

## LA EXPERIENCIA DEL PARTO: DAR A LUZ EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE VALPARAÍSO (1894-1902)

### THE EXPERIENCE OF CHILDBIRTH: GIVE BIRTH AT THE SAN AGUSTÍN HOSPITAL OF VALPARAÍSO (1894-1902)

**Carolina Bravo G\***

Licenciada y Magíster en Historia.

Doctoranda en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.

Docente y Becaria CONICYT<sup>a</sup>

*Artículo recibido el 7 de agosto, 2012. Aceptado en versión corregida el 8 de octubre, 2012*

---

#### **RESUMEN**

*En el presente escrito abordaremos la experiencia del parto vivenciada por una importante cantidad de mujeres que optaron, en un determinado momento del estado de gravidez o ya iniciado el 'trabajo de parto', 'dar a luz' en el Hospital Materno-Infantil San Agustín de Valparaíso, dejando atrás la ayuda prestada por la 'empírica' partera; portadora de un acervo sociocultural aceptado y respaldado aún por las autoridades e instituciones del período. Más que ahondar en detalles relativos al contexto epocal, nos centraremos en mostrar los resultados alcanzados a partir del análisis de la información suministrada por las fuentes estudiadas (Boletines Clínicos y Estadísticos de la Maternidad). Resultados que nos hablarán del estado físico presentado por los recién nacidos, la cantidad de embarazos y partos experimentados por las gestantes antes de la actual atención, las ciudades de procedencia de las parturientas, entre otras consideraciones de índole descriptiva. Es así como las fichas clínicas nos remitirán a la asistencia médica de más de 5.000 mujeres que decidieron aceptar un tipo de ayuda profesional que solo se encontraba cuando se recurría a una sala de maternidad como la construida en el San Agustín al finalizar la década de 1880, en los inicios de la medicalización del parto. **Palabras clave:** Valparaíso, Hospital San Agustín, siglo XIX, experiencia del parto, medicalización.*

#### **ABSTRACT**

*In this paper we will address the experience of childbirth experienced by a significant number of women who chose to, at one point of the pregnancy state or already started the 'labor, 'give birth' at the San Agustín maternal and child Hospital of Valparaíso, leaving behind support provided by the "empirical" midwife; bearer of a socio-cultural heritage accepted and still endorsed by the authorities and institutions of the period. Rather than delve into details of the epochal context, we will focus on showing the results obtained from the analysis of information provided by the studied sources (Clinical and Statistical Bulletins of Motherhood). Results that will show us the physical condition presented by the newborn, number of pregnancies and births experienced by pregnant women before the current attention, precedence of the parturients, among others descriptive considerations. That is how the medical records will send us to the medical care of over 5000 women that accepted, one kind of professional help, found only when it involved a maternity ward as the built in San Agustín at the end of 1880, at the beginning of the medicalization of childbirth. **Key Words:** Valparaíso, San Agustín Hospital, nineteenth century, birth experience, medicalization.*

<sup>a</sup> El presente escrito se desprende de una investigación desarrollada durante el segundo semestre del año 2007 y el primer semestre del año 2008. Mientras se realizó este estudio, conducente al grado de Magíster, se contó con el apoyo de una Beca de Mantención otorgada por el Departamento de Estudios Avanzados de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

\* Correspondencia e-mail: carolina.bravogo@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Embarazo, 'dar a luz', parir, son estados fisiológicos y naturales privativos a toda mujer, aun cuando se hace necesario consignar que tales estados muchas veces se conciben como frutos de actos voluntarios –resultados de los distintos grados de 'cercanía' establecidos entre un hombre y una mujer– o, en su defecto, indeseados, dependiendo de los distintos grados de compromiso entablados entre una pareja, y que de alguna manera posibilitan la viabilidad del nacimiento de un futuro hijo. Ahondando un poco más en lo señalado, queremos referir que parir o 'dar a luz' un hijo se nos muestra como una experiencia femenina ('la experiencia del parto') que debemos observar a la luz de transcendentales transformaciones socio-culturales que, para nuestro caso, se relacionarán con nuestra sociedad, pero más específicamente, con la sociedad del Valparaíso de la última década del siglo XIX y el primer decenio del siglo XX; sociedad inmersa en el proceso de modernización finisecular, pero que a la vez debía convivir con los resquicios o permanencias de anquilosadas formas tradicionales de convivencia social<sup>b</sup>.

Hablamos claramente de permanencias y transformaciones evidenciadas a través del largo siglo XIX, pero observadas con mayor énfasis durante las últimas décadas

del mismo y el primer decenio del siglo XX. Importante es referir que algunas de aquellas transformaciones serán las relacionadas con la asistencia médica<sup>c</sup> que recibió un sinnúmero de mujeres y recién nacidos en la etapa previa, durante y después del parto, directa relación establecida entre la transición operada desde la atención del parto 'en casa', por una partera o comadrona, hasta la incipiente medicalización de este proceso fisiológico y natural asistido, por una matrona examinada y un médico obstetra, en un recinto hospitalario<sup>d</sup>. Se desprende de lo anterior una acotación que conviene señalar, pues ciertamente "no fue hasta que la medicina científica contó con la confianza de la población femenina y el número apropiado de médicos y matronas para cubrir la demanda asistencial de los partos, que las parteras se perfilaron como los agentes sanitarios más recurridos por las parturientas en Chile"<sup>5</sup>.

