

Articoli/Articles

IL "FEMMINILE" NELLA STORIA DELLA MEDICINA

LUIGIA MELILLO
Università degli Studi di Napoli "L' Orientale", I

SUMMARY

A FEMALE PERSPECTIVE IN THE HISTORY OF MEDICINE

Women are present in the 'long' history of medicine both as patients and as healers specialising in curing and caring. The nowadays existing attempt to define a female specific medical knowledge (discussing, for instance, the quality of a supposed 'female' cultural and professional training; the role of women in medical research as well as in discussing bioethical subjects; the relationship between women-physicians and other medical professionals; the female approach to important bioethical issues such as euthanasia, 'therapeutic fury' for the incurable sick, female genital mutilations) is here analyzed in a broader historical context.

1. Come lo specifico femminile, nella sua identità psicofisica, abbia trovato storicamente spazio nelle pratiche e negli studi medici investe la doppia valenza, di soggetto e oggetto di cura, della donna: da una parte, cioè, i problemi peculiari della sua salute, dall'altra la variante femminile nelle attività di cura. Tutto ciò si lega ai problemi più attuali della bioetica, nella misura in cui è la stessa vita che sembra connettersi più propriamente al femminile per ragioni biologiche e sociali. Gli ormoni femminili non producono, infatti, come quelli maschili, quell'aggressività che, pur utile in passato alla specie umana per sopravvivere agli attacchi nemici, alle belve, alle difficoltà ambientali, costituisce oggi, nella nostra società evoluta, un handicap, un fattore di distruzione e di recessione. Il Nobel per la

Key words: Women - Medical History - Curing and caring

pace, dato nel 2004 ad una biologa keniana, Wangaarii Maathai, fondatrice di uno dei principali movimenti ecologisti africani, il Green Belt, è il riconoscimento che la pace sulla terra dipende dalla nostra capacità di assicurare l'ambiente dove viviamo. E Maathai dal 1977 è in prima linea nella battaglia per promuovere ecologicamente uno sviluppo sociale, economico e culturale in Kenia e in tutta l'Africa.

Il "femminile" racchiude in sé valori fondamentali per la cura e la sopravvivenza dell'uomo e del proprio habitat¹. Su queste basi stiamo sviluppando, a Napoli, anche con il Centro regionale di Ricerca Bioetica (CIRB), una linea di studio su *Donna e sapere medico* volta a focalizzare le ragioni della odierna propensione della donna verso la professione medica, la qualità della sua formazione culturale e professionale, il suo ruolo nella ricerca medica, il suo impegno nella ricerca bioetica, il suo spazio nell'insegnamento universitario di discipline mediche, nelle strutture socio-sanitarie e nella libera professione, il rapporto della donna-medico con gli altri operatori sanitari; il suo operare in maniera più dialogica tra "medicina ufficiale" e saperi medici "non convenzionali"; la dimensione femminile nel rapporto medico-paziente, la diversa *forma mentis* di fronte alla sofferenza, l'approccio ai malati con prognosi infausta e quelli allo stadio terminale, il suo punto di vista sull'eutanasia e l'accanimento terapeutico; le regole giuridiche e deontologiche visse dalla donna-medico e il problema della responsabilità professionale, ed infine la sua funzione rispetto al polimorfismo dell'universo femminile, legato alle migrazioni, all'impatto di usi e costumi delle popolazioni africane, in cui sono le stesse donne a praticare l'infibulazione sul vivo corpo delle bambine.

Il trend attuale delle iscrizioni a Medicina, con le studentesse in numero superiore, testimonia di una qualità della formazione culturale e professionale della donna-medico, di una dedizione e motivazione intellettuale che la portano ad affrontare con più coraggio, rispetto ai maschi, le difficoltà di carriera. Ed è una presenza oggi diversa dal passato. Un passato durato quasi fino ad ieri, se ancora 65 anni fa Nicola Pende, endocrinologo famoso, sentenziava la preclusione degli studi alle donne perché "con cervello non sufficientemente preparato

alle carriere delle scienze... della filosofia...". Se, incredibilmente ancora oggi, il rettore dell'Università americana di Harvard, Lawrence Summers, può affermare, in modo provocatorio e con fondamenti pseudoscientifici, che le donne non sono geneticamente adatte per le scienze. Ragioni biologiche confermerebbero, a suo avviso, "abilità innate" nell'uomo che la donna non ha. Né sembra farlo dubitare l'assegnazione del premio Nobel per la medicina proprio nel 2004 ad una scienziata donna, Linda Buck, così come nel 1986 all'italiana Rita Levi Montalcini. Oggi le donne-medico secondo dati del dicembre 2003, sono il 32%, quasi 115.000 unità, rispetto ai 243.823 maschi, anche se solo il 3% ha compiti di direttore generale.

