o cálculo vegetal formado en las entrañas de los guanacos”⁴⁵. Andrés Bello también demostró preocupación por la sífilis, al redactar un documento en el cual indaga en las diversas teorías sobre el origen de la enfermedad y en el debate si la sífilis fue originaria de América y llevada a Europa luego del descubrimiento, o bien ya existía en el viejo continente antes del viaje de Colón⁴⁶. De esta forma, expone una serie de teorías de diversos científicos europeos que demuestra el interés circunstancial de Bello por esta enfermedad que azotaba el territorio nacional en el siglo XIX, principalmente en los sectores populares.

Los testimonios dan cuenta de la presencia de la enfermedad, al menos, desde la Colonia en Chile. También advierten que al ser nombrada o referida había noción sobre ella por estar extendida o ser “común” entre la población. Otro grupo de fuentes al que se puede recurrir para conocer el estado de la enfermedad en Chile, en el período previo al que se aborda en este libro, son las historias de la medicina. Es importante señalar que este tipo de estudios suelen ser más bien descriptivos, entregando información sobre la sífilis y su presencia en el país, como de sus efectos y dimensiones, de modo somero. Eduardo Salas Olano indica sobre la sífilis que fue una de las afecciones más comunes durante la Colonia⁴⁷, y que para el siglo XIX no había una distinción clara entre la sífilis y otras enfermedades venéreas, como la blenorragia o gonorrea. Además, agrega que fue una de las enfermedades más extendidas a mediados de siglo y “siguió invadiendo todos los hogares y causando un gran número de muertes”⁴⁸. Pedro Lautaro Ferrer coincide con Salas Olano en que la sífilis se propagó en grandes dimensiones durante los últimos años coloniales⁴⁹.

⁴⁵ Benjamín Vicuña Mackenna, *Médicos de antaño en el Reino de Chile* (Santiago: Editorial Difusión, 1947), 19.

⁴⁶ Andrés Bello, “Autores que han escrito sobre el mal venéreo”, Archivo Central Andrés Bello Universidad de Chile.

⁴⁷ Eduardo Salas Olano, *Historia de la medicina en Chile* (Santiago: Imprenta Vicuña Mackenna, 1894), 118.

⁴⁸ Salas Olano, *Historia de la medicina en Chile*, 232.

⁴⁹ Ferrer, *Historia general de la medicina en Chile*.

Ricardo Cruz Coke se muestra de acuerdo con los autores anteriores en relación con las altas tasas de enfermos sifilíticos en el siglo XIX, señalando el uso de baños termales para tratar la enfermedad durante la Colonia, sin embargo, difiere con Vicuña Mackenna y Molina al indicar que la sífilis ya existía entre los indígenas antes de la llegada de los españoles⁵⁰, corroborando que el tema del origen de la enfermedad ha sido uno de los más controversiales, confrontando diversas teorías sobre cuál fue el continente que comenzó la expansión del contagio, relevando en su propagación algunos hitos históricos como el descubrimiento de América y el traslado de personas entre un continente y otro. Como se indicó, la preocupación de Andrés Bello también radicaba en conocer las diversas versiones sobre el origen de la sífilis, por ello elabora un documento donde expone la opinión de varios científicos europeos⁵¹. De todos modos, no existe hasta el momento una solución al debate del origen de la sífilis, sino que se han mantenido las diversas versiones sobre el lugar desde donde se expandió. En Chile no existió una preocupación tan manifiesta con respecto a este tema. Según las fuentes médicas, la concentración de los galenos locales estuvo dirigida a conocer los síntomas e implicancias de la sífilis, elementos en los cuales el lugar de origen o desde dónde se propagó no afectaba en lo más mínimo.

Como demostración de la presencia colonial de la enfermedad, se cuenta con el trabajo de Nicolás Celis sobre el caso de Petrona, esclava cuyo contrato de compra fue anulado por tener la enfermedad en el período tardo-colonial. Celis sostiene que, para la época, fue común que los esclavos y esclavas estuvieran contagiados de sífilis. Para esto, además del expediente de Petrona, utiliza autores como Gonzalo Vial, quien indicó que “en los expedientes judiciales del siglo XVIII es muy común hallar morenos enfermos de gálico (sífilis)”. Haber contraído la sífilis, le significó a Petrona un juicio de redhibitoria, pero además la condena social por contagiarse. Como indica, “las transgresiones de connotación sexual conllevan en sí

⁵⁰ Ricardo Cruz Coke, *Historia de la medicina chilena* (Santiago: Editorial Universitaria, 1995).

