

MARIAROSA DALLA COSTA

Przełożyła: KATARZYNA SZOPA (ORCID: 0000-0002-5880-092X)

Histerektomia: kobiece spojrzenie na jej medyczne aspekty, historyczny rozwój oraz kwestie etyczne i prawne

Niniejszy tekst Mariarosy Dalla Costy jest tłumaczeniem rozdziału książki *Gynocide: Hysterectomy, Capitalist Patriarchy and the Medical Abuse of Women*. Autorka skupia się na nadużyciach związanych z przeprowadzanymi na masową skalę histerektomiami, owariektomiami i klitoridektomiami, dowodząc, że stanowią one kontynuację przemocy wobec kobiet, jaką odnotowano już u zarania rozwoju kapitalizmu. Przemoc ta dotyczy nade wszystko systemowego pozbawiania kobiet dostępu do wiedzy medycznej w celu rozciągnięcia kontroli na wszystkie obszary społecznej reprodukcji.

Słowa kluczowe: feminizm autonomistyczny, praca reprodukcyjna, histerektomia, walka klas

* Dziękujemy Autorce za uprzejmą zgodę na tłumaczenie tekstu.

Etapy na „ścieżce życia”

Kiedy w przeszłości byłam zaangażowana naukowo i w wymiarze praktycznym w sprawy kobiet, w mojej pracy wyłoniły się pewne *zasadnicze etapy*, które, jak sądzę, powinnam przywołać, ponieważ wszystkie one łączą się mniej lub bardziej bezpośrednio z tematem histerektonii. Pierwszym z nich było odkrycie, że wykonywana przez kobiety, lecz nieobjęta wynagrodzeniem *praca produkująca i reprodukująca innych ludzi* oddziałuje na całe ich życie. Praca ta rozciąga się od ciąży do porodu, a także od wychowywania dzieci do opieki nad dorosłymi. Pozostałe etapy zawierają analizę warunków, w jakich ta praca jest wykonywana w jej momentach kluczowych, takich jak *poród i aborcja*. Wymieniam aborcję w ramach tego cyklu produkcji innych żyć, mając świadomość, że dramatyczna decyzja o zrzeczeniu się dania życia innemu człowiekowi nie neguje poprzedniej ciąży ani trudu oraz cierpienia, jakie wiążą się z samą aborcją, będącą rzeczywistą częścią pracy związanej z porodem. Wokół tych dwóch wydarzeń, rodzenia i aborcji, toczyły się walki i organizowany był ruch feministyczny i ogólnie ruch kobiecy, które w latach siedemdziesiątych doprowadziły do regulacji prawa dotyczącego dobrowolnego przerwania ciąży (prawo 194/78) i do wprowadzenia bardziej humanitarnych warunków na porodówkach, przynajmniej w niektórych szpitalach. Warunki panujące w innych szpitalach uległy pogorszeniu i wciąż istnieją znaczące rozbieżności między placówkami oddalonymi zaledwie kilka kilometrów od siebie. Wobec tego, po wielu dekadach charakteryzujących się wypaczonym podejściem do ginekologii i kręctwem wobec kobiet, pojawił się postulat, by przywrócić porodowi jego wymiar wydarzenia naturalnego i niepatologicznego, a także przyznać kobiecie rolę głównej bohaterki, rolę aktorki, która, łącząc wiedzę otrzymaną od matki i innych kobiet z wiedzą lekarza położnika, sama wybiera rodzaj porodu, bezpośrednio mu przewodniczy i ma prawo nie być osamotnioną w swoim cierpieniu, lecz mieć zapewnioną wygodę i opiekę osób, którym ufa. Uznałam za właściwe wymienienie wyłącznie tych dwóch etapów, jakie pojawiają się w ekonomii tej ścieżki, ponieważ są one bezpośrednio związane z dyskursem o medycynie i ze sposobami działania placówek opieki medycznej i ich pracowników, a zwłaszcza lekarzy. Niemniej jednak, mówiąc bardziej ogólnie, zdrowie stało się filarem zarówno debat, jak i inicjatyw podejmowanych przez ruch feministyczny we Włoszech i w innych rozwiniętych krajach zachodnich w latach siedemdziesiątych, podobnie jak działo się to wcześniej w Stanach Zjednoczonych w XIX wieku.

W 1974 roku w Padwie otworzyłyśmy niezależne, samodzielnie zarządzane Centrum Zdrowia Kobiety, a w nasze ślady poszły działaczki

w innych miastach. Przyświecała nam idea, by dawać przykład odmiennych relacji „doktor – kobieta”, oddać medycynę kobietom (z perspektywy historycznej kobiety były tradycyjnie znachorkami i akuszerkami) i odzyskać wiedzę na temat naszych ciał. Centrum miało funkcjonować jako motor napędowy dla kształtowania odmiennych zachowań wśród lekarzy oraz dla gruntownych transformacji w placówkach opieki zdrowotnej¹.

Również w Padwie w 1973 roku po raz pierwszy przekształciliśmy proces o aborcję przeciwko kobiecie w kwestię polityczną, co okazało się iskrą zapalną dla całej serii inicjatyw, doprowadzających do ustanowienia wspomnianego wcześniej prawa. Wszystkie te inicjatywy związane ze zdrowiem zapoczątkowały ogromne śledztwo, doprowadziły do szeregu oskarżeń i wzniciły walkę w publicznych instytucjach. Zamiast urządzić pospieszne i powierzchowne, a w tamtych czasach także wulgarne i sadystryczne rozprawy sądowe², celem tych inicjatyw było nade wszystko przywrócenie kobietom należnego szacunku oraz przykładanie stosownej wagi do zapotrzebowań personelu medycznego. Co więcej, domagałyśmy się warunków, które zapewniałyby ochronę przed absurdalnymi zgonami w czasie porodu, przed rodzeniem dzieci okaleczanych przez szczypce i, cytując słowo po słowie tekst z tamtego okresu³, przed prak-

1 Było to pierwsze niezależne centrum działające w wielkim mieście, co zostało dobrze udokumentowane. Głównym źródłem informacji, gdzie znajduje się porównanie doświadczeń centrum z późniejszymi placówkami, jest *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi* (Jourdan 1976, s. 48 i n.).

2 Pełen wgląd znaleźć można w pracy *Avanti un'altra. Donne e ginecologi a confronto* (Paggio 1976). Jednakże literatura w tym zakresie z lat siedemdziesiątych, oparta na doświadczeniach, zeznaniach i momentach walki, jest ogromna. Na temat sadystrycznych zachowań niektórych lekarzy, zob. przykłady przytoczone w przypisie 3 i w cytowanych tam tekstach.

3 *Dietro la normalità del parto*, pod redakcją Feministycznej Grupy z Ferrary (1976, 145), działającej przy ruchu Wages for Housework. Książka ta jest zbiorem ogromnej liczby dokumentów na temat warunków panujących w niektórych placówkach ochrony zdrowia, a także na temat mobilizacji kobiet. Śmierć trzech kobiet przy porodzie na oddziale położniczym w szpitalu w Padwie, do jakiej doszło w przeciągu kilku miesięcy, stała się powodem podjęcia decyzji o mobilizacji przez Women Hospital Workers Group wraz z całym ruchem feministycznym. Incydenty te nie były odosobnionymi przypadkami, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną w tamtym czasie. Tekst stanowi wyczerpujące omówienie panujących na porodówce w Szpitalu św. Anny w Ferrarze warunków, na skutek których rodziło się wiele dzieci z porażeniem mózgowym lub z innymi schorzeniami (Feminist Group for Wages for Housework of Ferrera 1976, 50). Odnotowano tam przypadki niepotrzebnego sadyzmu, jak łyżeczowanie czy szycie bez znieczulenia. W tym samym tekście wynotowano również wiele przypadków śmierci z powodu warunków, w jakich przeprowadzano aborcje. Wówczas, podobnie jak obecnie, to głównie

tykami „sterylizowania kobiet w wyniku operacji, które często nie wymagały przeprowadzenia całkowitej histerektomii”. Warto dziś pamiętać o tym, że już w tamtym czasie alarmowałyśmy, walczyłyśmy, pisałyśmy i publikowałyśmy o nadużyciach histerektomii, którym poddawano nie tylko kobiety dojrzałe, ale również te w pełni zdolne do rodzenia dzieci. Ponieważ mówię o czymś, co miało miejsce ćwierć wieku temu, a to oznacza, że wszystkie byłyśmy wówczas całkiem młode, nie miałyśmy zatem szans, by doświadczyć osobiście, jaki był wpływ tych praktyk na kobiety dojrzałe. Przyrównując kwestię histerektomii do kategorii znęcania się, jaką stosowano również wobec kobiet młodych, zaczęłyśmy łudzić się, że, podobnie jak w przypadku warunków rodzenia dzieci i innych kwestii zdrowotnych, o które walczyłyśmy, przyszłość ulegnie poprawie. Nasze umysły i nasza energia witalna mogły udzielać się wszędzie. Ale nie tak miało się stać. Byłyśmy pokoleniem kobiet, które protestowało w sprawach opieki okołoporodowej i aborcji i podczas gdy widziałyśmy te pola jako już zagospodarowane, choć często zaniedbane, odkryłyśmy, że problem histerektomii wcale nie został rozwiązany. Przeciwnie, dopiero w momencie wejścia w okres dojrzałości nasze pokolenie doświadczyło rzeczywistej skali tego problemu, który stworzył nową i sporą przeszkodę w „życiowych etapach” kobiecego ciała. Należałam do jednej z tych kobiet, które myślały, że mogą „poświęcić się czemuś innemu”. W istocie, podczas gdy otwarcie debaty o pracy reprodukcyjnej i warunkach kobiecych doprowadziło do serii zmian w sferach społecznych, kulturowych i prawnych (na przykład reforma prawa rodzinnego i prawa o molestowaniu seksualnym), to w sferze ekonomicznej zmiany te z pewnością były mniej istotne i nie były w stanie wpłynąć na dobrze znane problemy i dylematy, na jakie kobiety napotykały na swojej drodze. Była to „kwestia ekonomiczna”, stanowiąca sam trzon kondycji kobiecej, która w latach osiemdziesiątych, w czasie ogólnego spadku, zamiast poprawić, pogorszyła jeszcze bardziej jakość życia stale rosnącej części światowej populacji. Skłoniło mnie to do podniesienia kwestii rozwoju i w latach dziewięćdziesiątych zmusiło do przemyslenia

matki już posiadające dzieci i rodziny decydowały się na przerwanie ciąży. Tak było w przypadku dwudziestosiedmioletniej kobiety z dwójką dzieci, która zmarła 7 kwietnia 1976 roku w Szpitalu w Padwie, a jej śmierć wywołała w mieście strajki okupacyjne, organizowane przez kobiety w miejscach, gdzie nauczano ginekologii i odbywano praktykę ginekologiczną (sale oraz kliniki uniwersyteckie). Dzień wcześniej w Trapani Rosa M., dwudziestopięcioletnia matka trójki dzieci, była odsyłana tam i z powrotem od lekarza do położnika, aż wreszcie z niewiadomych przyczyn usunięto jej macicę. Z tego powodu zostawił ją mąż. Została również pozwana, a sąd skazał ją na trzy lata więzienia za aborcję.

innego dużego i kluczowego problemu, a mianowicie „kwestii ziemi/Ziemi”. Ziemia jest zbyt kłopotliwa i wytwarza. Sprzeciwiając się przemocy „zaburzonego rozwoju” (*maldevelopment*)⁴ i jego nauce oraz prawom, które zakładają szerzenie głodu, chorób i śmierci, doszłam do wniosku, że to nie dzięki technologicznemu przyspieszeniu, lecz dzięki *redystrybucji ziemi wraz z reintegracją jej reprodukcyjnych mocy i ponownym przesunięciem oraz zróżnicowaniem jej upraw*⁵ kobiety i mężczyźni mogliby żyć, być zdrowi, mieć jedzenie lub, mówiąc językiem ruchu, który od lat dziewięćdziesiątych poszerzał swoje sieci od Ameryki Południowej, przez Indie, aż po Stany Zjednoczone, mogliby mieć „świeże i nieprzetworzone jedzenie”⁶. Innymi słowy, wraz z pozostałymi badaczkami,

4 Termin zaburzonego rozwoju (*maldevelopment*) jest często stosowany w literaturze ekofeministycznej na temat rozwoju i stamtąd został zapożyczony przez inne szkoły myślowe. Polega na celowym wykorzystaniu gry słów *mal*, czyli „zły” oraz *male*, czyli „męski”. A zatem ów rozwój „jest zły, ponieważ jest męski”? Interpretację konkretnych przypadków pozostawiam czytelnikom.