Con la profesionalización –a partir de mediados del siglo XIX– de la atención del parto y la medicalización del mismo, la incursión de los médicos en el campo de la obstetricia y las mejoras obtenidas en el campo de la higiene institucional, podemos hablar, a ciencia cierta, de una incipiente transformación operada en el campo de la atención médica de las mujeres al momento de 'dar a luz'<sup>e</sup>. Evolu-

b Por 'anquilosadas formas de convivencia social' debemos entender todo aquello que se relaciona con la resistencia a la atención médica –para el caso; la incipiente obstetricia– en lo relativo a las 'enfermedades de mujeres'. Complementamos esta idea con el discurso de Cavieres cuando nos relata que el Valparaíso de mediados del siglo XIX "conservaba aún bastantes rasgos tradicionales y que solo muy lenta y sectorialmente comenzaba a ingresar al mundo de las transiciones demográficas<sup>1,2</sup>. El autor estudia los procesos de cambio y modernización acontecidos en la ciudad-puerto a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Similares perspectivas de análisis, pero ahora derivadas del enfoque histórico propuesto por las teorías sobre migraciones y la demografía, encontramos en el texto de Estrada<sup>3</sup>. Ahora bien, un análisis centrado en la totalidad del territorio nacional, observamos en el libro de Ortega<sup>4</sup>.

c La evolución en el tratamiento o asistencia médica en el parto es lo que se ha convenido en denominar como 'medicalización' del mismo.

d 'Dar a luz' un hijo se nos muestra como una experiencia femenina íntima; toda vez que se ha llevado a cabo en la soledad más absoluta de un cuarto o un camastro perdidos en las quebradas del Valparaíso de fines del siglo XIX; pública cuando este acto, de naturaleza tan privada, se ha desarrollado frente a los ojos de una partera con experiencia –y en algunos casos sin ella– en las 'enfermedades de mujeres', o de un médico obstetra asistido por una matrona 'examinada'; ayuda que solo se encontraba cuando se recurría a una Sala Maternal como la construida en el Hospital San Agustín de Valparaíso.

e Según Zárate, "a inicios del siglo XX, la asistencia hospitalaria del parto representaba un porcentaje exiguo del número de nacimientos en el país. Sólo un poco más de 2.000 mujeres eran asistidas en la Casa de Maternidad de Santiago en

ción y mejora que se comienza a aceptar socialmente una vez que se concretiza la construcción de recintos hospitalarios dedicados específicamente al cuidado de madres e hijos durante los momentos de pre y posparto. Esta suerte de aceptación social se enmarca dentro de un fenómeno que ya hemos bosquejado, esto es, el proceso de medicalización acontecido de una manera paulatina en la asistencia del parto; proceso que ciertamente observaremos a través de los años fundacionales de una de las primeras entidades hospitalarias materno-infantiles del país: el Hospital San Agustín, erigido en la ciudad de Valparaíso gracias a las gestiones realizadas por Juana Ross de Edwards. Y es a lo largo de los primeros Boletines Clínicos redactados y firmados indistintamente por matronas examinadas y médicos obstetras, que proponemos conocer algo más sobre aquellas mujeres que optaron, en un determinado momento del estado de gravidez o ya iniciado su trabajo de parto, por dar a luz en este hospital de reciente fundación, dejando atrás la ayuda prestada por la empírica partera. Es así como la constatación de lo acontecido al interior del hospital con nuestras parturientas y sus hijos una vez que deciden cruzar el ‘umbral’ que separa la calle de las puertas de la maternidad, se instituye en la principal consideración a estudiar, toda vez que tal presupuesto nos acerque a la propia ‘experiencia de parto’.

## **METODOLOGÍA**

Esta investigación contempló el estudio de los *Boletines Clínicos de la Maternidad* (19 en total) pertinentes a los nueve primeros años (1894-1902; años que en su conjunto fueron agrupados en trienios a modo de facilitar el análisis de la muestra documental) de funcionamiento del Hospital

materno-infantil San Agustín. En cada boletín se encontró detallado caso por caso –y en un total de cuatro planas dedicadas a cada caso– el ingreso individual de todas las parturientas que dieron a luz en la institución pública porteña; especificación detallada que, por lo demás, contempló desde el lugar de procedencia de la interna hasta la más mínima complicación ocurrida –e inmediatamente consignada– durante el trabajo de parto. Para tales efectos se construyó una base de datos ‘tipo’ estructurada sobre la base de filas y columnas especialmente elaboradas para recoger aquello que se consideró como más esencial, a la vez que consignado por cada caso clínico de los referidos documentos fuentes.

## **MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN Y PARTURIENTAS**

La Maternidad del Hospital San Agustín comenzó a prestar sus servicios a la comunidad el día 15 de abril del año 1894. Conviene referir que en sus tres primeros años de funcionamiento, la maternidad del San Agustín consignó dentro de sus dependencias la totalidad de 1.077 atenciones médicas de partos; cantidad exigua si observamos las cifras relativas a la población de aquella época, pero no por eso menos importante si se tiene presente el hecho de que esta fue una de las primeras instituciones públicas que se dedicó por entero al cuidado de parturientas, recién nacidos y niños en su primera infancia. Se desprende de lo anterior que el número de atenciones médicas fue aumentando con el paso de los años; situación posible de ser verificada a través del aumento de atenciones consignadas para los años de 1897, 1898, 1899 y 1900, 1901 y 1902<sup>f</sup> y

---

1899 (...) La asistencia médica que las mujeres recibieran en ese momento crucial de sus vidas (el parto) constituía el punto de partida vital, en una época en que el control médico previo al parto o prenatal era, prácticamente, solo una proposición retórica, sin posibilidades de ser ejercida, tanto por factores culturales como materiales”<sup>6</sup>.

f En los volúmenes respectivos, podemos contabilizar un promedio aproximado de 700 casos por año (considérese el hecho de que en muchas ocasiones existe más de un volumen, con casos clínicos, por año); situación nada despreciable si se tiene en cuenta que durante los primeros años de funcionamiento del hospital (1894 con dos volúmenes, 1895 y 1896 con tres volúmenes, más

que nos demuestra, de alguna manera, la importancia que estaba adquiriendo la medicalización del parto y la aceptación de la existencia de un recinto asistencial creado específicamente para llevar a un buen término esa ‘experiencia’.

Durante los primeros años (1894-1902) de funcionamiento, la maternidad, sus médicos obstetras y matronas examinadas, lograron prestar atención de urgencia a un total de 5.116 ‘parturientas’; asistencias que, a su vez, quedaron completamente registradas en los Boletines Clínicos<sup>9</sup> de la propia maternidad.