⁵¹ Bello, “Autores que han escrito sobre el mal venéreo”.

la deshonra y fueron consideradas actos pecadores e ilícitos. Esta enfermedad, temida por todos, motivó el horror y repugnancia en quien la miraba y causa de vergüenza en quien la padecía⁵². Dos testimonios utilizados por el autor, relevados del juicio de redhibitoria por Petrona, son interesantes para acercarse a la forma en que se nombraba, diagnosticaba y trataba la enfermedad. El primero, corresponde al del protomédico José Antonio Ríos del Real Hospital de San Juan, quien declaró en junio de 1807 haber examinado a Petrona y haberle diagnosticado “morbo gálico” o “lúe venérea”; el segundo, fue hecho por el cirujano Bartolomé Díaz de Coronilla, quien certificó en junio de 1807 haber conocido a la esclava en el servicio de cirugía por encontrarse con el “vicio venéreo” y presentar escrófulas, erupciones en el cuello, purgación y oftalmia.

La preocupación por las dimensiones del contagio sifilítico pareció ser de larga data en Chile, excediendo los límites temporales de esta investigación. En los inicios de la República, la sífilis preocupó por su propagación, que podía afectar la cantidad de soldados que pudieran pelear por la independencia y disminuir la cantidad de población. José María Solís publicó en la *Aurora de Chile* en 1813, una propuesta de tres medidas para aminorar los efectos de la enfermedad:

- 1º Purificar de este virus al sexo que desgraciadamente se presta al público desorden;
- 2º Establecer varias obras que hagan dificultosa su introducción;
- y
- 3º Vigilar la conducta de los que están destinados a la conservación de la salud de los ciudadanos⁵³.

Además de describir los estragos, Solís solicitó al nuevo gobierno la implementación de establecimientos hospitalarios especiales para

⁵² Nicolás Celis Valderrama, “El morbo gálico (sífilis) en la época colonial tardía: la tensión entre la moralidad jurídico religiosa y la racionalidad higienista: el caso de la esclava Petrona. Santiago de Chile, 1806-1808”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, núm. 2 (2013): 99.

⁵³ *Aurora de Chile*, 21 de enero de 1813.

enfermos de sífilis, como también de baños públicos exclusivos “y diversas medidas de carácter material y de orden moral encaminadas al mismo fin”⁵⁴. En el mismo periódico, también en 1813, una publicación anónima mostró preocupación y urgencia por contener los avances de la enfermedad:

La plaga que asola nuestro pueblo y que crece con su número, es el mal venéreo para cuyo remedio colocó la providencia los preciosos baños termales en la hacienda de V. S. cuyo corazón debe complacerse de poseer el antídoto de las dolencias de la más numerosa y útil parte de la humanidad y en facilitarles el uso específico que los saca del estado más miserable, para restituirlo al de salud, al amparo de sus familias y al servicio de la patria. Nada hay más glorioso para un ciudadano ilustre y por el gobierno desea tener parte en tan benéfico proceder, recordándole que para ser completa solo resta allanar las escabrosidades de la parte del camino que media desde la villa de Rancagua hasta los baños, las que retraen de ellos a los que las dolencias impiden trasportarse en caballerías, de que los más necesitados están privados de este recurso o lo consiguen con penalidades insoportables a los pacientes y a los corazones sensibles. Diga US qué obra hay que ejecutar y los arbitrios para realizarla, entre los que cuenta esta autoridad, como el primero la notoria generosidad de US y su piadosa índole⁵⁵.

En 1822, el diputado Camilo Henríquez leyó una nota frente a la Asamblea Nacional sobre el estado sanitario y los establecimientos de beneficencia, especialmente los destinados a mujeres. En su comunicación, Henríquez pidió la conformación de una comisión que examinara el estado de los hospitales con el objetivo de redactar un informe que propusiera soluciones para los males observados. Según destaca en la nota, el “mal venéreo” era una de las causas del deplorable estado sanitario, que no daba abasto para atender a las enfermas:

⁵⁴ Ferrer, *Historia general de la medicina en Chile*, 459.

⁵⁵ *Aurora de Chile*, 21 de enero de 1813.