5 Pogląd ten podziela wiele badaczy, tak mężczyzn, jak i kobiet, którzy dostrzegają w zawłaszczeniu ziemi i jej rynkowej eksploatacji, w zatrucaniu jej chemikaliami, środkami biotechnologicznymi i działaniami wojennymi pierwszą przyczynę światowego głodu i biedy. Przez odzyskanie mocy reprodukcyjnych ziemi mam na myśli ponowne ustanowienie rolnictwa opartego na kryteriach ekologicznych, które pozwoliłyby glebie na regenerację. Prawo do posiadania ziemi oraz podtrzymanie ekologicznie i ekonomicznie zrównoważonego rolnictwa stanowią w moim przekonaniu pierwszą linię obrony, dającą ludziom realne szanse na zdobycie pożywienia i zapuszczenie korzeni na danym terenie. Ludzie, którzy niegdyś posiadali te prawa i możliwości, dzisiaj są ich pozbawiani, ciągle wykorzeniani i zmuszeni do migracji. Kwestie te wraz z analizą fałszywych założeń dotyczących międzynarodowego długu zostały poruszone w pracy zbiorowej, którą niedawno redagowałam (M. Dalla Costa i G. Dalla Costa 1999).

6 Powstała w 1992 roku Via Campesina jest dziś największą organizacją tego rodzaju. Tworzy sieć rolników od Ameryki Środkowej, aż po Indie i Francję. Jej nadrzędną zasadą jest „suwerenność żywnościowa”, oznaczająca prawo do korzystania z ziemi w celach uprawnych wedle kryteriów organicznych. Członkiem tej sieci jest „Związek Rolników z Karnataki” w Indiach, który utworzył centrum zajmujące się zaopatrywaniem ludzi w naturalne nasiona, a także ich przechowywaniem i dystrybucją, by w ten sposób sprzeciwić się narzucanym przez wielkie firmy laboratoryjnym hybrydom. Z owych hybryd powstają nieplodne nasiona i w ten sposób rolnicy każdego roku utrzymywani są w stanie pełnej zależności od „rynkowych laboratoriów”. W Stanach Zjednoczonych w latach dziewięćdziesiątych pojawiły się liczne inicjatywy ludzi, od wybrzeża Atlantyku aż po wybrzeże Pacyfiku, by przywrócić rolnictwo organiczne, dzięki któremu możliwe jest wytwarzanie świeżej żywności wolnej od chemicznych toksyn i niemodyfikowanej genetycznie. W tym celu powołano na poziomie krajowym „Community Food Security Coalition”, której struktura pozostała na wczesnym etapie rozwoju. Utworzyła ona sieć lokalnej dystrybucji wytwarzanej w ten sposób żywności po przystępnych

kobietami i mężczyznami uzmysłowiłam sobie, że jedynym sposobem powrotu na ścieżkę wolną od nędzy i chorób jest przywrócenie szacunku dla integralności reprodukcyjnych mocy natury/ziemi, która nieprzypadkowo szła w parze z ochroną reprodukcyjnych zdolności ludzkich wspólnot.

Kiedy gruntownie zgłębiałam kwestię ziemi, tak blisko związaną z pracą kobiet oraz wiedzą na temat rodzenia i wychowywania dzieci⁷, a tym samym z produkcją pożywienia i leków, napotkałam przypadkiem ten dziwny i przejmujący problem, z jakim zmagają się kobiece ciało, a mianowicie histerektoię. Natychmiast stała się dla mnie jasna korelacja między politykami, które zmieniają naturę-ziemię i dokonują na nią napaści, a tymi, które dopuszczają się zmian i ataku na naturę kobiecego ciała oraz na symbiotyczny los, łączący ziemię z ciałem kobiety. Po raz kolejny zanegowane zostało tu właśnie kobiece ciało, a wraz z nim dobrze już przerobiona parabola (*belabored parabola*) wytwarzania życia ludzkiego i sprawowania nad nim opieki, a także troski o życie wytwarzane przez ziemię; temu ciału już wcześniej odebrano wiedzę na temat reprodukcji, pielęgnowania i uprawy, odmówiono mu również jego praw związanych z pracą, jaką wykonuje. Tym razem zanegowano je o wiele bardziej radykalnie i przemocowo, w imię tego samego mechanicznego redukcjonizmu, który z jednej strony postrzega kobiece ciało bardziej

cenach. Podobne inicjatywy powstawały w latach sześćdziesiątych na przedmieściach Tokio. Pochylałam się nad tymi kwestiami w tekście *Some Notes on Neoliberalism, on Land and on the Food Question* (Dalla Costa 1997) wygłoszonym podczas wydarzenia "Women's Day on Food", które miało miejsce w Rzymie 15 listopada 1996 roku, w tym samym czasie, kiedy odbyło się spotkanie FAO (Food and Culture Organization). Na temat inicjatyw podejmowanych w celu przemieszczenia rolnictwa i ustanowienia go na zasadach organicznych, zob. Mander i Goldsmith 1996.

7 Odnoszę się tu do bogactwa wiedzy zdobywanej i przekazywanej przez stulecia zwłaszcza przez kobiety z plemion indygenicznych i, bardziej ogólnie, przez kobiety pochodzące z południowych części świata na temat tego, jak pozyskiwać z uprawy ziemi pożywienie tak, by „brać w sposób nieciągły i oddawać” (Shiva 1989), żeby ziemia mogła się odradzać. Wiedzy tej nieustannie zagraża zniszczenie przez rozprzestrzenianie się relacji kapitalistycznych oraz polityki dążącej do uczynienia ziemi „bardziej wydajną” oraz do „zwielokrotnienia” wody. Jednakże „woda jest dobrem ograniczonym, nie sposób jej zwielokrotnić”, jak słusznie zauważyła Vandana Shiva w swojej książce *Staying Alive* (Shiva 1989), gdzie analizuje ciągłe spotkania/tarcia, do jakich dochodzi między dwoma podejściami do rolnictwa: tym destrukcyjnym i tym bardziej tradycyjnym, a także wpływ, jaki pierwsze z tych podejść ma na szanse przeżycia i jakość życia ludzi. Autorka ta skupia się w głównej mierze na Indiach, ale odnosi się także do problemu światowego, który dotyczy również jakości życia na Zachodzie.

jak zbiór części, aniżeli organizm czy osobę, a z drugiej widzi w ziemi nie tyle żywy organizm, którego częścią jest człowiek, ile magazyn potencjalnych dóbr, z których można czerpać bez ograniczeń i bezzwrotnie, plądrując go i ciągle umniejszając znaczenie jego procesów wytwarzających życie. W istocie walka z histerektomią stopniowo zaczyna stawać się nową, lecz dającą się przewidzieć *sprawą w obrębie większej całości*, która dla kobiet była i jest kwestią *obrony reprodukcyjnych sił natury* – i tym samym integralności ich ciał i ziemi – jak również *kobiecej wiedzy* na temat tych sił, sprzeciwiającej się nauce i siejącym spustoszenie politykom kastracyjnym.

Paradoksy

Z histerektomią zetknęłam się, kiedy zaproponowano mi ją jako metodę leczenia małego mięśniaka macicy, który w żaden sposób nie wymagał przeprowadzenia takiego zabiegu. Muszę podziękować samej sobie za to, że wytworzyłam w sobie obraz osoby silnej, od lat zdobywającej doświadczenie feministyczne, i że dzięki temu byłam zdolna do uniknięcia ciężkiej i niepotrzebnej operacji. Jednakże po spotkaniach z rozmaitymi lekarzami oraz wieloma innymi kobietami odkryłam, do jakiego stopnia ta alternatywa stała się na przestrzeni lat rodzajem *pułapki*⁸

8 Używam pojęcia „pułapka”, ponieważ w ramach tego podejścia, jak wskazuję poniżej, większą wagę przywiązuje się do wieku pacjentki aniżeli do powagi samego schorzenia, co obiektywnie zwiększa prawdopodobieństwo, że będzie ona miała histerektomię po prostu dlatego, że lata minęły i zaczęła mieć pewne problemy z macicą. To spostrzeżenie poparte jest przede wszystkim danymi odnotowanymi w oświadczeniu prasowym opublikowanym przez SIGO w Rzymie 17 listopada 1997 roku, w którym wskazano, że każdego roku we Włoszech wykonuje się 40 tysięcy histerektomii oraz podkreślono, że jest ich „zbyt wiele”, tym bardziej, że obecnie dostępne są o wiele mniej wyniszczające i mniej inwazyjne rozwiązania dla wielu schorzeń. Francesco Collenghi w artykule opublikowanym w *La Repubblica* 13 marca 1997 roku również wskazuje na skrajnie wysoką liczbę histerektomii we Włoszech i na świecie i dochodzi do tych samych wniosków. Przytoczone przeze mnie poniżej dane pochodzące z innych krajów zaczerpnęłam ze źródeł anglojęzycznych. Wskazują one, że histerektomia jest po cesarskim cięciu drugą najczęściej wykonywaną operacją na świecie, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Nie mówią one, która z nich jest bardziej popularna we Włoszech. Niemniej jednak najnowsze statystyki dowodzą, że jedna kobieta na sześć przejdzie tę operację przed ukończeniem sześćdziesiątego roku życia, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych będzie to jedna kobieta na trzy, a we Francji – jedna na osiemnaście. Collenghi pisze, że „histerektomia, całkowite usunięcie macicy, jest tak powszechna, że obecnie ginekolodzy zalecają ją odruchowo na pierwsze oznaki

zastawionej na dojrzałe ciało kobiece, pułapki, która na nie czyha, więzi je i wystawia na upokarzającą i kastrującą operację, skrajnie niebezpieczną zarówno na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym, operację, na którą można przystać tylko w wyjątkowych okolicznościach – kiedy pojawiają się niezwykle poważne i trudne do rozwiązania problemy. Natomiast częstotliwość, z jaką ta operacja była i jest przeprowadzana (czego dowiadujemy się z relacji kobiet, które niechętnie o tym mówią, gdyż czują się okaleczone), nie idzie w parze z ryzykiem wystąpienia na tyle poważnych chorób, by można było tę operację uzasadniać, tym bardziej, że metody wczesnej diagnostyki i leczenia, jak ma to miejsce w przypadku raka szyjki macicy, uległy poprawie. Kontrastuje to z problemami wymienianymi przez kobiety, takimi jak krwawienie spowodowane relatywnie małymi mięśniakami⁹. W przypadku zbliżonym do mojego zalecono histerektomię na usunięcie zmian. Macica była nieznacznie powiększona, co „pewnego dnia”, jak powiedział ginekolog, „może spowodować jakieś problemy”. Kobieta odmówiła i po krótkiej terapii hormonalnej jej macica szybko wróciła do prawidłowych rozmiarów¹⁰.