Tabella per Sesso

Regione	Donne	Maschi
Abruzzo	3054	5824
Valle D'Aosta	167	414
Basilicata	751	1919
Calabria	4428	9634
Campania	8758	26624
Emilia Romagna	9356	17264
Friuli V. Giulia	2224	4584
Lazio	14145	28156
Liguria	3988	8231
Lombardia	18685	33572
Marche	2469	5834
Molise	643	1346
Piemonte	7992	15117
Puglia	5890	15987
Sardegna	4830	6474
Sicilia	9692	23121
Trentino Alto Adige	1379	3132
Toscana	7510	16075
Umbria	1886	4025
Veneto	7015	16491

Fonte: CED-FNOMCeO 12/2003.

Da notare la Sardegna, dove le donne con 4830 passano dal 27,46% del 1996 al 32% del 2003 e gli uomini, con 6474, scendono dal 72,54% al 67,98%;

le specializzazioni più seguite risultano:

- pediatria	8370
- ginecologia e ostetricia	4271
- neurologia	4174 F / 2039 M
- igiene e medicina preventiva	2994
- anestesia e rianimazione	2669

le meno seguite:

- cardiocirurgia	25
- chirurgia maxillo facciale	26
- neurochirurgia	55
- chirurgia	60

Le donne sono di più in neurologia: 4174 contro 2039 maschi, e neuropsichiatria infantile 1324 contro 955 maschi.

2. Non è stato così per secoli, un tempo infinito, in cui alle donne è toccato praticare la medicina empirica² - fino ad essere tacciate di stregoneria -, ma non la medicina ufficiale, sostanzialmente dominata dagli uomini, in parte perché la storia ne ha cancellato i nomi per l'egemonia maschile nella trascrizione dei manoscritti, in parte perché fino al 1800 le donne non erano ammesse nei luoghi di produzione del sapere medico, se si eccettuano le famose *mulieres* della laicissima Scuola Medica Salernitana³.

Basti citare Agnodice, vissuta nel 300 a. C., costretta a vestirsi da uomo per studiare medicina con il famoso Erofilo ad Alessandria:

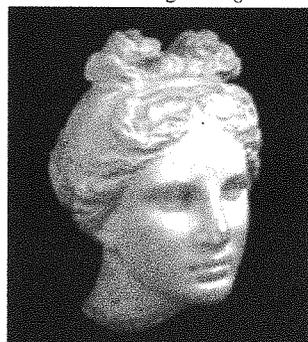


Fig. 1 - Agnodice.

"Tra i raffinati ateniesi una legge proibiva alle donne, sotto pena di morte di studiare o praticare la medicina e la farmacologia e tale legge fu operante per un certo tempo, tempo in cui molte donne morirono di parto e di malattie alle parti intime poiché il pudore impediva loro di permettere ad un uomo sia di farle partorire sia di curarle".

Ritornata ad Atene esercitò con successo la professione tra le donne dell'aristocrazia suscitando la gelosia dei colleghi maschi che l'accusarono di corrompere le mogli altrui. Costretta a rivelare la sua identità fu processata ma fu salvata dalla condanna perché le donne stesse si presentarono ai giudici e dissero loro

"che non li avrebbero più considerati mariti e amici, ma crudeli nemici che condannavano a morte colei che le aveva rimesse in salute e affermarono che sarebbero morte con lei se fosse stata condannata"⁴ (Igino I sec. a. C.).

L'egemonia degli uomini è tale che a distanza di più di 20 secoli, cioè nella prima metà dell'800, ad Edimburgo ritroveremo un altro caso Agnodice, cioè un'altra donna costretta a spacciarsi da uomo, il famoso chirurgo James Barry.

"Quando l'autopsia rivela che è una donna, il Ministero della Guerra e l'Associazione medica rimangono così sconcertati e imbarazzati che decidono di tener segreta la loro scoperta e il dott. Barry viene sepolto ufficialmente come uomo"⁵.