## RESULTADOS

Las gestantes atendidas durante los años en cuestión consintieron en aceptar los beneficios reportados por la atención médica prestada a un embarazo o trabajo de parto complejizado, clara referencia al proceso de medicalización acontecido en la asistencia del parto. Ahora bien, si las referidas parturientas llegaron o no horas antes de producirse la ruptura de la ‘bolsa de las aguas’ (situación excepcional) o “esperaron el máximo tiempo posible en sus casas con la esperanza de ser auxiliadas por parteras o por quienes estuvieran disponibles”<sup>7</sup>, no se constituyó en un tema trascendental –pero sí transversal– a la hora de realizar nuestro análisis, pues bien

---

uno que se encuentra perdido, indistintamente para cada año) las atenciones médicas bordearon los 300 casos. Mención especial merece el último año de nuestra investigación, que presentó una totalidad de 815 asistencias.

g Muestras documentales que por lo demás comprenden los nombres de las parturientas, sus edades, los lugares de procedencia (nacimiento), profesiones, alusiones a su estado civil; la cantidad de hijos que concibieron antes de su actual llegada al hospital, las enfermedades que contrajeron en su infancia o adolescencia, información relativa al embarazo, como ser, edad de gestación, registros de movimientos del feto, accidentes y complicaciones atribuibles al estado preñez; y por último, todo lo relativo a los ‘recién nacidos’, esto es: nombre (en caso de que se registre), estado físico al nacer, peso, longitud y caída del cordón umbilical (día).

podimos percibir, a través de las relaciones dejadas por las matronas y médicos obstetras, que la realidad vivenciada indistintamente por nuestras mujeres condicionó su acercamiento a la sala maternal cuando el trabajo de parto se encontraba ya iniciado (princiándose este en casa o en la misma calle) o cuando, siendo atendidas en casa por médico o partera, eran derivadas a la maternidad a causa de la imposibilidad de ejecutar maniobras extractivas del feto. Así lo vemos en la siguiente reseña:

“La interna se presenta en la sala después de haber perdido las aguas tres días antes. El feto vivo aún, pero perdiendo ya algo de meconio, presentación del plano lateral izquierdo siendo el hombro de ese lado el que se presenta. Al llegar a la maternidad se nota que no hay líquido amniótico en el útero (...). Se cloroformó a la parturienta y se procedió a dilatar con la mano el cuello del útero (...). Por la mañana se extrajo al niño que apenas daba signos de vida. A pesar de todo los medios empleados para reanimarlo, a los dos minutos se notó que el corazón no latía”<sup>8</sup>.

Como vemos, la mujer que refiere este caso se hace presente en la maternidad del San Agustín con un trabajo de parto iniciado hace tres días. La pérdida del líquido amniótico (pérdida de “las aguas”) nos adelanta el resultado de este parto; trabajo que claramente concluyó con el nacimiento de un niño “asfijado” y con muy pocas probabilidades de vida extrauterina. Ciertamente debemos señalar que en el transcurso de nuestra investigación nos encontramos con muchos casos similares al expuesto; casos en los que abundaron las reseñas de mujeres que esperaron parir a sus hijos en sus propias casas, ya sea por la comodidad que les reportaba –si su condición física así lo permitía– el poder controlar y vigilar la administración doméstica y a los hijos<sup>7</sup>, o por continuar con la recepción de los ingresos percibidos por los trabajos realizados en casa, labores que exigían cierto nivel de actividad.

Es así, entonces, como podemos comprobar que ‘el dar a luz en casa’ se constituyó en una situación demandada por este sector de la población; situación que, en muchas ocasiones, trajo consigo más de un peligro como el observado a través del siguiente ejemplo:

“Esta parturienta estuvo sometida en su casa a continuadas intervenciones manuales, tanto de parte de la matrona como del médico. Persuadidos estar al frente de una presentación viciosa, hacían esfuerzos de versión interna i vista la inutilidad de tales tentativas, la enferma se hace conducir a la maternidad. Llega con los síntomas de una infección i temperatura de 38.8, silencio a la auscultación i por consiguiente feto muerto. Es indudable que la reiterada e infructuosa intervención por error de diagnóstico, fue la causa de la muerte del feto”<sup>9</sup>.

Siguiendo con el planteamiento propuesto, conviene referir que una de las características más trascendentales del análisis de la muestra se estructura a partir de la verificación del lugar de procedencia de las mujeres asistidas en la maternidad del Hospital San Agustín. Al observar la Tabla 1, notamos que prevalecen ciudades como Valparaíso, Santiago, San Felipe, Quillota, Limache, Casa Blanca, Los Andes, Talca, Constitución y La Serena. Junto a lo descrito, se hace necesario especificar aquel ítem que se relaciona con la consignación de una gran cantidad de casos procedentes de diversas localidades que hacen alusión, tanto a zonas difíciles de identificar desde nuestra actualidad geográfica, como a aquellos registros en los cuales ‘no se especifica lugar de procedencia’ (2.1%); constatación que, por lo demás, era rati-

**Tabla 1:** *Lugar de procedencia de las mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902).*

<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Aconcagua	62	1.1	Melipilla	61	1.0
La Calera	45	0.8	Ovalle	30	0.5
Casa Blanca	146	2.5	Petorca	36	0.6
Catemu	55	0.9	Puchuncaví	20	0.3
Cauquenes	31	0.5	Putendo	46	0.8
Chillán	49	0.8	Quillota	232	4.0
Concepción	71	1.2	Rancagua	67	1.1
Constitución	103	1.8	San Felipe	246	4.2
Copiapó	45	0.8	San Fernando	53	0.9
Coquimbo	25	0.4	Santiago	775	13.0
Curacaví	40	0.7	Talca	120	2.1
Curicó	68	1.2	Valparaíso	1040	18.0
Illapel	55	0.9	Vichuquén	21	0.4
La Ligua	68	1.2	No consigna	120	2.1
La Serena	85	1.5	Otros lugares	1579	27.0
Limache	167	2.9	Extranjeros	86	1.5
Llaillay	58	1.0	<b>Total</b>	<b>5.839</b>	<b>100.0</b>
Los Andes	134	2.3			

ficada por la propia 'interna' que muchas veces desconocía el lugar de su nacimiento. Tomemos como ejemplo el caso de "una joven, de 20 años de edad, empleada de oficio y embarazada por segunda vez, que no consigna lugar de procedencia, y quien fija su fecha de ingreso a la maternidad en el día 9 de marzo del año 1901"<sup>10</sup>. Ciertamente, los índices referidos en la Tabla 1 nos hablan de la alta tasa de migración interna registrada concretamente en la zona geográfica estudiada, esto es, la ciudad de Valparaíso entendida como centro que atrajo a una gran cantidad de migrantes provenientes de localidades ubicadas al interior de la misma provincia e indistintamente para personas provenientes del resto del país.