Wydarzyło się to wówczas, gdy konsultowałam zasadność otrzymanej propozycji leczenia i zanim sformułowałam swoją odmowę, miałam okazję rozmawiać z wieloma innymi kobietami i lekarzami, mężczyznami i kobietami. Histerektomia, zazwyczaj idąca w parze z usunięciem jaj-

problemów pojawiających się jeszcze przed lub w trakcie menopauzy”. Muszę podkreślić, że istnieją, rzecz jasna, również lekarze, którzy przyjęli bardziej akceptowalne podejście, ponieważ są rozważniejsi, jeśli chodzi o niepotrzebne okaleczanie i zadawanie cierpienia. Jednakże artykuł ten wraz z przytaczanymi danymi opisuje praktykę, która jest dobrze znana i nazbyt powszechna.

9 Mięśniaki są bez wątpienia najczęstszym zaburzeniem w obrębie macicy; daje się je, poza wyjątkami, na różne sposoby wyleczyć, włączając w to terapię hormonalną lub usunięcie chirurgiczne, za pomocą którego można pozbyć się mięśniaków i zachować macicę. Bardzo często w trakcie menopauzy mięśniaki ulegają wchłonięciu. Mimo to w Stanach Zjednoczonych mięśniaki są pierwszą przyczyną wykonania histerektomii, bo stanowią aż 33% wszystkich operacji, podczas gdy rak – 11%. Podobne badania powinny zostać przeprowadzone również we Włoszech. Więcej o statystykach i innych danych na temat patologii macicy, będących przyczyną histerektomii, zob. w tabeli zaprezentowanej w artykule „Hysterectomy and Its Alternatives” (1996), gdzie podkreślono, że histerektomia jest konieczna w momencie zagrożenia życia pacjentki i braku innych alternatyw. Ma to miejsce tylko w trzech przypadkach: raka macicy i jajników, niepowstrzymanego krwotoku poporodowego i poważnych infekcji w obrębie miednicy.

10 W tym przypadku chciałabym dodać, że ta kobieta, Francesca Rampazzo z Padwy, potwierdziła swoją wersję publicznie w trakcie konferencji, jaka odbyła się w tym mieście 23 kwietnia 1998 i zatytułowana była „Histerektomia: otwarty temat relacji kobiet z medycyną”.

ników, stopniowo zaczęła wyłaniać się jako kwestia relacji między pacjentką a lekarzem, które na wielu poziomach są skrajnie niesatysfakcjonujące, co miałam zamiar podkreślić, nie przypuszczając, że praktyka ta stanowi normę lub że dotyczy większości przypadków. Uważam jednak, że należy potraktować częstotliwość jej wykonywania poważnie.

Pierwszą cechą tej praktyki jest *zastąpienie* decyzji pacjentki o przeprowadzeniu operacji decyzją *lekarza*. Odbywa się to drogą nakłaniania na różne sposoby kobiet, by te uwierzyły, że w pewnym wieku całkowita histerektomia jest konieczna, bez względu na powstałe patologie, które traktowane są jako zwykła wymówka. Jeśli weźmiemy pod uwagę najczęstsze przypadki, czyli mięśniaki o ograniczonych rozmiarach¹¹, to lekarze argumentują, że w pewnym wieku całkowita histerektomia jest wskazana; czyli zaleca się ją w przypadku takich patologii, które nie stanowią uzasadnienia dla tej operacji i mogą być leczone mniej inwazyjnymi i mniej wyniszczającymi metodami, jak miomektomia albo resekcja drogą histeroskopową. Pacjentki zazwyczaj nie są nawet świadome, że istnieją alternatywne sposoby leczenia, więc nie poddają ich analizie, a jeśli któraś poprosi o informację na temat mniej inwazyjnych metod leczenia, lekarze zaprzeczają, dowodząc, że „w tym wieku” nie jest to możliwe i nie ma sensu. Działanie to jest nie tylko bezpodstawne; powoduje również, że kobieta, która zazwyczaj ufa swojemu ginekologowi, czuje się zdezorientowana i nie rozumiejąc, dlaczego w jednym wieku leczenie jest możliwe, a w innym nie, przystaje na wersję lekarza. Aby w pełni kobietę przekonać, powtarza się jej co jakiś czas: „Proszę pani, do czego w tym wieku potrzebna jest pani macica?” oraz „Proszę pani, w czym problem? Chodzi o zniszczenia, jakie pociąga za sobą operacja? Co trzecia kobieta około pięćdziesiątki, którą mija pani na ulicy, nie ma macicy”. Jeśli któraś kobieta upiera się i wzbrania, mówiąc, że wszystkie narządy wewnętrzne są ważne, to może zostać wpędzona w poczucie winy, kiedy słyzy ze strony lekarza: „Zapewne jest pani

11 Rozważam ten przypadek, który jest najczęstszy, ponieważ skoro praktyka medyczna skłania się w tej sytuacji ku histerektomii, to istnieje większe prawdopodobieństwo, że zostanie ona zalecona w sytuacjach o wiele poważniejszych. Na przykład w anglojęzycznej literaturze cytowanej poniżej wskazano, że przypadki rozrostu endometrium – które można leczyć albo terapią hormonalną, albo przez usunięcie endometrium lub innymi metodami – stały się przyczyną stosowania histerektomii jako formy ochrony kobiet po czterdziestym roku życia przed przekształceniem komórek nabłonka endometrium w komórki rakowe (Dranov 1990, 36, 38–41). Ewidentnie podobna praktyka medyczna została ustanowiona również we Włoszech; we wspomnianym wyżej oświadczeniu prasowym wydanym przez SIGO (1997) na schorzenie to rekomenduje się usunięcie endometrium, a nie histerektomię.

przeciwniczką przeszczepu narządów!” Kobieta przeżywa głębokie przerażenie, jakiego doświadcza na myśl o histerektomii, a które często tłumi i dusi w sobie, ponieważ skoro lekarz tak twierdzi, to ewidentnie operacja jest konieczna. Lekarze nie biorą pod uwagę tego przerażenia, ponieważ obecnie humanitarne traktowanie pacjentki wydaje się romantyczną iluzją z przeszłości. Co więcej, w tym koszmarnym żargonie, który pojawia się w komentarzach cytowanych wyżej, powtarzanych co jakiś czas podczas badania ultrasonograficznego w celu upewnienia pacjentki, że rzeczą „naturalną” jest poddanie się operacji, zawsze wyczuwałam klimaty nazistowskie. W istocie, wrażenie związane z doświadczeniem pewnego rodzaju „ostatecznego rozwiązania” dla kobiecego ciała wyłania się z języka, jakiego kobiety używają w rozmowie z krewnymi lub przyjaciółmi: „wszystko mi wycięto, totalnie”. W ramach argumentu dotyczącego wieku lekarz zazwyczaj proponuje, jak sugerowałam wcześniej, *usunięcie jajników, nawet jeśli są zdrowe*, z uwagi na to, że *cały narząd, macica i jajniki wkrótce przestaną funkcjonować i staną się bezużyteczne*¹². By wzmocnić swoje stanowisko, lekarz *podkreśla ryzyko wystąpienia raka*. Macica i jajniki pewnego dnia mogą paść jego ofiarą, a zatem – jak mawia wiele lekarzy – jest to kolejny powód, by wszystko wyciąć. Dlatego też operacja ta w zbyt wielu przypadkach proponowana jest jako jedyne słuszne rozwiązanie, jako przejaw zdrowego rozsądku, zwłaszcza jeśli pacjentka jest w pewnym wieku i cierpi na jakieś dolegliwości, które wymagają leczenia. Histerektomia postrzegana jest jako szansa na zwiększenie ochrony pacjentki przed większym ryzykiem. Tymczasem z wypowiedzi samych kobiet wnioskować można, że ryzyka i zagrożenia związane z tą operacją są – jak pokażę później – często ukrywane.

Do najbardziej negatywnych skutków, które należy ujawnić w pierwszej kolejności, należą *ogromna krzywda i przemoc* związane z przyspieszeniem menopauzy¹³, a także natychmiastowe skutki *metody chirurgicz-*

12 Dodatkowe usunięcie jajników w przypadku wycięcia macicy po czterdziestym piątym roku życia uchodzi za niekwestionowaną, standardową praktykę.

13 Rozważam w pierwszej kolejności przypadek histerektomii (z obustronnym wycięciem jajników z jajowodami) wykonanej przed menopauzą, ponieważ jest ona najczęstsza. Odnosząc się do przypadków, kiedy wykonuje się ją po okresie menopauzy, zwracam szczególną uwagę na te same negatywne skutki, jakie pojawiają się w przypadku histerektomii wykonywanych przed menopauzą. Są to: wpływ samej operacji, blizny i zaburzenia w umiejscowieniu macicy, możliwa konieczność wykonania transfuzji z towarzyszącymi jej skutkami ubocznymi, a także efekt traumy. Ponadto istnieją również, opisane w niniejszym tekście, negatywne skutki związane z faktem, że na skutek operacji wygaszone zostają funkcje, jakie macica pełni po okresie płodności. Jeśli chodzi o jajniki, po menopauzie nie przestają one przez jakiś czas wytwarzać, mimo że na o wiele niższym poziomie,

nej wybranej przez ginekologa, które zaburzają granicę wyznaczaną przez naturalny cykl. Zazwyczaj przejście od regularnej menstruacji do jej całkowitego zaniku trwa latami. Negatywne skutki menopauzy dla psychicznej i fizycznej kondycji kobiety są bardzo dobrze znane. Niemniej jednak w wyniku przemocowych zmian wywołanych przez operację skutki te stają się dotkliwe i występują w złej kombinacji, a nawet lepiej, bo „nie do pary”. Dlatego też nakłanianie pacjentki do poddania się operacji bez większego powodu jest najgorszą przysługą, jaką lekarz może wyświadczyć kobiecemu ciału, i wiąże się ona z tłumaczeniem pacjentce, że na skutek tego zabiegu nie będzie mogła mieć dzieci.

Z tego powodu istotne jest, by podkreślić, w jaki sposób próby zgłaszania przez kobiety dylematów i stawiania oporu przed celowym wywołaniem menopauzy przez tego rodzaju wypaczone praktyki bywają tłumione przez argumenty natury medycznej, wywołując w pacjentkach poczucie winy i czyniąc z ich rozterek rzecz naturalną: „Nie chce pani zgodzić się na operację, bo nie akceptuje pani faktu wejścia w menopauzę”. Ta procedura *przekształcania ofiary w sprawczynię* przypomina to, czego kobiety doświadczały historycznie podczas *typowych rozpraw sądowych o gwałt*. Z kolei przygotowywanie kobiet do histerektomii i wycięcia jajników, podczas gdy istnieją inne możliwości, jest bez wątpienia poważnym aktem agresji, jakiego lekarze dopuszczają się na kobietach.