Altro esempio famoso di processo, finito male questa volta, è quello di Jacoba Felicia a Parigi nel 1322, processata per aver praticato la medicina senza abilitazione. Dovremo attendere il 1678 per avere la prima donna laureata al mondo, Elena Lucrezia Corsaro Piscopia (1646-1684), nell'Università di Padova, dove una statua la ricorda. Dottissima, entrò a far parte del Collegio dei Filosofi e Medici, non insegnò ma scrisse e sostenne dispute e conversazioni erudite.

Un primo esempio di connessione riconosciuta⁶ tra mondo medico maschile e femminile è rappresentato da Alessandra Ziliani, che



Fig. 2 - Elena Lucrezia Corsaro.

collaborò nella Bologna del Trecento con Mondino de' Liuzzi, da cui apprese la pratica della dissezione per applicarla alla esplorazione delle parti anatomiche femminili, quali l'utero e le ovaie. Emblematica la sua volontà di uscire dalla prigione del corpo (in cui la codificazione aveva rinchiuso la donna, lasciando all'uomo il primato del *logos*)

"per fare e sapere - ella diceva - quello che i maschi sono autorizzati a sapere e diventare un homo completo, cioè una donna".



Fig. 4 - Anna Morandi Manzolini.

Anna Morandi (1714-1774), valente ceroplasta bolognese, per aiutare il marito Giovanni Manzolini, studioso dell'arte medico-anatomica, divenne ella stessa una perfetta conoscitrice della moderna anatomia funzionale. Esegui dissezioni ed insegnò con chiarezza ed eleganza sia all'Università di Milano che all'Accademia di Londra.

Ebbe, dopo la morte del marito, ampi riconoscimenti: fu infatti aggregata all'Accademia Clementina e all'Accademia delle Scienze di



Fig. 3 - Lapide nella casa natia a Venezia, oggi Municipio.

Bologna e le venne conferita dal Senato una Cattedra di Anatomia con la possibilità di dare lezioni sia nel pubblico studio dell'Archiginnasio, sia in casa propria. Appannaggio femminile fino al XIX sec. è, invece, l'ostetricia⁷, campo in cui fin dall'antico Egitto le donne hanno avuto un ruolo significativo con le scuole mediche nate sotto il controllo del tempio, come quello a Sais di Neith, protettrice del parto e dea levatrice per eccellenza. Questa linea positiva, di vitalità della ricerca ostetrica e ginecologica, ci condurrà alla famosa Trotula⁸ della Scuola medica salernitana, per giungere a Maria Dalle Donne (1778-1842), cui nel 1804 fu affidata la direzione della Scuola di Ostetricia per levatrici a Bologna, donna coltissima che non disdegnava il ricorso ad espressioni dialettali pur di rendere comprensibili le spiegazioni delle sue lezioni.

3. Se guardiamo ad Oriente possiamo affermare che nella storia della medicina cinese non esistono, fino all'età contemporanea, figure di donne. Questo non sorprende se si pensa che in Cina solo raramente veniva concesso ad una donna il diritto-privilegio di studiare e, comunque, mai finalizzato all'esercizio di una qualsivoglia professione. Nella classificazione sociale esistevano sei diversi tipi di donna corrispondenti ad altrettanti lavori umili e disprezzati, tra cui la sciamana e la guaritrice che, pur unite dalla matrice comune dell'attività, non erano omologabili, né per immagine, né per stato sociale, alla figura del medico tramandata dalla letteratura. L'esercizio della professione medica necessitava di lunghi studi, e soprattutto di uno stesso nucleo familiare, di generazione in generazione per secoli.

"Da novecento anni nella famiglia di Preziosa Zietta si tramandava il mestiere dell'aggiustaossa. Se necessario il padre di Preziosa Zietta sapeva curare molte altre malattie, ma aggiustare le ossa era la sua specialità... Non aveva dovuto frequentare nessuna scuola speciale, aveva imparato guardando il padre, e il padre di suo padre... era la sua eredità"⁹.

Per questo motivo era impensabile che una donna, essendo solo di "passaggio" nella famiglia d'origine, perché destinata a servire

quella del marito, imparasse l' arte del curare. Solo in epoca Ming (1368-1644) alle donne fu concesso di migliorare il proprio status culturale e l' istruzione femminile si diffuse soprattutto nelle famiglie di studiosi e letterati. I programmi di studio "al femminile" furono molto diversi da quelli destinati agli uomini, ma questo non impedì alle donne di cominciare a studiare¹⁰. Le uniche a poter raggiungere un elevato livello di cultura e ad essere educate in modo pregevole e raffinato erano le cortigiane: paradossalmente, pur occupando nella gerarchia sociale una bassa posizione, dovevano essere in grado di conversare, comporre e recitare poesie, discutere di arte e letteratura e di ogni altro argomento.