El enfoque migratorio transnacional, análisis que, a su vez, dice relación con las 'asistencias de partos' de mujeres de procedencia extranjera avecinadas en la ciudad de Valparaíso o sectores aledaños, y que optaron por "dar a luz" en esta institución, queda reflejado en la Tabla 2. Se hace necesario señalar que las cifras, para este caso, no siempre fueron muy significativas, en lo que a cantidad se refiere. No obstante, la valoración asignada a este ítem sobrepasa a lo meramente cuantitativo y a las propias teorías sobre migración, toda vez que la consideración de este constructo se ha estudiado a la luz de la cualificación y relevancia que reviste el hecho de com-

probar la existencia de un cierto grupo de mujeres 'oriundas de distintas partes del mundo' que una vez instaladas en el país y en la ciudad puerto en un determinado momento de sus existencias, decidieron formar una familia y posiblemente casarse, desempeñar un oficio y, finalmente, embarazarse y tomar la decisión de "dar a luz" en la maternidad del Hospital San Agustín. Así lo constatamos a través del caso de una mujer "natural de Inglaterra, de 42 años de edad, sin ocupación aparente, que llegó para internarse en la sala maternal y a dar a luz a su hijo número 14"<sup>11</sup>. De sus embarazos anteriores la señora solo nos refiere que "conserva cuatro hijos vivos, pues los otros nueve se le han muerto a edades no especificadas". También tenemos el caso de una joven "de 16 años, natural de España, dueña de casa y que llegó a la maternidad a "dar a luz" a su primer hijo"<sup>12</sup>, el cual nació completamente sano. O el caso de una mujer "de 22 años, oriunda de Argentina, doméstica y que llegó a la maternidad para recibir la asistencia obstétrica de su primer embarazo"<sup>13</sup> que dio como resultado el nacimiento de un bebé vivo y sano. Y, finalmente, el caso de una joven "de nacionalidad peruana, con 25 años de edad, dueña de casa y que llegó a internarse a la maternidad el día 29 de noviembre del año 1902 para "dar a luz" a su cuarto hijo"<sup>14</sup>; trabajo de parto que dio como resultado el nacimiento de una bebé de término viva y sana.

**Tabla 2:** Lugar de procedencia de las mujeres (extranjeras) atendidas en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902)

Extranjeras	N°	%
Argentina	21	24.0
Austria - Hungría	1	1.0
Bolivia	7	8.0
Ecuador	1	1.0
España	9	10.0
Francia	7	8.0

Extranjeras	N°	%
Inglaterra	6	7.0
Italia	7	8.0
Perú	25	29.0
Suiza	2	2.0
Total	86	100.0

Otra singularidad aportada por las mujeres atendidas en el San Agustín, la encontramos en la consignación del oficio u ocupación desempeñada por cada una de las parturientas que decidieron aceptar los servicios asistenciales prestados por la institución médica. Este dato de carácter social nos permitió establecer, entre otras cosas, una suerte de acercamiento a la condición social de nuestras gestantes; mujeres que en su mayoría constataron realizar algún ‘trabajo’ remunerado fuera o dentro del hogar. Ese el caso de las 1.469 (28.7%) parturientas que afirmaron desempeñar el oficio de ‘costureras’ (Tabla 3). La segunda constatación en escala de jerarquía fue la relacionada con aquellas 734 mujeres que afirmaron ser ‘dueñas de casa’ (14.3%). Ahora bien, conviene referir que las gestantes que señalaron ser amas de casa tendieron a establecer una

relación que, en ocasiones, se condecía con el estado civil otorgado a la mujer que contrae el vínculo matrimonial, esto es: la condición de ser una ‘mujer casada’, situación susceptible de ser comprobada a la luz de los conceptos y descripciones abordados por las fichas clínicas. A modo de ejemplificar lo expuesto, veamos lo siguiente:

“Recibí a esta enferma en periodo de expulsión a las 2:45 am del 27 de diciembre de 1900. La bolsa de las aguas no se había roto, la rompí cuando la cabeza ya había franqueado la vulva i enseguida se verificó el alumbramiento que tuve que ligar el cordón con la placenta fuera de la vulva (...). Disentería desde 15 días antes del parto. Esta mujer no se va sana, por pedido del marido i de ella se le deja salir en un estado de gravedad bastante alarmante”<sup>15</sup>.

**Tabla 3:** Oficios desempeñados por las mujeres asistidas en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902).

Ocupación	Nº	%
Aparadora	122	2.4
Cigarrera	69	1.3
Cocinera	536	10.5
Costurera	1.459	28.5
Doméstica	603	11.8
Dueña de casa	734	14.3
Empleada	124	2.4

Ocupación	Nº	%
Lavandera	599	11.7
Ninguna	489	9.6
No aparece	253	4.9
Planchadora	51	1.0
Otras	67	1.3
Total	5.116	100.0

Asimismo, encontramos entre las asistencias médicas consignadas una clasificación ‘profesional’ que en muchas ocasiones pudo relacionarse directamente con la ocupación de ‘dueña de casa’, esto es, el oficio que tenía como principal quehacer a realizar, las ‘labores de servicio doméstico’. La denominación, en lo absoluto desdeñosa, se explicaba a partir de contexto epocal expresado en

las fichas médicas, por las parturientas y sus familias (en caso de que estas existieran). El desempeñar tareas de servicio doméstico tenía directa relación con el trabajo realizado por una mujer en las dependencias de un grupo familiar distinto al de ‘origen’, pero a la vez, también se observó la salvedad que decía relación con las tareas domésticas desarrolladas al interior de la propia habitación o vi-