Moim zdaniem zgodę pacjentki w opisanej powyżej¹⁴ relacji lekarz – pacjentka, która skutkuje skierowaniem kobiety na najbardziej niepożądaną i wyniszczającą operację bez konkretnego powodu, przy jednoczesnym ignorowaniu lub lekceważeniu innych metod, bez wymienienia ryzyka i zagrożeń związanych z tą operacją, można scharakteryzować nie tylko jako zgodę nieświadomą, lecz nawet gorzej, bo jako *zgodę wyrażoną w wyniku wprowadzenia w błąd*. W tym przypadku wydaje się, że pacjentka udziela zgody pod wpływem oszustwa (zgoda pod wpływem kłamstwa) i pozbawiona zostaje możliwości wolnego wyboru spośród innych opcji, które nawet nie zostają jej przedstawione; zgadza się zatem na podstawie wprowadzających w błąd i bezpodstawnych informacji (mówiących o braku alternatyw oraz o korzyściach, jakie niesie ze sobą usunięcie macicy i jajników) lub informacji, które są niepełne (pewne i wysoce prawdopodobne wystąpienie w przyszłości natychmiastowych szkód). Paradoksalnie, choć w czasie debaty na temat świadomej zgody

estrogenu wraz z hormonami androgenowymi, które są tak istotne dla utrzymania dobrego samopoczucia kobiety przez cały okres jej życia.

14 Przykłady wypaczeń w postępowaniu i języku medycznym, możliwe do odnalezienia w tekstach, idą w parze z tym, czego sama doświadczyłam i czego później dowiedziałam się od innych kobiet.

poczyniono wiele kroków naprzód, to większość prawoznawców i teorii prawoznawstwa utrzymuje, że zgodnie z artykułem 32 i 13 Konstytucji¹⁵ oraz z prawem 883/78 ustanowionym przez Publiczną Służbę Zdrowia (National Health Service), należy respektować prawo obywatela do odmowy leczenia nawet w sytuacjach ekstremalnych. Pozycję tę podtrzymuje nowy medyczny kodeks deontologii (Kodeks Etyki Lekarskiej – przyp. tłum. K.S.) z 1995 roku (artykuły 29, 31, 34 i 50)¹⁶. W przypadku histerekтомii, w sytuacjach, które w żadnym razie nie są wyjątkowe, wciąż można spotkać się z praktykami proponowania gorszych metod leczenia, najbardziej inwazyjnych, wyniszczających, okaleczających, które często prowadzą do innych patologii i wymagają kolejnych operacji.

Kobietom odmawia się prawa wyboru i po raz kolejny odbiera się im podmiotowość; w ten sposób postrzegane są przez lekarzy jako przedmioty wybranego przez nich leczenia. W sytuacjach, jak te wspomniane wyżej lub w innych przypadkach, kiedy możliwe jest podjęcie mniej inwazyjnych metod, opcje, które opierają się na przekonaniu o dobru pacjentki, wydają się o wiele trudniejsze. Dlatego też myślę – o ile nie zawodzi mnie pamięć z okresu moich studiów medycznych, a także mając na uwadze wspomniane wyżej prawo, wzmocnione postanowieniami sądu – że wykonanie operacji usunięcia macicy i jajników w przypadkach, gdzie nie występują żadne poważne patologie, których nie dałoby się wyleczyć w inny sposób, a które to są jedynym uzasadnieniem takiej operacji, stanowi przestępstwo poważnego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z artykułem 582 kodeksu karnego, włączając w to obciążające okoliczności zgodnie z artykułem 583, paragraf 2, punkt 3, który mówi wprost o „uszczerbku na zdrowiu wywołanego na skutek utraty funkcjonowania organu lub utraty zdolności do prokreacji”. W istocie, w przypadku nieuzasadnionej histerekтомii, bez potrzeby zagrażającej integralności ciała, narządy nie tylko tracą swoją funkcję, lecz zostają „usunięte”; narządy, które odgrywały istotną rolę przed ich usunięciem, lecz konty-

15 Artykuł 32 Konstytucji Włoch głosi: „Nikt nie może być zmuszony do poddania się określonej terapii w inny sposób, jak tylko na podstawie przepisów ustawy”, a artykuł 13 mówi o tym, że: „Wolność osobista jest nienaruszalna”.

16 Artykuły 29 i 31 dotyczą odpowiednio kwestii informowania pacjentów oraz poinformowanej zgody, jakiej pacjentki muszą udzielić „w formie pisemnej”, jeśli mogą wystąpić konsekwencje dla ich „fizycznej integralności”, by istniał niekwestionowany dowód ich woli. Artykuł 34 głosi, że jeśli pacjent w przypadkach pilnych i w sytuacjach wyjątkowych nie może udzielić zgody, lekarze powinni ograniczyć się do niezbędnego działania i leczenia. Artykuł 50 stanowi, że lekarze nie mogą narzucać sposobu leczenia – podobnie jak nie można wymuszać posiłku na więźniu odmawiającemu jedzenia – i powinni ograniczyć się do kontynuowania leczenia.

nuowałyby swoje działanie po zaniku płodności, jak wyjaśniam poniżej. I dotyczy to nawet przypadków, kiedy pacjentka złożyła „pisemną zgodę”. W istocie pisemne zgody pozostają nieważne, jeśli nie są rezultatem szczerzej komunikacji, w czasie której lekarz udzielił pacjentce pełnych informacji o alternatywnych metodach i operacjach, leczących chorobę w najlepszy możliwy sposób, i wyraził się na tyle jasno, że pacjentki są świadome istnienia innych opcji. W moim przekonaniu pisemna zgoda jest nieważna również wtedy, kiedy zezwała na operację bardziej wyniszczającą niż to konieczne. Negocjacje *między lekarzem a pacjentką* muszą odbywać się *w najbardziej dogodnych warunkach*. Z jednej strony lekarze muszą działać zgodnie z „nauką i świadomością” (*science and conscience*), a więc szukać środków, które – po uwzględnieniu zysków i strat – wyrządzą najmniej szkód. Z drugiej strony pacjentki mogą domagać się tylko i wyłącznie operacji, których cel jest ten sam, a więc mający na względzie i ochraniający w najlepszy możliwy sposób ich dobrostan. Postawmy skrajną hipotezę: w przypadku pacjentek autodestrukcyjnych przytomni lekarze nie powinni akceptować autodestrukcji. Dlatego też sądzę, że skoro prośba pacjentki o usunięcie obu piersi z lęku przed rakiem jest nieakceptowalna przez lekarza, to z tych samych powodów nie powinien on akceptować prośby o usunięcie macicy, jajników albo obydwu narządów jednocześnie.

Na podstawie zawartych w artykule 583 włoskiego kodeksu karnego lub dających się z niego logicznie wywnioskować kryteriów odróżniających poważny uszczerbek na zdrowiu od skrajnie poważnego, chciałabym wyrazić się jasno – sądzę, że zgodnie z artykułem 582 kodeksu karnego przestępstwo usunięcia kobiecych narządów rodnych jest przypadkiem *skrajnie poważnego* uszczerbku na zdrowiu, który zgodnie z artykułem 583 kodeksu karnego, paragrafem 2, punktem 3, dotyczy wszystkich przypadków, nawet tych, u których usunięcie narządów nastąpiło *po menopauzie*. Nie tylko dlatego, że doprowadza ono do wyeliminowania podstawowych funkcji, jakie macica wciąż pełni po menopauzie, również w odniesieniu do aktywności seksualnej. Równie istotne jest to, że narządy rodne kobiety jako całość pełnią funkcje, których nie mogą pełnić inne narządy – chodziło będzie mianowicie o założenia i charakterystykę biologicznej tożsamości płciowej, jak również o biologiczne podstawy różnic między płciami. Dlatego ich usunięcie może w poważnym stopniu oddziaływać na społeczną sferę kobiety. Jeśli moja teza nie koresponduje z *de jure condito* (aktualne prawo), proponuję, by traktować ją jako *de jure condendo* (potencjalne prawo) i kieruję prośby do znajomych prawników o podjęcie współpracy w tym przedsięwzięciu z uwzględnieniem tej drugiej perspektywy.

Kluczową kwestią jest to, że lekarze w sposób nonszalancki kierują pacjentki na histerektomie (i owariektomie), *naruszając podstawowe i niepodważalne prawo człowieka, a konkretnie prawo do ochrony integralności ciała, wraz z którym powinno iść w parze kryterium etyki lekarskiej, mające w pierwszej kolejności gwarantować ochronę ciała jako całości, z uwzględnieniem zawierających się w nim mocy reprodukcyjnych. Mocy ukierunkowanych przez naturę nie tylko na wytwarzanie innych ciał, ale przede wszystkim na reprodukcję własnego ciała jako takiego. Z tego powodu lekarze powinni operować tylko wtedy, kiedy jest to niezbędne, przy użyciu najmniej inwazyjnych środków.*

To, co powiedziałam wcześniej, nie oznacza bynajmniej, że ignoruję fakt, iż definicja tożsamości każdej i każdego z nas przemierza niezliczone ścieżki. Jednakże dla oceny przestępstwa z prawnego punktu widzenia, który interesuje nas tu w pierwszej kolejności, wydaje mi się, że ogólna funkcja, jaką pełnią narządy rodne, a jakich nie mogą pełnić inne organy, czyni ich nieuzasadnione wycięcie przestępstwem poważnego uszczerbku na zdrowiu. Wycięcie męskich jąder potraktowałabym w ten sam sposób. Nawet jeśli, zakładając roboczą hipotezę, jedna lub kilka funkcji, jakie odgrywają jądra, może być pełniona również przez inne narządy, to wciąż uznaję ich nieuzasadnione wycięcie za przestępstwo skrajnie poważnego uszczerbku na zdrowiu, ponieważ reprezentują one narządy, które charakteryzują tożsamość płciową i nie mogą być zastąpione przez żadne inne. Ich usunięcie z pewnością zaważyłoby w dużym stopniu na więcej niż tylko seksualnych relacjach mężczyzny.

Wracając do argumentu o relacji lekarz – pacjentka i jej ciemnych stronach, w wyniku których dochodzi do nieuzasadnionych histerektomii, należy rozważyć niemalże absurdalny i ekstremalny przypadek dobrze poinformowanej, lecz autodestruktywnej pacjentki. Faktem pozostaje, że nadużywanie histerektomii jest oparte na nieświadomej zgodzie, zgodzie w wyniku zatajenia faktów oraz na praktyce wykluczania przez lekarzy pacjentki z podjęcia decyzji o wykonaniu tej operacji.

Przyjmuje się, że to odwrócenie roli lekarza i pacjentki jest nieakceptowalne, jeśli chodzi o korzystanie z przysługującego wszystkim pacjentom i obywatelom *niezależnego prawa* do decydowania o sprawach związanych ze swoim ciałem i jego leczeniem, po uzyskaniu pełnych informacji na temat różnych możliwości. Muszę przyznać, że jestem zdumiona zarówno z prawnego, jak i medycznego punktu widzenia, kiedy słyszę, że często podawanym powodem, mającym uzasadniać operację jest *uniknięcie ryzyka zachorowania na raka w przyszłości*. Szczerze mówiąc, usunięcie narządu po to, by uniknąć problemów w przyszłości nigdy nie wydawało mi się zwycięską strategią. Dostrzegam paradoks w tym, że wykonuje się histerektomię wraz z usunięciem jajników, by uniknąć raka macicy i jajnika. Równie paradoksalna jest tendencja do wycinania nawet zdrowych jajników, która uzasadniana jest niekiedy tym, jak twierdzą niektórzy, że istnieje względnie mało badań na temat tego, jak oddziałuje na nie rak. A zatem na podstawie obecnych danych często niemożliwa jest interwencja na czas. Natomiast usunięcie zdrowych jajników jako forma zapobiegania zachorowaniu na raka nawet w wieku, który nie wydaje się zaawansowany, jeśli zaczyna się po czterdziestym piątym roku życia, a w niektórych przypadkach nawet wcześniej, jedynie zwalnia z wysiłku pogłębiania wiedzy na ten temat.