Sabemos que el hospital de mujeres solo tiene 88 camas. ¡Que número tan corto para una población como la nuestra! El número de mujeres infelices en la capital es muy grande; muchos empeños se necesitan para que una infeliz sea admitida en el hospital, cuyas camas están ocupadas, en su mayor parte, por ancianos miserables. El mal venéreo está extendido espantosamente entre las mujeres pobres y plebeyas; poco hace que se curen los soldados, si no se extingue aquella sentina de enfermedades. Muchos hijos de familia se desgracian por esta misma causa. La sabiduría de los hombres más eminentes en la policía urbana no ha hallado otro recurso para cortar este mal que el de un hospital donde solo se curen mujeres galicadas, encargando estas a la vigilancia de la policía. Pido que se proponga después del informe, el establecimiento de una sala solo para curar casos venéreos de mujeres infelices⁵⁶.

Como se puede inferir, la sífilis y las otras enfermedades venéreas habían alcanzado una gran cantidad de contagiados y generado preocupación entre las autoridades. El naturalista Claudio Gay, en el primer tomo de su *Historia física y política de Chile*, al momento de describir a los campesinos chilenos señaló que “su constitución, cuando tienen la dicha de llegar a la edad adulta, es bastante fuerte, más en el norte que en sur en donde se resienten de las enfermedades venéreas tan fatalmente comunes en las familias de estos países”⁵⁷. Asimismo, al referirse a la morbilidad y mortalidad infantil arguyó como causa, junto a la negligencia de los padres, la falta de cuidados y a la costumbre de los niños de comer la fruta cuando aún no está madura, a la “constitución escrofulosa sea por herencia, sea por las enfermedades venéreas de sus descendientes”⁵⁸.

Una evidencia de la extensión de la sífilis en los albores de la época republicana fue el hecho de ser una enfermedad conocida por la sociedad, la cual utilizó diversos nombres para referirse a ella. Sagredo utiliza una carta de Adriana Montt a su nuera para

⁵⁶ Ferrer, *Historia general de la medicina en Chile*, 466.

⁵⁷ Claudio Gay, *Historia física y política de Chile. Agricultura* (París: Casa del autor, 1862), 151.

⁵⁸ Gay, *Historia física y política de Chile*, 171.

advertir las diferentes denominaciones, en este caso dependiendo de la situación social del enfermo. En 1823, Montt escribió: “la enfermedad que tienen tus domésticos se llamaba en los patrones gota, en los capataces reuma y en los de otra esfera gálico”⁵⁹.

Hacia mediados de siglo, la presencia de la sífilis en el país implicó que la enfermedad comenzara a aparecer en los primeros estudios médicos publicados, principalmente, en los *Anales de la Universidad de Chile*. Así sucedió con los trabajos del médico Juan Miquel sobre las enfermedades hereditarias y las enfermedades al corazón en Chile. En ellos destaca que la sífilis provocaba un importante número de muertes, junto con otras dolencias como la tisis, además de ser una de las causas predisponentes a afecciones cardíacas⁶⁰. Sagredo cita al médico Ramón Elguero quien señaló también, en 1857, que producto de enfermedades como esta “la generación actual parece enteramente perdida”. La sífilis:

[...] pese a no ser mortal, entre otras razones porque las expectativas de vida eran bajas, era muy temida debido a los sufrimientos y molestias que provocaba entre sus víctimas, lo anterior sin perjuicio de ser considerada una aflicción vergonzosa, es decir socialmente reprobada, tanto por su origen en el comercio sexual como por sus manifestaciones exteriores en el cuerpo⁶¹.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el problema de la sífilis se volvió más agudo al constatar que estaba entre de las principales enfermedades padecidas por las tropas del Ejército. Según el Servicio de Sanidad del Ejército, en 1867, junto a la tisis pulmonar, pulmonía, fiebres eruptivas, úlcera y otras, en el primer lugar se encontraban “las virulentas o sifilíticas y venéreas”⁶². La alta presencia

⁵⁹ Sagredo, “Nacer para morir o vivir para padecer”, 24.

⁶⁰ Juan Miquel, “Memoria acerca de las enfermedades hereditarias en Chile i con especialidad en Santiago”, *Anales de la Universidad de Chile*, (1854). Juan Miquel, “Memoria de las enfermedades del corazón en Chile i especialmente en Santiago”, *Anales de la Universidad de Chile*, (1855).

⁶¹ Sagredo, “Nacer para morir o vivir para padecer”, 24.