vienda, como es el caso de las mujeres 'dueñas de casa'. Así entonces, podemos correlacionar la condición de 'doméstica' (ocupación que contempló un total de 603 consignaciones, iguales al 11.8%) con las labores realizadas por una 'ama de casa'. Por último, debemos mencionar las atenciones de parturientas que afirmaron desempeñar el oficio de 'lavandera' (con 599 casos consignados, iguales al 11.7%) y las 536 (10.5%) mujeres de ocupación 'cocineras'; confirmándose, a su vez, la relación establecida entre la condición social de las mujeres estudiadas y la finalidad que impulsó la creación de la sala maternal del Hospital San Agustín: dar asilo y protección a todas las parturientas pertenecientes al sector más desvalido de la población<sup>h</sup>. Un presupuesto importante que se une a la consignación anterior, es el que dice relación con los 'antecedentes

patológicos' consignados por nuestras parturientas. El tópico de la enfermedad<sup>i</sup> (Tabla 4), afrontado por la sociedad del Valparaíso –para nuestro caso, las mujeres embarazadas y pertenecientes a esa sociedad– de la última etapa decimonónica, tenía muchos elementos de construcción social; es decir, se veía a la enfermedad como una suerte de representación cultural y social, en donde “la sintomatología (dolencias o malestar), el tratamiento y los pronósticos se constituían en factores relevantes para comprender la idea que la sociedad tenía sobre sus propios ritmos vitales”<sup>16</sup>. Qué se concibe como enfermedad a partir de 'sintomatologías' y que no, se puede apreciar cabalmente a través de nuestras consignaciones clínicas. Para graficar lo expuesto, podemos reseñar los casos de una joven “costurera, de 27 años de edad, natural de la ciudad de Quillota, quien dijo haber experimentado en algún momento de su vida antes del actual embarazo *fiebres*<sup>17</sup>. O el caso de otra mujer “de 27 años, nacida en la ciudad de Valparaíso, planchadora de oficio y que le consignó a la matrona de turno sufrir en variadas ocasiones *neuralgias*<sup>18</sup>.

h El resto de las gestantes atendidas en la maternidad durante los años comprendidos por los Boletines Clínicos estudiados afirmaron realizar trabajos como ser: Aparadora, planchadora, cigarrera, “empleada” o, en su defecto, la consignación, especificada por las propias mujeres, que se correlaciona con la afirmación de “no desempeñar ninguna ocupación aparente”, con 489 casos clínicos. Distinta es la situación de aquellas mujeres que no señalaron ocupación (253 mujeres), como categoría de análisis centrada en la ‘no consignación’ de información alguna en la respectiva ficha clínica.

i Fenómeno histórico-cultural que además tiene manifestaciones materiales y biológicas.

**Tabla 4:** Registro de las enfermedades consignadas por las mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902).

Enfermedades	N°	%	Enfermedades	N°	%
Viruela	611	11.9	Alfombrilla, viruela	79	1.5
Alfombrilla	535	10.5	Pulmonía, alfombrilla	70	1.4
Influenza	229	4.5	Escarlatina	64	1.3
Reumatismo	143	2.8	Influenza, alfombrilla	64	1.3
Pulmonía	140	2.7	Membrana	52	1.0
Fiebre tifoidea	117	2.3	Otros	492	9.6
Influenza, viruela	109	2.1	No presenta	2223	43.5
Corazón	104	2.0	Total	5116	100.0
Erisipela	84	1.6			

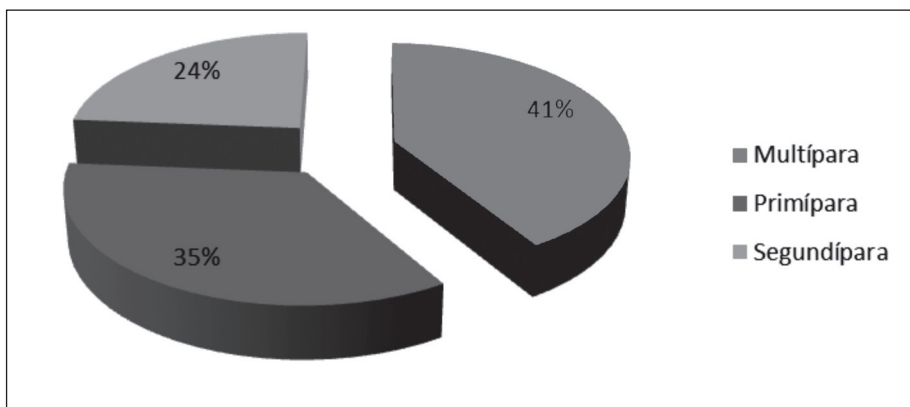


Distinta fue la situación observada a partir de aquellas enfermedades que en un período determinado de la historia del Valparaíso de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se constituyeron en verdaderas epidemias estacionales. Ese es precisamente el caso de la viruela (11.9%) y la alfombrilla (10.5%), enfermedades que, por lo demás, contemplaron la mayor cantidad de consignaciones, desplazando a una segunda categoría enfermedades como la influenza y la pulmonía. Ejemplo de lo hasta ahora expuesto serían los casos de una joven “natural de la ciudad de Talca, con 23 años de edad y que señaló haber experimentado la peste ‘alfombrilla’ en algún momento de su existencia”<sup>19</sup>, o el caso de la señora “nacida en la ciudad de Quillota, de 25 años, y que también confirmó haberse contagiado de alfombrilla”<sup>20</sup>. Para el caso de *la peste* (viruela), podemos citar a una mujer “que nos relata haber experimentado la peste en algún momento de su vida anterior al presente trabajo de parto”<sup>21</sup>, y el caso de una mujer “natural de San Felipe, de 30 años de edad y que también afirmó haber sobrevivido a la viruela”<sup>22</sup>. El resto de las referencias deben ser analizadas a luz del ítem denominado en la Tabla 5 como ‘no presenta enfermedad; registro que nos arroja un 43.5% de casos en los cuales una mujer afirmó ‘no

presentar ningún tipo de enfermedad’ antes de llevarse a cabo la actual asistencia médica.