I nade wszystko to nie kobiety powinny równoważyć brak badań w tym zakresie, składając w ofierze swoje ciała. W temacie ochrony przed rakiem jajnika, jaką stanowi usunięcie jajników, naszym obowiązkiem jest przywołanie opinii innych lekarzy, którzy się temu sprzeciwiają¹⁷. Dlatego też rzecz ta domaga się pogłębionych studiów, by można było dowieść, że poświęcanie ciała kobiety jest nie tylko niesprawiedliwe, ale też nieskuteczne.

Kluczową kwestią jest to, że lekarze w sposób nonszalancki kierują pacjentki na histerektomie (i owariektomie), *naruszając podstawowe i niepodważalne prawo człowieka*, a konkretnie *prawo do ochrony integralności ciała*, wraz z którym powinno iść w parze *kryterium etyki lekarskiej*, mające w pierwszej kolejności gwarantować ochronę ciała jako całości, z uwzględnieniem zawierających się w nim mocy reprodukcyjnych. Mocy ukierunkowanych przez naturę nie tylko na wytwarzanie innych ciał, ale przede wszystkim na reprodukcję własnego ciała jako takiego. Z tego powodu lekarze powinni operować tylko wtedy, kiedy jest to niezbędne, przy użyciu najmniej inwazyjnych środków. Nieuzasadnione okaleczenie kobiecego ciała, jakim jest nadużywana w praktyce histerektomia, przeczy zasadzie, która powinna być cechą medycyny, i uwydatnia przyjęcie mechanicznego i redukcyjnego podejścia, określanego tu mianem „podejścia opartego na wieku”, nienawistnego wobec kobiecej podmiotowości, podważającego zarówno holistyczną wizję ciała, jak i koncepcję kobiety jako osoby.

Skupmy się jednakże przez chwilę na *perspektywie, w ramach której wszystkie narządy są rozpatrywane osobno, podkreślając ich podstawowe funkcje*. Samo w sobie wydaje się to wystarczające, by zakończyć nonszalancką postawę wobec histerektomii (i owariektomii) oraz wobec niektórych skutków ubocznych, jakie wiążą się z nagłym i brutalnym wprowadzeniem kobiety w stan menopauzy oraz uniemożliwieniem prokreacji. Można do tego dodać potencjalną szkodę związaną z usunięciem macicy, która odgrywa istotną rolę w architekturze całego podbrzusza; jej usunięcie wywołuje negatywne konsekwencje dla funkcji, jakie pełnią inne narządy. Żaden lekarz nie może temu zaprzeczyć. Mogę dodać, że zaangażowanie kobiet, które w wielu krajach wszczęły bunt przeciwko systematycznej kastracji ich ciał i zdecydowały się na bardziej

Nieuzasadnione okaleczenie kobiecego ciała, jakim jest nadużywana w praktyce histerektomia, przeczy zasadzie, która powinna być cechą medycyny, i uwydatnia przyjęcie mechanicznego i redukcyjnego podejścia, określanego tu mianem „podejścia opartego na wieku”, nienawistnego wobec kobiecej podmiotowości, podważającego zarówno holistyczną wizję ciała, jak i koncepcję kobiety jako osoby.

17 Dr Celso Ramon Garcia ze Szpitala Uniwersyteckiego w Pensylwanii twierdzi, wbrew pierwszej tezie, że usunięcie jajników nie chroni kobiety przed rozwojem raka, którego skutki mogłyby być takie same, jak w przypadku raka jajnika. Niektóre badania wykazały, że u kobiet, które przeszły histerektomię bez usunięcia jajników, odnotowano mniejszą zachorowalność na raka jakiegokolwiek rodzaju (Dranov 1990, 36, 38–41).

pogłębioną analizę swoich przypadków, prawdopodobnie przyczyniło się do wydobycia na światło dzienne faktu, że macica odgrywa zasadniczą rolę w kobiecym układzie hormonalnym i pełni ważną rolę również w okresie po wygaśnięciu płodności. Z tego powodu wszczęto dyskusję o jej użyteczności nawet w czasie, kiedy jej funkcja reprodukcyjna ustaje, ponieważ pozostaje ona aktywna w trakcie menopauzy i po niej, gdyż produkuje hormony i inne substancje¹⁸. Między innymi są to: beta-endorfina – naturalny środek przeciwbólowy, a także prostacyklina – rodzaj prostaglandyny hamującej powstawanie skrzepów krwi. Dlatego też przyczyna wzrostu chorób naczyniowych po histerektomii tkwi najprawdopodobniej w zaniku tej ostatniej substancji, wydaje się również, że może być z nią związane także nadciśnienie tętnicze, na jakie wiele kobiet cierpi po operacji. Co więcej, do innych poważnych konsekwencji zaliczamy: utratę energii i fizycznej wytrzymałości, redukcję słuzy i fizycznej przyjemności podczas zbliżenia seksualnego. Istnieje konieczność zbadania tych skrajnie uciążliwych skutków ubocznych, które wymieniłam, oraz uwzględnienia w tym badaniu reakcji kobiet, które przeszły tę operację. Do częściej pojawiających się efektów ubocznych należy zaliczyć też problemy z układem moczowym, ponieważ w wyniku operacji pęcherz traci wsparcie macicy, co prowadzi również do zaburzenia pracy jelit i wywołuje ciężkie dolegliwości, gdyż część z nich wypełnia przestrzeń powstałą na skutek usunięcia macicy.

Co więcej, po operacji niektóre kobiety zmagają się z poczuciem utraty, problemami psychicznymi, z depresją, spadkiem seksualnego pożądania, przybierają na wadze, cierpią na zmęczenie, bezsenność, bóle i zawroty głowy, sztywnienie stawów¹⁹. I co najbardziej istotne, kobiety doświadczają znaczącego pogorszenia aktywności seksualnej. Rozmaite badania, w tym wspomnianej Ryan (1997), podnoszą ten problem. Niemniej jednak to pogorszenie wydaje się logiczne, jeśli weźmiemy pod uwagę: wywołane przez operację zmiany w strukturze anatomicznej, oddziałujące zarówno na pochwę, jak i macicę, które zwykle zostają całkowicie usunięte, a które za sprawą szyjki macicy pełnią istotną rolę w czasie orgazmu, czego dowiodły badania cytowane poniżej oraz wypowiedzi kobiet, które wiodły pełne życie seksualne; pojawia się również brak nawilżenia pochwy, spowodowany usunięciem szyjki macicy oraz nagłą utratą estrogenów wytwarzanych przez jajniki, gdyż histerektomii

18 Jeśli chodzi o potwierdzenie informacji przytaczanych w niniejszym artykule zob. Collenghi 1997. Można je również znaleźć w innych źródłach, zwłaszcza w amerykańskich, jak przykład *Hysterectomy and Its Alternatives* (1996).

19 Są to problemy zgłaszane przez kobiety poddane histerektomii (Dranov 1990, 36, 38–41; *Hysterectomy* 1994; *Hysterectomy and Its Alternatives* 1996).

często towarzyszy owariektomia; a także gwałtowne zmiany hormonalne wywołane przez nagły stan menopauzy, mające wpływ na libido, bardzo często doprowadzające do depresji, która również ma negatywny wpływ na kondycję seksualną.

Wszystkie problemy wymienione powyżej oddziałują negatywnie na sferę erotyczną kobiety, gdyż wiążą się z przewlekłym cierpieniem oraz koniecznością radzenia sobie z innymi operacjami i leczeniem. Te ostatnie przenikają do już dostatecznie wypełnionej obowiązkami związanymi z pracą całej sfery psychicznej kobiety, która powinna być zarezerwowana dla twórczej i miłosnej wyobraźni. Każde nam to zastanowić się, dlaczego lekarz zwykle nie bierze pod uwagę problemów związanych z negatywnym oddziaływaniem zabiegu na kobiecą seksualność, lecz ma w zwyczaju podkreślać zalety życia seksualnego wolnego od ryzyka niechcianej ciąży; stanowi to, mniej lub bardziej świadomy, przejaw męskiego spisku. W rzeczywistości to partner kobiety czerpie korzyści z histerektomii w czasie własnej aktywności seksualnej, gdyż nie spadają na niego żadne skutki uboczne operacji i jest on zwolniony z konieczności zapobiegania ciąży. Sytuuje się to wyraźnie z dala od rozważań na temat negatywnych konsekwencji, jakie operacja mogłaby mieć na męską aktywność seksualną na poziomie psychologicznym.

W każdym razie wydaje mi się, że rozpatrywany tu szereg konsekwencji – niektóre są pewne, inne tylko możliwe – zazwyczaj nie jest wymieniany przez lekarzy jako efekt uboczny operacji, wraz z pewnymi skutkami już wspomnianymi wyżej, jak nagła i gwałtowna menopauza oraz utrata zdolności prokreacyjnych. Tymczasem w przypadku odmowy pójścia na operację kobieta ciągle słyszy, że istnieje możliwe ryzyko zachorowania na raka, co tylko potwierdza niskie prawdopodobieństwo, że zgodziłaby się na nią świadomie. W istocie żadna kobieta nie chciałaby mieć usuniętej macicy, jeśli nie ma takiej absolutnej konieczności.

Jeśli operacja akurat nie jest konieczna, żadna kobieta nie chciałaby jej przejść – a w tym przypadku mowa o poważnej operacji, biorąc pod uwagę blizny, zrosty i ogólne zaburzenia fizyczne oraz rozmaite zagrożenia. Operacja ta może wymagać transfuzji, która – w czasach takich jak nasze, w okresie wysokiej śmiertelności, wraz ze współistnieniem starych, nowych i nieznanych chorób – może przyczynić się w absolutnie nieprzewidywany sposób albo do choroby, albo do śmierci²⁰.