⁶² Sagredo, “Nacer para morir o vivir para padecer”, 19.

de la enfermedad en Chile hizo que la sífilis fuera considerada de naturaleza epidémica. Esto debe ser considerado, asimismo, con relación a que en muchas ocasiones era ocultada y/o negada, razón que lleva a pensar que la cantidad de contagiados era superior a la estimada. Sagredo indica que:

La proporción de infectados con el *Treponema pallidum*, el agente causal de la sífilis moderna, constituía el 20, 30 o 40% de la población, si no más, considerando que se trata de un mal “invisible”, en el sentido que se ocultaba o se confundía “médicamente” con la gota, la tuberculosis u otra dolencia socialmente aceptable; o bien, permanecía latente entre tres y treinta años, sin alcanzar a matar al infectado, el cual, dadas las expectativas de vida de no más de treinta años, fallecía a consecuencia de otra enfermedad más rápida⁶³.

Uno de los aspectos destacados por historiadores, y que atañe directamente a este trabajo, es el escaso y modesto conocimiento médico sobre la evolución y tratamiento de la sífilis, y sobre la ignorancia de la población con respecto a ella, cuestiones que se transformaron en obstáculos para detener la propagación del contagio. Álvaro Góngora señala que, desde la segunda mitad del siglo XIX, a través de informes médicos, el conocimiento comenzó a acumularse. Destaca las obras de médicos como Joaquín Zelaya, Octavio Maira y Lucas Sierra, que fueron consideradas un aporte fundamental para profundizar el conocimiento y la práctica médica tendiente a mejorar la vida de los enfermos de sífilis. El apartado que el autor dedica a la enfermedad, dentro de un estudio mayor acerca de la prostitución, culmina con uno de los avances importantes en relación con su diagnóstico y tratamiento, es decir, con el descubrimiento de la treponema pálida en 1905 y la llegada al cuerpo médico chileno de “beneficios teóricos y prácticos de los nuevos métodos para efectuar diagnósticos más precisos”⁶⁴, como

⁶³ Sagredo, “Nacer para morir o vivir para padecer”, 25.

⁶⁴ Álvaro Góngora, *La prostitución en Santiago entre 1813 y 1931: visión de las élites* (Santiago: Dibam, 1994), 82.

el examen sanguíneo para detectar la sífilis en ausencia de síntomas más evidentes de su presencia en el organismo.

Fuentes y estructura

Por estar centrado en la práctica médica, este trabajo utiliza principalmente fuentes provenientes de los casos clínicos compartidos en publicaciones médicas, pues el interés se concentra en conocer el proceso de diagnóstico, tratamiento y las opiniones de los galenos chilenos con respecto a la sífilis. Una de sus fuentes principales son los artículos médicos difundidos en distintas publicaciones, especialmente en la *Revista Médica de Chile*. La evidencia fundamental es el conjunto de datos que los médicos entregaron mediante la comunicación de casos clínicos, debido a que mediante la anamnesis de los pacientes es posible adentrarse en los aspectos principales que conformaron el desarrollo y evolución del conocimiento en torno a las manifestaciones, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Este libro está organizado en tres partes. Las dos primeras abordan cómo la generación de conocimiento y la práctica médica se imbricaron para construir científicamente a la sífilis y poder diagnosticarla y tratarla. La tercera parte da cuenta de los aspectos sociales que estuvieron involucrados e influyeron en este proceso, completando el desarrollo de la sífilis como entidad y su constitución como un problema médico y social.

La primera, denominada “Nosología de la sífilis en Chile”, busca analizar cómo la construcción científica permitió identificar y describir la enfermedad, sus procesos patológicos, su diferenciación con otras enfermedades que se confundían con ella y la clasificación de sus síntomas dependiendo de la etapa en que se encontraba. El primer capítulo, “El conocimiento médico sobre la sífilis”, aborda los elementos con que los médicos contaron para detectar la enfermedad y los síntomas que fueron identificando con ella, evalúa cómo el descubrimiento del agente patógeno y la creación de las pruebas serológicas fueron fundamentales a la hora

de determinar la presencia de sífilis en un paciente, y describe los principales obstáculos que tuvieron para su diagnóstico. El capítulo “El abanico de la sífilis: profundización del conocimiento médico”, estudia cómo esos obstáculos permitieron ir definiendo las diversas expresiones de la sífilis en diferentes sistemas y órganos del cuerpo, lo que ayudó en la realización de diagnósticos más precisos. Además, se encarga de la transmisión que tuvo el conocimiento a través de redes generadas desde los principales centros médicos de la época, fundamentales en la construcción del conocimiento médico local. Sin embargo, como se verá, los médicos chilenos no fueron receptores pasivos de los avances sobre el conocimiento y tratamiento de la sífilis, sino que participaron de su producción, siendo incluso reconocidos en el extranjero.