Lo status socioculturale femminile permane immutato almeno fino alla fine dell' età imperiale, 1911, per poi cambiare progressivamente. La Cina, per contrastare l' aggressione occidentale, ha bisogno di modernizzarsi: inizia, così, un processo lento e laborioso di rilancio dell' istruzione e dell' innovazione, da cui non vengono escluse le donne che lavorano, incontrano resistenze, ma vanno avanti.

Solo con la nascita della Repubblica Popolare Cinese, nel 1949, il Presidente Mao, appellandosi all' altra "metà del Cielo", chiederà la collaborazione esplicita delle donne per ricostruire la nazione, sancendo l' assoluta parità dei sessi e lo stesso diritto allo studio.

Oggi tra le donne cinesi si annoverano molte biologhe e laureate in medicina; non è raro che ricoprano importanti incarichi istituzionali, lavoro e maternità sono tutelati, ma, se giuridicamente il loro status è assolutamente identico a quello maschile, molti rimangono gli ostacoli di tipo culturale, legati a vecchie credenze e abitudini mai completamente sradicate.

Nel vicino Giappone ricordiamo che una delle più grandi figure di iamatologo, il tedesco Ph. F. von Siebold (1796-1866), medico, botanico, zoologo, grande collezionista e fine diplomatico nel riaprire il Giappone al mondo esterno, contribuì alla formazione di numerosi medici divenuti poi famosi nella storia della medicina giapponese¹¹.

Egli compirà due missioni in Giappone: la prima tra il 1823 ed il 1829, la seconda dal 1859 al 1862. In Giappone Siebold lascerà una figlia Kusumoto O-Ine, che assisterà il padre nel corso della sua

seconda missione in Estremo Oriente e sarà il primo medico donna in Giappone, fino a divenire nell' 82 medico presso la corte imperiale. Muore il 26 agosto 1903 a 76 anni; O-Ine fu molto apprezzata dai medici occidentali: Pompe van Meedervoort fa riferimento alla sua notevole preparazione scientifica, parlando del livello di istruzione medica in Giappone

*"Nel menzionare il vuoto completo di conoscenza scientifica in ambito ostetrico c'è un' eccezione. A Nagasak vive un' ostetrica-donna, la figlia naturale di uno dei nostri primi medici in Giappone. Questa donna fu, dopo la partenza del padre, quasi idolatrata da alcuni degli studenti del padre, che la protessero e le insegnarono medicina ed ostetricia, campi in cui fece un grande progresso. Questa donna aveva un grande zelo per la professione. Chiese il permesso per frequentare le esercitazioni da me tenute sui cadaveri agli studenti giapponesi e mostrò in quell' occasione di essere, tra gli studenti giapponesi una dei più esperti. Assistette, spesso, anche alle dimostrazioni cliniche nel reparto femminile dell' ospedale cittadino, ed era spesso consultata dai suoi colleghi. Io l' ho vista un paio di volte trattare donne europee come ostetrica ed era veramente molto abile"*¹².

4. Percorrendo la storia della medicina si ha la precisa e spiacevole sensazione che la donna oggetto di studio e di cura abbia per secoli inibito e stroncato il ruolo della donna soggetto in medicina. Una linea rossa che pervade tanti secoli e che affonda le sue radici nella dialettica aperta tra i seguaci di Aristotele, che teorizza l' inferiorità biologica della donna e gli eredi di Ippocrate appena più aperti ad un ruolo attivo della donna. Fa eccezione Socrate al quale Senofonte attribuisce l' affermazione che la natura femminile non è naturalmente inferiore a quella dell' uomo, salvo perché manca di saggezza e forza fisica (*Symposio* 2,8-9).

C'è in ogni caso una strategia di fisionomica tesa a dimostrare la superiorità del maschio greco-romano, per cui nel mondo classico è senso comune che la donna occupi una condizione sociale inferiore a quella dell' uomo a causa della sua intrinseca inferiorità biopsichica¹³. La razionalizzazione più autorevole di questa credenza, che trova nel mondo romano seguaci da Varrone, Vitruvio, Plinio, fino

ad Ammiano Marcellino, Tertulliano, è senza dubbio operata da Aristotele che nella *Generazione degli animali* teorizza la diversità degli apporti dei due sessi al concepimento. Il sangue maschile e quello femminile assumono rispettivamente la funzione di forma e materia nel processo generativo, essendo il seme null'altro che una forma sublimata del sangue. I due "sangui" avrebbero inoltre calore diverso: è quello maschile a riscaldare e cuocere quello femminile. Questo processo di cottura è esplicitamente messo in parallelo con la combustione del sangue della vittima sacrificale¹⁴.