20 Nadia Berini zmarła 7 stycznia 1992 roku w Padwie w wieku trzydziestu dziewięciu lat w wyniku transfuzji krwi zawierającej wirusa HIV, którym została zakażona w szpitalu w Asolo, gdzie przeszła histerektomię w wieku trzydziestu czterech lat z powodu mięśniaków macicy. Podczas gdy staram się zmierzyć z problemem, który dotyka wielu kobiet, to przytaczając przypadek Nadii, nie tylko

Należy po raz kolejny wspomnieć, że podczas gdy we Włoszech histerektomia wyraźnie przeważa, to w trwającej dyskusji na szczeblu międzynarodowym na temat alternatyw dla histerektomii – dyskusji, która zawiera serie studiów komparatystycznych na temat idących z nią w parze zysków i strat (w tym pogorszenia jakości życia) – bierze się pod uwagę możliwość histerektomii nadszyjkowej (częściowej). Badania przeprowadzone w Finlandii podkreślają ograniczony orgazm w przypadku usunięcia szyjki macicy (zob. Dranov 1990, 63, 38–41). Inni badacze z USA zamierzają zweryfikować tę zależność²¹. Być może poznalibyśmy wynik tych badań już dawno, gdyby to, co kobiety mówią po operacji, zostało potraktowane poważnie. W przypadku, kiedy histerektomia jest konieczna, zaleca się również powrót do procedury przezpochwowej, która pozostawia mniej blizn i jest mniej wyniszczająca, ponieważ w jej trakcie – niekoniecznie, choć zazwyczaj – nie usuwa się jajników i jajowodów. Natomiast inni lekarze podkreślają, że wewnętrzne blizny, powstałe w trakcie procedury waginalnej, bardzo często uniemożliwiają lub utrudniają powrót do aktywności seksualnej. Zastanawia nas natomiast, dlaczego przy histerektomii brzusznej są usuwane zdrowe jajniki, podczas gdy w procedurze przez pochwę nie. Równie ciekawe jest to, dlaczego tak niewielu chirurgów specjalizuje się w operacjach przezpochwowych, na skutek czego większość histerektomii odbywa się przez nacięcie powłok brzusznych, które pozostawia blizny i niesie ze sobą ryzyko (zob. Dranov 1990, 63, 38–41). W czasie dyskusji na temat powrotu do przeprowadzania całkowitych histerektomii, kiedy tylko jest to możliwe, podkreślano, że należy mieć na uwadze, iż w trakcie operacji przez pochwę nie da się ochronić szyjki macicy. Inni mówią z kolei, że miomektomia jest technicznie bardziej skomplikowana niż całkowite usunięcie macicy i wymaga bardziej doświadczonych i lepszych chirurgów, co wyjaśniałoby, dlaczego na salach operacyjnych preferowane są bardziej radykalne rozwiązania (zob. Collenghi 1997). Udało mi się zweryfikować ten argument: w wielu przypadkach miomektomia jest bardziej skomplikowana niż histerektomia. Usunięcie tylko i wyłącznie macicy i pozostawienie jajników jest trudniejszą operacją i wymaga nieco więcej czasu niż usunięcie wszystkich narządów rodnych. Jednakże ograniczone umiejętności niektórych chirurgów lub brak czasu nie mogą stanowić uzasadnienia dla praktyki wyrządzającej kobiecemu ciału o wiele poważniejsze szkody oraz znieważającej kobiety jako osoby.

wspominam drogą przyjaciółkę, ale też – mam nadzieję – przyczyniam się do działania na rzecz objęcia ludzkiego ciała nadzwyczajną ochroną.

21 Przytaczam za: AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research (1996).

Jeśli chodzi o bliźnię powstałą po rozcięciu brzucha, to nie sposób pominąć nieestetycznego efektu cięcia, przebiegającego wertykalnie od pępka do włosów łonowych, zamiast horyzontalnie wzdłuż linii włosów łonowych. Horyzontalne cięcie rozcina mięśnie brzucha i bardzo często w trakcie gojenia rany pojawia się szpetny efekt „obwiśnięcia”. Wertykalne cięcie jest z kolei bardzo szpecące, jeszcze gorsze wtedy, kiedy użyte zostają brzydkie szwy i negatywnie oddziałuje na sposób postrzegania przez kobietę i przez inne osoby jej ciała, dlatego może źle wpłynąć zarówno na jej relacje seksualne, jak i na wszystkie inne. Z tego względu, biorąc pod uwagę, jak bardzo znaczące dla wielu mężczyzn są wciąż piękno i harmonia kobiecego ciała, sugestia lekarzy mężczyzn, by przeprowadzić histerektomię zazwyczaj przez powłoki brzuszne ze źle zszytym cięciem wertykalnym, wydaje się po dwakroć nieuzasadniona, skoro istnieją inne możliwości. Chyba że dla niektórych lekarzy istnieją dwa rodzaje kobiet: ich własne (żony i narzeczone) oraz cała reszta? Moje wątpliwości wynikają z tego, co usłyszałam w trakcie konferencji od jednego ginekologa, który powiedział publicznie, że żony lekarzy zazwyczaj nie są poddawane histerektomiom.

Pacjentki narzekają również, że po opuszczeniu szpitali nie otrzymują „pisemnych wytycznych”, informujących je o możliwych powikłaniach, jak na przykład rozchodzące się mięśnie brzucha, a także o tym, jak sobie z tym problemem poradzić i gdzie szukać pomocy. Jak to zwykle bywa, o wiele łatwiej jest pacjentkom z wyższym wykształceniem, które dysponują większymi środkami i czasem, by móc skupić się na tych problemach i znaleźć rozwiązanie. Pacjentki z mniejszymi możliwościami będą próbowały przez chwilę sobie z tym radzić, zanim z lepszym lub gorszym skutkiem odpuszczą całkowicie, nie dowiadując się nawet, że dzięki dobrze dobranym ćwiczeniom przeprowadzanym w odpowiednich placówkach można zapobiec nietrzymaniu moczu i pogorszeniu stanu mięśni. Ale najpierw, rzecz jasna, będą musiały znaleźć na to czas i pieniądze.

Podsumowując, sposób, w jaki chirurdzy patrzą na narząd, zapominając o tym, że jest on częścią osoby, jest przejawem ich krótkowzroczności, skutkującej wyborem rozwiązania, które topi korzyści w morzu problemów, jakie w istocie pozostają dla nich „niewidzialne”.

Pozwólcie mi natomiast powrócić do argumentu, który staram się podkreślić w związku ze wszystkimi, zazwyczaj ignorowanymi, negatywnymi konsekwencjami, jakie wiążą się z usunięciem narządów, mających kompleksowe fizyczne, psychologiczne i społeczne funkcje. Chodzi mianowicie o to, że – pomijając badania na temat *funkcji każdego narządu* oraz ich znaczenia, które wskazują, że są one liczniejsze i bardziej zróżnicowane niż zakładano dotychczas – *macica i jajniki są istotną częścią*

ciała. Z wyjątkiem ekstremalnych okoliczności, są one niemożliwe do zastąpienia, ponieważ odgrywają rolę w reprodukcji ciała jako takiego i są jego nieodłączną częścią. Pozostają częścią tkaniny życia, splecioną z narządami ciała i między nimi; są reprodukcyjną mocą ciała jako takiego. Las służy nie tylko do produkcji drewna. „Las produkuje glebę, wodę, czyste powietrze”, jak śpiewają kobiety z Chipko w Indiach²². Las daje wioskom cień, dostarcza pożywienia poza mechanizmami rynkowymi i dlatego gwarantuje życie i dostatek. Dotyczy to również ludzkiego ciała jako całości. Równowaga i siła ciała osiągnane są przez cały zespół narządów. Każda osoba jest wytworem historii przeżywanej lub przeżytej przez jej ciało – w którym umysł pozostaje w symbiotycznym związku z aparatem genitalnym i całym zestawem pozostałych narządów. Jak można było pomyśleć, że napaść na ciało kobiety, na tak charakterystyczną i znaczącą część jej tożsamości seksualnej, nie okałeczy jej fizycznie i psychicznie i nie pozostawi w niej głębokiej rany? Jest to mechaniczna wizja kobiet, uznawanych wyłącznie za maszyny reprodukcujące innych ludzi, wytwórczynie dzieci, a ich użyteczność ogranicza się wyłącznie do tej jednej funkcji; zgodnie z tą wizją przyjmuje się, że skoro kobiety zbliżają się do końca okresu swojej płodności, to ich ciała mogą zostać pozabawione części, które nie są już uznawane za potrzebne.

Muszę przyznać, że nie spotkałam się z takim samym podejściem wśród kobiet ginekolożek, z którymi miałam styczność – nawet jeśli nie było ich, rzecz jasna, zbyt wiele. Padała z ich strony wyraźna sugestia na temat dostępnych alternatyw, o których wielu ginekologów (choć nie wszystkich) zazwyczaj nie wspomina, co z jednej strony jest dowodem na to, że histektomia to nadużycie, a z drugiej odsyła nas do problemu męskiej dominacji w tak wyjątkowo kobiecej domenie, jaką jest ginekologia. Za ową dominację kobiety zapłaciły i wciąż płacą wysoką cenę. Powodem odmiennego podejścia (nie wszystkich) ginekolożek jest fakt, że identyfikują się one z kobiecym ciałem. Dlatego trudno sobie wyobrazić, że gdyby okupowały one pozycję władzy, to z taką samą łatwością promowałyby podejście kastracyjne. Rzecz ta nie dotyczy ginekologów mężczyzn.

Z całą pewnością dla mężczyzn kobiece ciało stanowi raczej terytorium do zdobycia aniżeli źródło tożsamości. I prawdopodobieństwo, że

22 Shiva pisze: „wraz z Alternatywną Nagrodą Nobla część światowej społeczności dołącza do walki, jaką kobiety z Chipko toczą przeciwko pojęciom postępu i oświecenia. Minęło dziesięć lat odkąd kobiety z regionu Henwal Ghati przybyły ze swoimi lampionami zapalonymi w środku dnia, by zademonstrować ekspertom od gospodarki leśnej »światło« (czyli to, że las wytwarza również glebę i wodę, a nie tylko drewno i dochody); nie są one już osamotnione w walce z monopolem zachodnich ekspertów na »światło«” (Shiva 1989, 219).

relacja lekarz – pacjentka stanie się pełna wrogości, pozostaje w mniejszym lub większym stopniu niejawnie. Jest to kolejny powód, dla którego ginekolodzy, świadomi ograniczeń, jakie wynikają z faktu, że są mężczyznanami, powinni za sprawą rzetelnej i pełnej szacunku dyskusji z kobietami rozważać zasadność swoich propozycji.

Prawdą jest również, że nie tak dawno temu ginekolożki, zdominowane w tym kontekście przez mężczyzn, zaczęły przekształcać sposób budowania relacji z pacjentkami i realizować go w praktyce. Niektóre porzuciły swój zawód, ponieważ nie było w nim miejsca dla innego rodzaju ginekologii i odmówiły bycia współniczkami jej agresywnych praktyk. W rzeczywistości w dziedzinie medycznej, która dotyczy kobiet, lecz w której – w jej najnowszej historii – kobiecy punkt widzenia nie miał szansy się przebić, powtarzam coś, co dla mnie i dla wielu kobiet jest „oczywiste”. Mianowicie, że niewłaściwe jest poddawanie się poważnej operacji, jeśli nie jest ona konieczna; że niewłaściwe jest pozbawienie kobiety jej zdolności prokreacyjnych, nieważne jak marginalne mogą one wydawać się w pewnym wieku, podczas gdy właściwe jest podtrzymywanie integralności naszych własnych ciał i naszych narządów genitalnych. Nie jest przypadkiem, że andrologia i urologia nie wytworzyły sposobów leczenia podobnych do histerektomii. Nie wydaje mi się również, by były to dziedziny zdominowane przez kobiety. Mężczyźni chronią swoją płć, lecz w praktyce medycznej i społecznej zbyt często wykazują agresję w stosunku do płci przeciwnej. Niemniej jednak męska dominacja w ginekologii, jak również w wielu innych domenach, umożliwiła ten niesprawiedliwy i jeszcze niepodważalny podział pracy, wedle którego kobiety dźwigają znaczną część obowiązków rodzinnych i dlatego mają mniej swobody, by poświęcić się jakiejś profesji. Lekarze mężczyźni, zamiast okazywać wdzięczność kobiecym ciałom, które dały im życie i ich wychowały, gdyż to ten nieopłacony trud umożliwił im zdobywanie kwalifikacji oraz dostęp do cennych profesji, jak medycyna, spoczywają na laurach i nie odwzajemniają się kobietom nawet szacunkiem. Podczas gdy lekarze propagują agresywne praktyki i stają się odpowiedzialni za zwielokrotnianie harówki w życiu kobiet – to pacjentki i lekarki utworzyły sieć alternatywnych informacji, by promować i uprzywilejowywać centra ginekologiczne, które traktują kobiece ciała z większym szacunkiem.