La consideración del número de embarazos y partos aseverados por cada una de las mujeres admitidas en la sala maternal del hospital, durante la época en cuestión, es lo que podemos observar en el Gráfico 1. A través de la especificación *tipológica* se nos hizo posible interpretar el número de hijos nacidos vivos, nacidos muertos, embarazos a término (que claramente concluyen en el acto fisiológico del parto) y partos prematuros; los embarazos ‘no viables’ y los embarazos ‘interrumpidos’ que no llegan a término (clasificados como ‘abortos’). Citemos como ejemplo el caso de una joven “de 24 años, natural de San Felipe, dueña de casa y que se internó en la maternidad para recibir la asistencia obstétrica de su embarazo primíparo”<sup>23</sup>. Al constatarse, en la gestante, las ‘expresiones sifilíticas’, se hace evidente y esperable el nacimiento de un bebé ‘muerto macerado’, situación que se corrobora con el nacimiento de un bebé de ocho meses y medio portador de sífilis congénita. De la joven madre podemos decir que obtuvo alta médica al finalizar el noveno día de puerperio. Similar situación observamos en el caso de una mujer “de 23 años de edad, nacida en Santiago, dueña

**Gráfico 1:** Registro de embarazos y partos consignados por las mujeres asistidas en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902).



de casa y que llegó a la maternidad para recibir la asistencia obstétrica atingente al parto de su segundo hijo<sup>24</sup>; trabajo que dio como resultado el nacimiento de un bebé prematuro de siete meses ‘muerto macerado’. La sífilis, referida en nuestras fuentes como una enfermedad contraída por la gestante en algún momento de su vida, fue la causante de la muerte intrauterina de este feto y, posiblemente, de la muerte prematura (a los ocho meses de vida) de su primer hijo. Distinta situación observamos en la atención de una mujer “de 30 años de edad, natural de la ciudad de Puchuncaví, de ocupación costurera y que llegó a internarse a la maternidad del San Agustín para *parir* a su tercer hijo<sup>25</sup>; trabajo de parto que dio como resultado el nacimiento de un bebé de término vivo y sano que obtuvo alta médica (junto a su madre) una vez concluido el octavo día de puerperio materno. De los embarazos y partos anteriores, la parturienta dejó la constancia de que fueron a término, y que dieron como resultado el nacimiento de dos hijos ‘vivos y sanos’ que le viven hasta el actual registro de este tercer trabajo de parto.

La experiencia del parto llevada a cabo por cada una de las gestantes asistidas durante los nueve primeros años de funcionamiento de la sala maternal del San Agustín, dio como resultado el nacimiento de una gran cantidad de niños y niñas (Tabla 5), que dejaron consignados en cada una de las fichas clínicas pertinentes a los Boletines de la maternidad el ‘estado físico’ presentado al ‘momento de nacer’, fuese este estado igual al nacimiento de un bebé ‘vivo’ y ‘sano’, situación que pudo resultar indistintamente de un embarazo llevado a término o de un parto ‘prematuro’, o, en el peor de los casos, igual a un niño que nació ‘muerto macerado’ (situación provocada por la sífilis heredada de la madre), un feto ‘no viable’ o no compatible con la vida porque presentó algún tipo de enfermedad congénita, niños que murieron durante el trabajo de parto (a causa de la extenuante prolongación de un parto que concluyó con la asfisia del feto en gestación o de término), y finalmente, el peor desenlace de un embarazo que no llegó a término: el aborto (provocado o espontáneo) que en muchas ocasiones dio paso a un ‘aborto macerado’.

**Tabla 5:** Estado físico presentado al momento de nacer en la Maternidad del Hospital San Agustín (1894-1902).

Estado físico	N°	%	Estado físico	N°	%
Sana	1.961	38.3	Uno vivo, uno muerto	9	0.2
Sano	2.165	42.3	Enfermedades	121	2.4
Sanos	29	0.6	No viable	14	0.3
Nacen muertos	92	1.8	Muerte trabajo parto	45	0.9
Muertos macerados	240	4.7	Asfisiados	110	2.2
No consigna	34	0.7	Debilidad congénita	59	1.2
Aborto	128	2.5	Con sífilis	22	0.4
Aborto macerado	87	1.7	Total	5.116	100.0

Los abortos, abortos macerados e incluso los niños nacidos ‘muertos macerados’ deben entenderse bajo la perspectiva delineada por la presencia de una enfermedad infecciosa multisistémica que se situó en un sitio preferencial, no precisamente por la gran cantidad de consignaciones devenidas de la información aportada por los documentos estudiados, sino, más bien, por las graves implicancias que tal enfermedad ocasionó, tanto en las gestantes como en sus fetos en gestación, e incluso recién nacidos de término. Nos referimos a la ‘sífilis’<sup>j</sup>, enfermedad portada

j Desde el punto de vista médico y científico imperante en la década de 1920, podemos decir que la sífilis “se produce por la penetración del espiroquete pálido en el tegumento (membrana, cutícula) externo, o en las mucosas de las aberturas naturales del cuerpo: boca, vulva, ano, uretra. La primera manifestación evidente de la sífilis se halla constituida por la esclerosis inicial (chancro duro). Esta lesión primaria se presenta en el punto por donde el espiroquete ha penetrado en el organismo. Aparece aproximadamente a los 21 días de contraída la infección. El periodo de tiempo comprendido entre el momento de contraer la infección y la aparición de la esclerosis inicial se denomina primer periodo de incubación de la sífilis. Pero ya mucho antes de la lesión primaria el agente productor de la sífilis se ha difundido por todo el organismo. La esclerosis inicial no representa, por consiguiente, el comienzo de la sífilis, sino únicamente la primera manifestación de la alergia sifilítica, la histo-reacción orgánica al virus sifilítico, o como se decía antes, la primera manifestación de la sífilis constitucional (...). La infección sifilítica se adquiere en más de nueve décimas partes de los casos, por lo menos en los países civilizados, por relaciones sexuales. De aquí que la localización genital de la esclerosis inicial sea la más frecuente. En las tres cuartas partes de los casos, en el hombre, la localización del chancro es subprepuccial, y en los casos en los que el prepucio falta, se asienta en el surco balanoprepucial, o en el glande; muy rara vez se encuentra en el cuerpo del pene, en su raíz entre el pene y el escroto o en la pared abdominal, o en el mismo escroto. También es muy frecuente la localización de la esclerosis inicial en el meato urinario y en los dos primeros centímetros de la mucosa uretral (...). La esclerosis inicial puede presentarse en cualquier región del cuerpo, desde la cabeza a los pies (...). Localizaciones más frecuentes de la esclerosis extragenitales: labios, cavidad bucal, amígdalas, lengua y encías, nariz, faringe, cavidad nasal; pecho y pezón; dedos y

por una reveladora cantidad de parturientas que en la mayoría de los casos estudiados no se encontraban concientizadas al respecto, a la vez que heredada por fetos engendrados en el claustro materno. Asimismo, el mal sifilítico, presente indistintamente en madres e hijos, logró alcanzar un registro que se centró en la cantidad de 349 (6.8% de 5.116 consignaciones) asistencias de partos que dieron como resultado el nacimiento de un bebé (de término o prematuro) muerto macerado a causa de la sífilis congénita heredada de la madre, niños nacidos vivos (de término o prematuros), pero con claros indicios de sífilis congénita o trabajos de partos interrumpidos que terminaron en un ‘aborto con feto muerto macerado’.