Tale metafora religiosa applicata ad una dimostrazione scientifica è da considerare in riferimento ad una antichissima credenza, dimostrabile nelle fonti omeriche ed esiodee, che individua nella generazione una forma di sacrificio di cui la donna è essa stessa oggetto¹⁵. Tutto si gioca per secoli per dirla con Evelyne Berriot Salvatore, "*su un aristotelismo che riduce il femminile ad un' incompiutezza ed un galenismo che lo rinchiude nell'inquietante specificità dell' utero*"¹⁶.

I titoli dei paragrafi del saggio della Berriot che ripercorre la considerazione della donna dal Rinascimento all'età moderna sono esplicativi: la donna imperfezione; la donna utero, prigioniera del suo organo; la donna valetudinaria, che bisogna cercare di soccorrere perché riesca ad accettare la sua condizione di inferiorità senza ribellarsi con l'isteria; la donna fragile eppure genitrice, eppure custode della famiglia¹⁷.

Oggi lo studio clinico sulla donna non è più condizionato e ristretto alla funzione riproduttiva, ma comincia a riconoscere un'anatomia, una fisiologia, una patologia specificamente femminile. Ricercatori e medici cominciano cioè a tener conto di quello che gli anglosassoni chiamano *gender bias*, pregiudizio di genere, dal momento che la medicina ha studiato malattie, condotto ricerche, sperimentato farmaci facendo riferimento ad un neutro universale rappresentato dal maschio.

Ma va fatto di più. Un diritto di cittadinanza sanitaria negato per secoli e che ha riflessi incredibili sulla diagnostica e sulla terapeutica, come testimoniano i dati di una ricerca recentissima condotta a Siena da A. M. Aloisi¹⁸, in sintonia con Karen

Berkeley, esperta di neuroscienze all'Università della Florida, sulle reazioni diverse tra maschi e femmine di fronte a forme acute del dolore, non solo quello cardiaco da infarto (da notare che il rischio cardiovascolare è oggi maggiore nelle donne), ma anche quello cronico dell'emigrania, della nevralgia del trigemino o da sindrome del colon irritato.

Questi dati denunciano che i medici sono abituati a pensare "al maschile", sottovalutando i peculiari fattori anatomici, ormonali, ma anche sociali e culturali del genere femminile. Guardare alle donne non con il pregiudizio dell'omologazione maschile, significa fare, come si sta facendo in America, *medicina di genere*, partendo dal presupposto che uguaglianza e differenza stanno insieme. Per le donne, come per gli uomini, la parità deve significare diventare degli umani, superare nel passaggio dalla natura alla cultura, la parte di animalità che troppo spesso regola le relazioni, producendo lesioni sempre più diffuse dell'integrità psicofisica.

In conclusione, in un'epoca in cui la tecnologia esasperata e una certa volontà di potenza, connessa ad un'aridità del sentire comune, ad una desertificazione emotiva, sembrano aver disumanizzato l'arte medica, una via d'uscita è possibile solo se il medico ridarà valore alla capacità di comunicazione, di ascolto, di accoglienza seria da parte sua dell'altro/a malato.

In questo bisogna riconoscere che c'è un ruolo primario della donna, oggi, nel gestire la sopravvivenza perché ella può attingere a questa riserva di femminilità, di vitalità, di tenace sacrificio, di amore che a sua volta conduce all'armonia e all'equilibrio.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Cfr. MELILLO CORLETO L., *Il cammino della donna: dall' inferiorità biologica alla superiorità ecologica*. In: EADEM, *Ambiente Salute Società*. Ermes, Potenza 1999 pp. 99-107.
2. Ricchissima sarebbe la bibliografia pertinente. Si vedano: LUSSU J., *Il ruolo della donna nella difesa della salute delle masse popolari*. Roma, 1978; COLOMBERO C.,