Wydaje się, że ostatnimi czasy nie tylko toczy się bardziej otwarta debata na temat *menopauzy*, ale też rośnie liczba inicjatyw i środków, które powinny sprawić, że nadchodzący okres historyczny będzie lepszy. Z tego względu wierzę, że lekarze, którzy pamiętają, że należy działać zgodnie z przysięgą Hipokratesa – „zgodnie z nauką i sumieniem” –

w pierwszej kolejności przestaną fundować kobietom fizyczną i psychiczną traumę nieuzasadnionej „medycznej menopauzy”, która jest doświadczeniem o wiele gorszym niż naturalne i stopniowe przejście w menopauzę, gdyż z tą ostatnią wiąże się zazwyczaj o wiele mniej skutków ubocznych. Wierzę również, że lekarze przestaną zalecać i narzucać to, co nazywam „sztuczną menopauzą”, przepisując kobietom sztuczne hormony, które trwale i przedwcześnie wygaszają jajniki. Jest to kolejna interwencja przemocowa, która również wyrządza wiele szkód kobiecemu ciału. Odnoszę się tu do odpowiedników *GnRH* (hormonu uwalniającego gonadotropiny), których funkcja polega na prowokowaniu w kobiecym ciele tego, co dość wymownie określane jest mianem „medycznej owariektomii” (Goldfarb i Grief 1997). Niektórzy lekarze podają je w ogromnych dawkach (więcej niż trzy zastrzyki) pacjentkom, u których podejrzewają zbliżającą się menopauzę, w nadziei, że ta kuracja ją zapoczątkuje i zatrzyma krwawienie spowodowane na przykład niewielkimi mięśniami. I rzeczywiście jest ona całkiem skuteczna. Krwawienie ustaje, ale pacjentka musi ponieść wszystkie konsekwencje związane z gwałtownie wprowadzoną menopauzą. W rezultacie pojawia się ryzyko osteoporozy i prawdopodobnie, co już dowiedziono, inne skrajnie negatywne skutki, jak atrofia pochwy oraz nagłe niszczenie i starzenie się tkanek. Nie sposób w pełni przewidzieć tych skutków głównie dlatego, że leki te stosowane są stosunkowo od niedawna. Przede wszystkim jednak ginekolodzy nie muszą się z nich tłumaczyć. Jak tylko wystąpią te skutki, żaden lekarz, o ile mi wiadomo, nie wie, jak sobie z nimi poradzić. A więc tylko *a posteriori* pamiętają o tym, że każde ciało jest odrębnym przypadkiem i jeśli jego równowaga zostaje zakłócona, to nikt nie wie, jak temu zaradzić. Nie chcę ciągnąć tu dyskusji na temat bardziej odpowiedniego i ograniczonego użycia tych leków, zwłaszcza że małe mięśniaki można leczyć różnymi innymi metodami czy terapiami, które nie wyrządzają poważnej szkody. Mam natomiast nadzieję, że te leki, jak wszystkie inne, jako że mają znaczący wpływ na ciało, są stosowane z należytą ostrożnością. I nade wszystko, że nowe badania farmakologiczne dążą do wynalezienia środków, które nie zakłócają w tak brutalny sposób fizjologicznej równowagi ciała.

Jeśli chodzi o „hormonalne terapie zastępcze”, chciałabym podkreślić, że nawet jeśli można dyskutować o ich pozytywnych i negatywnych aspektach, to wciąż zaskakujące jest to, że z jednej strony zaleca się je kobietom, podczas gdy z drugiej prowadzą one do nieuzasadnionych histerektomii i owariektomii. W niektórych przypadkach dostępność tych terapii stała się raczej kolejnym powodem, by w nonszalancki sposób zalecać „medyczną menopauzę”, ponieważ w ten sposób można

zredukować ich efekt. Wciąż są to tylko leki, które wywołują niektóre dobrze znane skutki uboczne, ale też takie, które wystąpią dopiero z czasem. *Nie są* one tym samym, co jajniki.

Kiedy zgłębiałam problem histerektomii i owariektomii, odkryłam, również w odniesieniu do menopauzy, jeszcze inny, zasługujący na największą krytykę aspekt relacji lekarz – pacjentka, a mianowicie *założenie* lekarzy, że *standardowy wzorzec kobiety przechodzącej menopauzę przypada na wiek pięćdziesięciu dwu lat (w innych przypadkach jest to czterdzieści dziewięć lat)*. Nawet jeśli wiek ten jest najbardziej zbliżony, to statystycznie ma on się nijak do faktycznego wieku pacjentki, w jakim rozpoczyna ona menopauzę. Niektóre kobiety przechodzą menopauzę w wieku pięćdziesięciu pięciu lat. W niespełna kilka miesięcy bez większego wysiłku dowiedziałam się o kobiecie, która weszła w menopauzę, mając pięćdziesiąt siedem lat. Nie mam wiedzy na temat tego, czy zostały przeprowadzone stosowne badania, by z całą pewnością dowodzić, że średnia wieku przypadającego na czas menopauzy może się zmieniać (jak inne stadia rozwoju ciała, które jako całość bardzo często żyje dziś dłużej i dłużej pozostaje młode). Pewne jest natomiast, że różnica między późniejszym wejściem w menopauzę a zazwyczaj przewidywanym wiekiem daje istotną przewagę; te dodatkowe lata, w których jajniki – a nie leki – wytwarzają estrogeny, przynoszą wiele dobrze znanych korzyści. Dlaczego pozbawiać kobiety tych korzyści, zalecając im histerektomię (i owariektomię) tylko dlatego, że zbliżają się (często nie *aż tak* blisko) do wieku pięćdziesięciu dwu lat? Tutaj też pojawia się jeszcze inna kwestia, która w moim przekonaniu związana jest z domaganiem się prawa do ochrony integralności własnego ciała. Chodzi mianowicie o *prawo do poszanowania naszego indywidualnego wieku wejścia w menopauzę*.

Jednakże na głębszym poziomie – pomimo pojawienia się nowej kultury medycznej, która uważa się za pełniejszą szacunku do współczesnej kobiety, a którą prezentują wszystkie te zastępcze terapie hormonalne – bardzo często daje się odczuć, że w wyobrażeniach lekarzy ów *standardowy wiek* rozpoczęcia menopauzy koresponduje z *zestandaryzowanymi fazami w życiu kobiety* oraz *klasy kobiet*. Był czas na miłość, czas na dzieci, a po nim nastąpił czas dojrzałości i wyrzeczeń. Tymczasem nie tak to wygląda. Nie tylko rytmy biologiczne zostały w poważny sposób zaburzone przez organizację pracy oraz przez możliwość obrania w życiu różnych ścieżek, które stoją w sprzeczności z zegarem biologicznym. Wbrew tym trudnościom, to również kobiety same zyskały do pewnego stopnia niezależność od rytmów biologicznych. Nie oznacza to wyłącznie, że odrzuciły życie miłosne z powodu wieku, ale że rozwinęły je w zupełnie nietypowe formy. Ktoś może być skrajnie cnotliwy w mło-

dości z powodu stresu związanego z urządzeniem się lub z realizowaniem kariery; ktoś inny może z kolei doświadczyć bardziej satysfakcjonujących lub też skomplikowanych relacji w wieku późniejszym. Wprowadzenie „medycznej menopauzy” nie niesie żadnych korzyści ani dla jednego, ani dla drugiego etapu życia, gdyż wyrządza ona wiele szkód w obszarze aktywności seksualnej i pożycia i wiąże się z nawracającymi komplikacjami oraz potrzebą przejścia dodatkowych operacji i leczenia²³. Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do kobiet, które wiodą satysfakcjonujące życie seksualne w małżeństwie lub w innej trwałej i ustanowionej relacji; również im operacja ta nie przynosi żadnych korzyści. To samo można powiedzieć o „sztucznej menopauzie”.

Innym i nie ostatnim paradoksem jest fakt, że podczas gdy *nowe techniki reprodukcji* przekroczyły pewne granice i zapoczątkowały eksperymenty w kolejnych obszarach, umożliwiając kobietom poczęcie dziecka w wieku późniejszym niż ten, jaki ostatnimi czasy był uznawany za maksymalnie dozwolony, histerektomia, jeśli nie jest uzasadniona, *bez potrzeby wyklucza tę możliwość*. Dla zwięzłości wywodu odkładam tu na bok rozważania na temat tego, czy można pokładać w tych nowych technologiach nadzieję, czy też nie. Ponieważ sytuacja życiowa i okoliczności mogą ulec naglej zmianie, odrzucenie tych możliwości wydaje się sprawą niezwykle poważną. Ktoś mający już dzieci może nagle pozostać bezdzietny i wciąż odczuwać przemożne pragnienie poczęcia kolejnych.

23 Wedle Dranov (1990, 36, 38–41) histerektomia jest bardziej popularna w Stanach Zjednoczonych niż w Europie. Liczba kobiet, które poddawane są tej operacji przed ukończeniem sześćdziesiątego roku życia, wynosi jedną na trzy, a w 50% przypadków występują komplikacje. Usunięcie jajników dotyczy 45% operacji usunięcia macicy i wyrządza, jak pisze autorka, więcej szkody niż pożytku. Artykuł „Hysterectomy and Its Alternatives” (1996) odnotowuje pięćset przypadków śmierci rocznie spowodowanych przez te operacje i skrupulatnie opisuje jej wady, jak i podwyższone ryzyko udarów i zawałów serca na skutek braku prostaty, hormonu produkowanego przez macicę, który hamuje krzepliwość krwi. W artykule odnotowano również spadek liczby wykonywanych histerektomii w Stanach Zjednoczonych na podstawie danych dostarczonych przez the Center For Health Statistics (724 tysiące w 1975 roku i 556 tysięcy w 1996 roku), wedle których są one zbyt liczne, a 30% z nich nie jest konieczna. Wśród tych przypadków aż 74% dotyczy kobiet między trzydziстым a pięćdziesiątym czwartym rokiem życia. Przed osiągnięciem sześćdziesiątego piątego roku życia aż 37% kobiet zostaje dotkniętych tym problemem. W artykule podkreślono znaczącą różnicę między obszarami Stanów Zjednoczonych i dowiedziono, że prawnicy tych kobiet przypisują nieuzasadnione histerektomie albo tendencji do przyuczania lekarzy, by skłaniali się ku tej terapii, albo też praktyce kierowania na nią z powodu wygody własnej lub dla zysku. Artykuł ten jest również źródłem informacji dotyczących możliwych alternatyw.

Precedensy historyczne

Mogłabym wymieniać kolejne negatywne aspekty związane z tą operacją. Jednakże nawet po tych wstępnych uwagach odczuwam dyskomfort, który towarzyszył mi od początku. Był on związany z tym, że usiłowałam udowodnić coś oczywistego; a mianowicie, że leczenie oszczędzające i mniej inwazyjne chirurgicznie jest lepsze niż to, które jest wyniszczające i bardziej inwazyjne; że lekarze nie mają władzy nad kobietami, lecz że kobiety (jak wszyscy pacjenci-obywatele) same sprawują władzę nad sobą, a więc są władne wszystkich decyzji dotyczących ich ciał. Obywatele, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, nie są własnością czy przedmiotami ani nauki, ani państwa i jego usług zdrowotnych. Jaka jest zatem przyczyna, dla której etyczne zasady i podstawowe prawa obywateli (czy też lepiej *obywatelek*) zostają naruszone w praktykach medycznych?