Conviene señalar que solo a partir del año 1900, logramos encontrar consignaciones concretas y alusivas a la condición de ‘parturienta portadora de sífilis’; mujeres que en su mayoría se encontraban bajo el tratamiento antisifilítico imperante en la época. No obstante lo anterior, debemos referir que las gestantes portadoras de la mencionada enfermedad venérea que dieron ‘a luz’, cuando así fue el caso, a hijos muertos macerados o que *parieron* niños con claras manifestaciones del exantema sifilítico en la piel, durante los años anteriores a 1900, no consintieron en identificarse como ‘portadoras de sífilis’, ya sea por encontrarse cada una de ellas en el más absoluto desconocimiento de su condición física actual, o en su defecto, por creerse ya curadas de un ‘mal’ que las había aquejado en el pasado.

La sífilis observada en las parturientas y sus hijos durante el decurso de los años comprendidos por esta investigación se constituyó en un problema de muy difícil solución; condición a la que además debían unirse las nefastas implicancias que tal enfermedad conllevaba, tanto en las madres como en los fetos en gestación.

resto de la mano; ojos, orejas, cuero cabelludo, frente, sienes; cuello, mentón y mejillas; brazos y piernas; tronco”<sup>26</sup>.

Nos referimos expresamente a las consecuencias acarreadas por la sífilis congénita, mal hereditario que pudimos apreciar a partir de la gran cantidad de referencias relativas a los nacimientos de bebés ‘muertos macerados’, recién nacidos portadores de sífilis y partos que no llegaron a término, derivando, a su vez, en ‘abortos con fetos muertos macerados’. Se desprende de lo anterior que la ‘sífilis materna’ era entendida, a la vez que asumida, como una enfermedad de tan gravísima trascendencia porque atacaba al feto muy frecuentemente y/o causaba ya su muerte dentro del útero, o trastornaba su salud de tal manera que el hijo de padres sífilíticos que nació vivo poseía una energía vital muy reducida. Las consecuencias de la sífilis para la descendencia eran tanto más importantes cuanto que varios hijos de la misma mujer podían ser víctimas de la infección y, sobre todo, porque ocurre con frecuencia que la enfermedad de la madre se manifieste por vez primera con el parto de un hijo sífilítico<sup>26</sup>. Ciertamente, la sífilis pasaba al feto en gestación exclusivamente desde el organismo de la madre infectada por vía ‘transplacentaria’<sup>27</sup>, provocando la serie de manifestaciones físicas y complejidades sistémicas que pudimos contemplar en cada uno de los casos estudiados. Las manifestaciones sífilíticas susceptibles de ser apreciadas en el feto portador del mal congénito se presentaron en una importante cantidad de registros consignados desde los primeros años de funcionamiento de la maternidad del Hospital San Agustín. Claro ejemplo de lo expuesto sería lo siguiente:

“Descamación de las manos y de los pies. El cordón no latía y de color verde oscuro. Diagnosticamos sífilis hereditaria”<sup>28</sup>.

“La cutis del feto se desprendía al friccionarlo, como cuando ha habido flictenas sífilíticas”<sup>29</sup>.

“En las manos y pies numerosas flictenas i la mayor extensión de la cutis amoratada. Falleció media hora después de nacer. Es seguro que la infección sífilítica es la causa del nacimiento prematuro i muerte del recién nacido”<sup>30</sup>.

En los tres casos referidos observamos que las acotaciones realizadas nos hablan de la presencia de una ‘sífilis heredada de la gestante’. Las características que indicarían la presencia del mal venéreo estarían claras: flictenas sífilíticas, descamaciones en palma de las manos y planta de los pies (pénfigo sífilítico), desprendimiento de la piel al tacto, entre otras; condiciones que, en la mayoría de los casos, causaban la muerte intrauterina del feto en gestación o provocaban la muerte, durante las primeras horas y días de nacidos, de los niños de término.

Ciertamente fueron numerosas las asistencias en donde pudimos corroborar el nacimiento de un bebé vivo y sano. Sin embargo, también es cierto que a través de los datos recogidos a partir de las historias clínicas estudiadas pudimos corroborar la significativa cantidad de recién nacidos que hallaban la muerte en el transcurso del puerperio materno. Lo expuesto nos hace suponer que la muerte prematura de una gran cantidad de ‘hijos’ era considerada –tanto por nuestras mujeres como por la realidad sociocultural del período– como un ‘hecho natural’, una suerte de experiencia que se debía vivir, sufrir, sobrellevar y olvidar (dejar atrás para poder seguir adelante con la propia vida) por cada una de las integrantes de esta historia.

## CONCLUSIONES

Nuestras mujeres, sus experiencias de vida reflejadas al *trasmir* de las fichas clínicas y las motivaciones que coadyuvaron el acercamiento a la maternidad del Hospital San Agustín, se revelaron como la estructura analítica del discurso desarrollado en las páginas anteriores. Discurso delimitado –sustentado– por la realidad porteña del período comprendido por los años 1894 a

1902, el basamento socio-económico, las imágenes y construcciones que se tenían sobre enfermedades como la sífilis durante el período, los índices de nacimientos, mortinatos, abortos y demás proporcionados por nuestras gestantes y sus recién nacidos (cuando así fue el caso), entre otras facetas; características todas que indudablemente formaron parte de las vivencias constatadas por 'nuestras mujeres' y recogidas a través de la mano de 'otras mujeres' –*las Matronas examinadas*– que consignaron en cada una de las fichas médicas, contempladas por nuestro estudio, aquellas 'experiencias de vida'.