- La tradizione scolastica, la Medicina e le donne.* Rivista di filosofia, 1980; 7:485-495; BOGGI CAVALLO P., *Donna e Medicina popolare.* Salerno, Palladio, 1981; BOURDILLION H., *Women as Healers.* Cambridge University Press, Cambridge 1988; BERTINI F., *Medioevo al femminile.* Roma-Bari, Laterza, 1989; DUBY G., PIERROT M., *Storia delle donne.* Il Medioevo, Roma-Bari, Laterza, 1990; DONINI E., *La nube ed il limite, donne e scienza, percorsi nel tempo.* Torino, Rosenberg & Sellier, 1990; GARZA H., *Women in Medicine.* New York, Franklin Watts, 1994; CONSOLINI F., *Donne al femminile,* Roma-Bari. Laterza, 1994.
3. Cfr. BOGGI CAVALLO P., *Medicina al femminile nella Salerno Medievale.* In: GALLO I. (a cura di), *Salerno e la sua Scuola Medica.* Arti Grafiche Boccia, Salerno 1994, pp. 89-119.
 4. Cfr. ALIC M., *L' eredità di Ipazia.* Roma, Ed. Riuniti, 1989, pp. 50-51.
 5. Cfr. BONADONNA G., *Donne in Medicina.* Milano, Rizzoli, 1991, p. 180.
 6. Donne scienziate non hanno avuto nomi propri, sono cioè vissute all' ombra di mariti, padri, fratelli, fin dall' antichità come Teano moglie di Pitagora.
 7. Cfr. GAZZANIGA V., SERARCANGELI C., *L' ostetricia dall' empirismo alla specializzazione.* In: Atti del XXXIX congresso di Storia della Medicina, Firenze, 12-14 giugno, 1998.
 8. A partire dal De Renzi molti studi si annoverano su Trotula. Si vedano intanto: DE CRESCENZO G., *Figure della Scuola Medica Salernitana. Trotula de Ruggiero.* In: Civitas Hippocratica, Salerno 1967; I, 1-2; BOGGI CAVALLO P., *Donne e Medichesse a Salerno. Trotula de' Ruggiero.* In: Rassegna storica salernitana, Salerno 1989;12: 1-12; GREEN M., *The Trotula, a medieval compendium of womens medicine.* Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2001.
 9. TAU A., *La figlia dell' aggiustaossa.* Milano-Roma, Feltrinelli, 2003, pp. 160 -163.
 10. TOPLEY M., *Marriage resistance in rural Kwangtung Wolf in studies Chinese society.* Bress, 1978, p. 189.
 11. BORRIELLO G., *Philipp Franz von Siebold. Pioniere dei rapporti tra Germania e Giappone, XXXIX.* (1999), Roma, 2000, pp. 5-14.
 12. POMPE VAN MEERDERVOORT, *Five Years in Japan (1857 -1863).* Tokyo, Monumenta Nipponica monographs, 1970, pp. 91-92.
 13. Tutti subumani sono accomunati: donne, schiavi, animali. Si vedano: POMEROY S., *Donne in Atene e a Roma.* Torino, Einaudi, 1978; SASSI M. M., *La scienza dell' uomo nella Grecia antica.* Torino, Bollati Boringhieri, 1988; FRASCHETTI A., *Roma al femminile.* Roma-Bari, Laterza, 1994; CANTARELLA E., *Passato prossimo, donne romane da Tacita a Sulpicia.* Milano, Feltrinelli, 2003.
 14. Fondamentali rimangono gli studi della scuola di Pavia, capostipite Mario Vegetti. Per tutti citiamo, al proposito, CAMPESE S., MANULI P., SISSA G., *Madre materia.*

- Torino, Boringhieri, 1983, soprattutto le pp. 83-139, in cui la Sissa tratta *Il corpo delle donne. Una ginecologia filosofica.*
15. Cfr. CANTARELLA E., *L'ambiguo malanno.* Roma, Editori Riuniti, 1981.
 16. BERRIOT SALVADORE E., *Il discorso della medicina e della scienza.* In: DUBY G., PIERROT M., *Storia delle donne. Dal rinascimento all'età moderna.* II. Roma-Bari, Laterza, 1991, pp. 351 sgg.
 17. Concetti già presenti nell'emblematico testo, sulla donna e la medicina a Roma, di GOUREVITCH D., *Le mal d'être femme.* Paris, Les belles lettres, 1984.
 18. Aloisi A. del Dipartimento di Fisiologia dell'Università di Siena, collabora al progetto *Medicina, singolare maschile,* promosso dalla fondazione Pfitzer e dall'Associazione Donne e Scienza.

Correspondence should be addressed to:

Luigia Meillo Corleto, Università degli Studi di Napoli "L'Orientale", Palazzo du Mesnil, Via Chiatamone, 61-62 Napoli, I