Del mismo modo, los médicos locales adaptaron y experimentaron con las diversas formas de curación de la sífilis. De esto da cuenta la segunda parte del libro, “‘Las severas lecciones de la clínica’: Práctica médica en los tratamientos antisifilíticos”, donde se abordan los efectos de los tres compuestos y/o medicamentos más extendidos entre 1850 y 1950 para detener el avance de la enfermedad: el mercurio, el arsénico y la penicilina, correspondientes a los capítulos III, IV y V, respectivamente. Para esto, se estudia el uso y la adhesión que tuvieron en la comunidad médica chilena, como también las polémicas y disensos que generaron, principalmente a partir de los efectos negativos que produjeron en el organismo. El capítulo V, además, aborda elementos que se desprenden del estudio, tanto de la profundización del conocimiento, como de las innovaciones en el tratamiento que buscaron la curación de los pacientes. Estos se refieren a la forma en que la elaboración de un discurso médico influyó en la valoración de la ciencia y su método, como garantes del conocimiento válido y legítimo, en contraposición a los considerados “charlatanes” que proveían de medicamentos y fórmulas por fuera del espacio científico.

Finalmente, la tercera parte “De la clínica al escenario social”, se concentra en cómo el discurso médico, que pretendió ser exclusiva y rigurosamente científico, incorporó opiniones de orden social que

estuvieron influidas e influyeron en la forma que la sífilis fue concebida socialmente. El sexto capítulo, “Las consideraciones médicas en la construcción social de la sífilis”, analiza temáticas y situaciones que aparecen reiteradamente en las publicaciones, como las actitudes y modos de vida que se asocian con el contagio, el problema de la sífilis en la familia, sobre todo en la gravedad que implicaba el nacimiento de niñas y niños con la enfermedad, y la distinción de las mujeres sifilíticas, entre aquellas que eran contagiadas por sus maridos y quienes eran “transmisoras” de la enfermedad, las prostitutas. Las dimensiones del contagio y sus consecuencias en la salud de la población, ya deteriorada por otras enfermedades y por las condiciones materiales de existencia, tuvieron como efecto que algunas voces quisieran establecer el contagio como un delito que, como crimen, debía ser juzgado y castigado. En esto los médicos también estuvieron involucrados, por ello el capítulo aborda cómo fue evaluado su papel como testigos directos de la propagación de la sífilis. El último capítulo, “La acción médica en la institucionalización de la sífilis” versa sobre la respuesta estatal a la enfermedad, como también de otros grupos, materializada en establecimientos y programas dedicados a la educación profiláctica y a la intervención en los entornos de los enfermos y enfermas, entre otros.

La investigación que originó este libro tuvo sus últimas etapas de redacción y corrección el año 2020, mismo año en que la pandemia del Covid-19 alteró profundamente la sociedad, la economía, la política y la vida de las personas a nivel mundial. Los mismos temas que aparecen en esta investigación, volvieron a manifestarse: incertidumbre, desconocimiento sobre las características de la enfermedad, sus síntomas y complicaciones, ignorancia sobre el tratamiento y la esperanza por la cura definitiva, como una vacuna, vista como la única posibilidad de retomar la vida y la rutina habitual.

Luego de meses de cuarentena, alertas sanitarias y diversas restricciones, ha quedado demostrada la relevancia que una enfermedad y su propagación puede tener para cada individuo y para la sociedad en general. Los aciertos y desaciertos de las autoridades, la confianza en la ciencia, la impaciencia de la población, los anuncios

de medicamentos que prometen cura, las estadísticas de contagiadas y contagiados, las experiencias de otros lugares como ejemplos a seguir o no, entre otros temas, fueron recurrentes en las fuentes consultadas para esta investigación. En específico para la sífilis parecen haberse superado los problemas de su propagación con el descubrimiento y uso de la penicilina, pero su vigencia en aquella época y las características de nuestro presente, determinado por la pandemia, obliga a la reflexión sobre la importancia de la historia para comprender las opciones que las sociedades tienen frente a las crisis, sobre todo cuando su vulnerabilidad ha quedado expuesta por la enfermedad.