De este modo, se nos hizo posible reconstruir, a través de las atenciones médicas aquí referidas, *la experiencia del parto* desarrolla por cada una de las mujeres que aceptaron –en algún momento de su etapa gestacional– los servicios prestados por la institución médica porteña, en los inicios de la medicalización del parto. Fue, sin duda, a través de las fichas médicas recopiladas por los Boletines Clínicos pertenecientes a la maternidad que pudimos aprehender algo más sobre las vivencias experimentadas por nuestras parturientas y sus hijos al interior del San Agustín, connotaciones que trascendieron a la mera constatación de 'datos', pues posibilitaron la reconstrucción de una breve historia que, en ocasiones, superó a los límites asistenciales impuestos por el Hospital. Referente que tenía su asidero en las raíces de aquella sociedad porteña finisecular identificada, paradójicamente, con la avanzada del progreso económico y, al mismo tiempo, con el pauperismo material y cultural de una gran cantidad de mujeres (y tras de ellas, sus redes familiares) que, en un principio, se negaron a aceptar los cambios operados en la asistencia médica del embarazo y del parto; toda vez que tal 'prestación de servicio' conllevó, intrínsecamente en su causa originante, la atención de aquel sector 'más desvalido'.

Ahora bien, como pudimos comprobar en los pasados acápite, no fue este el caso de las mujeres comprendidas por este estudio, pues pudimos corroborar que

el aumento sustancial de consignaciones observadas, año tras año, se correspondía con el incremento de 'asistencias obstétricas' de mujeres que, en un determinado momento de su vida y de su etapa gestacional, decidieron aceptar (no importando motivos y circunstancias) la atención médica de su embarazo actual y *cruzar el umbral* que separó a la calle de las puertas de la sala Maternal del Hospital San Agustín.

Nos referimos abiertamente al proceso de medicalización en la asistencia del parto y al propio incremento, por parte de las mismas gestantes, en la aceptación social de este proceso que implicaba recibir la atención obstétrica de un embarazo en un recinto hospitalario dedicado específicamente al cuidado de madres e hijos durante los momentos de pre y posparto, suerte de espacio referencial que claramente ofició de antesala del principio o fin (nacimientos y muertes) de las experiencias de vida hasta ahora reseñadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Cavieres E. Valparaíso en la segunda mitad del siglo XIX. Historia urbana y aproximaciones demográficas. Valenzuela J, editor. Historias urbanas. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile; 2007. p. 132.
- <sup>2</sup> Cavieres E. Salud pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960. Santiago, Chile: Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile; 1999. Cuadernos de Historia: 19.
- <sup>3</sup> Estrada B. Poblamiento e inmigración en una ciudad-puerto. Valparaíso 1820-1920. Sociedad y Economía en el Siglo XIX. Valparaíso, Chile: Instituto de Historia, Universidad Católica de Valparaíso; 2000. Serie Monografías Históricas: 12.
- <sup>4</sup> Ortega L. Chile en ruta al capitalismo. Cambio, euforia y depresión, 1850-1880. Santiago, Chile: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos; 2005.
- <sup>5</sup> Zárate, MS. Parto, pobreza y crianza en Chile. En: Gazmuri R y Sagredo C, editores. Historia de la vida privada en Chile. El Chile contemporáneo de 1925 hasta nuestros días. Santiago, Chile: Taurus Aguilar; 2007.

- <sup>6</sup> Zárate MS. Madres y ciudad. La red urbana de asistencia obstétrica. Santiago, 1900-1945. En: Valenzuela, J. editor. *Historias Urbanas*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile; 2007. p. 324.
- <sup>7</sup> Zárate, MS. Dar a luz en Chile. De la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica. Santiago, Chile: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos; 2007. p. 417.
- <sup>8</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, Caso 41. Valparaíso, Chile: 1894.
- <sup>9</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, Caso 175. Valparaíso, Chile: 1896.
- <sup>10</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 132. Valparaíso, Chile: 1901.
- <sup>11</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 174. Valparaíso, Chile: 31 de marzo de 1901.
- <sup>12</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 503. Valparaíso, Chile: 15 de septiembre de 1901.
- <sup>13</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 365. Valparaíso, Chile: 18 de junio de 1902.
- <sup>14</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 750. Valparaíso, Chile: 1902.
- <sup>15</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, Caso 688. 1900. El subrayado es nuestro.
- <sup>16</sup> Molina M. La enfermedad y la higiene en Valparaíso, 1880-1910. *An Ch Hist Méd*. 2007; 17: 34.
- <sup>17</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 174. Valparaíso, Chile: 12 de abril de 1900.
- <sup>18</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 273. Valparaíso, Chile: 5 de junio de 1901.
- <sup>19</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 348. Valparaíso, Chile: 4 de julio de 1897.
- <sup>20</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 3, caso 533. Valparaíso, Chile: 10 de octubre de 1898.
- <sup>21</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 10. Valparaíso, Chile: 5 de enero de 1898.
- <sup>22</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 465. Valparaíso, Chile: 14 de septiembre de 1899.
- <sup>23</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, caso 46. Valparaíso, Chile: 19 de enero de 1901.
- <sup>24</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 641. Valparaíso, Chile: 1902.
- <sup>25</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 2, caso 550. Valparaíso, Chile: 4 de septiembre de 1902.
- <sup>26</sup> Meirowsky E, Pinkus F. La sífilis. Las especialidades de la medicina práctica. Barcelona, España: Labor; 1925.
- <sup>27</sup> Abarzúa F, Belmar C, Rioseco A, Parada J, Quiroga T, García P. Pesquisa de sífilis congénita al momento del parto: ¿Suero materno o sangre de cordón?. *Rev Chil Infecto*. 2008; 25(3): 155-161.
- <sup>28</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 1, Caso 200. Valparaíso, Chile: 1897.
- <sup>29</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 3, Caso 482. Valparaíso, Chile: 1897.
- <sup>30</sup> Maternidad del Hospital San Agustín de Valparaíso. *Boletín Clínico y Estadístico*. Boletín 3, Caso 583. Valparaíso, Chile: 1897.