Pierwsza hipoteza zakłada głęboką nieświadomość lekarzy, jeśli chodzi o długą historię ataku na ciała kobiet i ich wiedzę, która to dała początki medycynie i umożliwiła jej rozwój jako oficjalnej nauce. Istnieją liczne badania na ten temat, które rozwinęły się zwłaszcza dzięki zaangażowaniu historyczek feministycznych z Europy i Ameryki Północnej. Do tych studiów, które doprowadziły do interesujących rekonstrukcji badawczych, zaliczyć należy książki Barbary Ehrenreich i Deirdre English (1973a; 1973b): *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers* oraz *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, przetłumaczone na język włoski w 1975 roku w jednym tomie i szeroko dyskutowane w latach siedemdziesiątych przez ruch feministyczny na szczeblu międzynarodowym. Badania te, które utrwaliły się zwłaszcza ze względu na znakomite rozeznanie autorek w kontekście historii Stanów Zjednoczonych XIX wieku, rzuciły światło przede wszystkim na to, że głównym celem dobrze zapowiadającej się, oficjalnej medycyny w Europie między XIII a XIV wiekiem nie była wiedza popularna, reprezentowana przez wiele znachorek wywodzących się z biedoty, lecz raczej wiedza należąca do znakomicie wykształconych miejskich uzdrowicielek, które rywalizowały w pozyskiwaniu bogatych klientów, już wtedy zgłaszających konkretne zapotrzebowanie na leczenie. Dobrze wykształcone uzdrowicielki z miast zostały wywłaszczone nie tylko przez brak dostępu do uniwersytetów, lecz również przez ustanowienie praw zabraniających trudnienia się medycyną wszystkim tym, którzy nie odbyli edukacji uniwersyteckiej. Przypadek słynnej znachorki Jakoby Felicie, przytaczany przez Ehrenreich i English, jest wzorcowy: dobrze wykształcona kobieta, która uczęszczała na „specjalny kurs” medycyny i w opinii samych pacjentów miała większą wiedzę niż jakikolwiek lekarz w Paryżu, w 1322 roku

została postawiona przed sądem przez wydział medyczny uniwersytetu za nielegalną praktykę (Ehrenreich i English 1973a, 18).

Ta zintegrowana strategia „zabrania dostępu” oraz „nakładania zakazu” na dobrze wykształcone miejskie uzdrowicielki w Europie była tak skuteczna, że pod koniec XIV wieku kampania zorganizowana przeciwko nim przez profesjonalnych lekarzy praktycznie dobiegła końca. Lekarze uzyskali monopol na medycynę dla klas zamożnych.

Jednakże położnictwo wciąż pozostawało poza zakresem ich kompetencji, a więc pomimo zamożnej klienteli było ono wyłącznie domeną kobiecą przez kolejne trzy stulecia. Później weszło ono w sojusz z interesami państwa, kościoła i (męskiej) profesji medycznej, które opowiadały się za przyznaniem tej domenie rangi „typowej” specjalizacji, kontrolowanej przez państwo i kościół kosztem eksterminacji „czarownic” – w większości akuserek i znacherek wywodzących się z biedoty i dla niej pracujących. Jednakże prześladowania te doprowadziły do ukształtowania się zestawu społecznych praktyk w skali makro, które wydarzały się w różnych okresach, niektóre już wcześniej, bo w XIV wieku, a inne od końca XV do XVIII wieku, zaś do najbardziej znanych należy *wywłaszczenie/grodenie wspólnych ziem*. Podczas gdy celem tego ostatniego było wytworzenie nędzy koniecznej do zapoczątkowania kapitalistycznego sposobu produkcji dzięki dostępności ogromnej liczby siły roboczej, to *polowania na czarownice służyły wywłaszczeniu kobiet z ich własnych ciał*. Dokonano tego przede wszystkim przez pozbawienie kobiet wiedzy i mocy do decydowania o swoich zdolnościach reprodukcyjnych, ponieważ reprodukcja jednostek – od tej pory reprodukcja siły roboczej, o ile dotyczyła ona ludzi wywłaszczonych i zubożałych – musiała znajdować się pod kontrolą państwa za sprawą profesji medycznej. Powstały liczne badania feministyczne na ten temat, ponieważ zarówno ten proces, jak i okres historyczny stanowią podwaliny dla definiowania nowej podmiotowości kobiecej i jej relacji z profesjami i instytucjami. Nadzwyczajna była rola badaczek kobiecych, z którymi współpracowałam od wczesnych lat siedemdziesiątych, w rewidowaniu historii polowań na czarownice z kobiecego punktu widzenia. Przytaczam w pierwszej kolejności pracę *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale* Silvii Federici i Leopoldiny Fortunati (1984). Zwłaszcza Federici zaobserwowała, w jaki sposób polowania na czarownice rozprzestrzeniły się w Europie między XIV a XVII wiekiem, osiągając moment kulminacyjny między 1550 a 1650 rokiem, kiedy to około sto tysięcy kobiet spłonęło żywcem, bardzo często po bezlitosnych torturach. Ofiarami były, jak już powiedziałam, w większości wiejskie akuszerki, winne nie tylko tego, że potrafiły odbierać poród, ale i tego, że posiadały wiedzę na temat aborcji i antykoncepcji,

a także uzdrowicielki oraz kobiety o złej reputacji. A jednak o wiele łatwiej było oskarżyć kobiety samotne, niezamężne, stare i przede wszystkim każdą przywódczynię miejskich i chłopskich buntów, wywołanych przez podwyżki cen, wielokrotne nakładanie nowych podatków, a szczególnie zawłaszczanie ziemi. Dziewice i kobiety ciężarne zwykle nie były skazywane na stos. To największe płciobójstwo (*sexocide*), jakie odnotowano kiedykolwiek w historii, stanowiące zasadniczy punkt zwrotny w historii walk między klasami i między płciami, wytępiło wraz z zamordowanymi kobietami, nawet jeśli nie całkowicie, medycynę ludową, a zwłaszcza wiedzę ginekologiczną i medycyną, która znajdowała się wyłącznie w rękach skazanych kobiet. Wiedza ta została zastąpiona przez medycynę oficjalną, kontrolowaną przez państwo i kościół, która potrzebowała stuleci, by móc wypełnić czymś autentycznie skuteczną lukę powstałą na skutek eksterminacji uzdrowicielek i akuszerok. Warto odnotować, że podczas gdy czarownice posiadały rozległą wiedzę na temat kości i mięśni, ziół i leków, to medycy tamtych czasów wciąż opierali swoje diagnozy na astrologii. Wiedza czarownic była tak olbrzymia, że w 1527 roku Paracelsus, uznawany za „ojca nowoczesnej medycyny”, spalił swój tekst farmakologiczny i przyznał, że „nauczył się wszystkiego od czarodziejki” (Ehrenreich i English 1973a).

Powstające państwa kapitalistyczne od tej pory przypisywały sobie – za pomocą nauki, która przekazywana była przez uniwersytety, a więc najpierw przez umysły mężczyzn z klasy rządzącej, odkąd zabroniono kobietom, z rzadkimi wyjątkami, dostępu do edukacji uniwersyteckiej – wiedzę na temat ludzkiej reprodukcji i, przede wszystkim, prawo do sprawowania nad nią kontroli. To zbrodnicze przywłaszczenie dziedzictwa, jakie kobiety z ludu gromadziły i przekazywały innym, pozbawiło najuboższe warstwy społeczne dostępu do opieki medycznej. Lecz stosy służyły przede wszystkim do tego, by spalić doszczętnie, wraz z akuszerkami i innymi skazanymi kobietami, ów średniowieczny model kobiety, który stał w sprzeczności z nowym modelem rodziny, lansowanej przez rodzący się kapitalizm: średniowieczna kobieta, licznie reprezentowana przez wiele profesji i sztuk, a zatem nie tylko w medycynie, udzielała się intensywnie w życiu społecznym, a jej seksualność nie była podporządkowana wyłącznie prokreacji. Skoro posiadanie „złej reputacji” było już wystarczającym powodem, by spłonąć na stosie, to musimy wziąć pod uwagę, że w samym przejściu do nowych sposobów produkcji kobiety zostały wykluczone zarówno z dostępu do ziem przez trwające wywłaszczenia/groźdzenia, jak i z trudnienia się poprzednimi profesjami, które również objęto zakazem i zabroniono kobietom podejmowania się nowych (Sullerot 1968). By móc prze-

trwać, po raz pierwszy w historii kobiety zmuszone były masowo do prostytucji (Fortunati 1995).

W tym kontekście stos, wraz z terrorystyczną polityką, jaką uosabiał, oznaczał przede wszystkim redefinicję społecznej roli kobiet. Jego zamiarem było uczynienie z kobiet „maszyn do reprodukcji siły roboczej”, co sprawiło, że zostały one poddane coraz większej izolacji, seksualnym represjom, podporządkowane władzy męża, wytwórcy dzieci oraz pozbawione jakiegokolwiek niezależności ekonomicznej, wiedzy czy mocy podejmowania decyzji dotyczących seksualności i prokreacji. Podczas procesów o czary to właśnie medyk był ekspertem, którego rola w całej procedurze polegała na zastawianiu naukowych pułapek w celu dowiedzenia, która kobieta może zostać uznana za czarownicę i które choroby mogły być spowodowane przez czary. Tym oto sposobem polowania na czarownice stały się dla medyków łatwą wymówką dla braku ich umiejętności: wszystko, czego nie mogli wyleczyć, przypisywali czarom. Rozróżnienie na „kobięce zabobony” i „medycynę mężczyzn” zostało utrwalone dzięki podziałowi ról, jakie w trakcie procesów pełnili medycy i czarownice (Ehrenreich i English 1973a, 19).

Wraz z początkiem XVII wieku pojawili się pierwsi mężczyźni akuszerzy, a w ciągu stulecia położnictwo zostało przez nich całkowicie przejęte (Clark 1968; Donnison 1977). Początkowo byli to cyrulicy, odznaczający się rzekomym zaawansowaniem technicznym, ponieważ używali szczypiec, które były ustawowo klasyfikowane jako narzędzia chirurgiczne. Kobiety, które już zdołały ujawnić niebezpieczeństwa związane z tym narzędziem, zostały wykluczone z chirurgii przez prawo. Doszło do tego, mimo że wiele kobiet specjalizowało się w praktyce chirurgicznej, jak na przykład w amputacji wypadającej macicy (Sutton 1997, 13). Później położnictwo przeszło w ręce oficjalnych lekarzy, stając się – zwłaszcza w Anglii wśród zamożnych – raczej lukratywną praktyką aniżeli usługą sąsiedzka.

W Stanach Zjednoczonych XIX wieku wytworzył się kolejny znaczący wzorzec całkowicie odmienny od wersji europejskiej, oparty na modelu konfrontacyjnym między ludową wiedzą medyczną, uosabianą głównie przez kobiety, ale też mężczyzn oraz uzdrowicieli o różnym pochodzeniu etnicznym (w tym Afrykanów i rdzennych Amerykanów) z jednej strony a początkującymi przedstawicielami oficjalnej nauki medycznej z drugiej. W konfrontacji tej przewagę miała wiedza ludowa i jej popularność doprowadziła do powstania Ruchu Zdrowia Publicznego (*Popular Health Movement*), którego rdzeniem były kobiety, a który wcielał w życie wizję medycyny akcentującej wiedzę na temat naszych ciał ze szczególnym naciskiem na profilaktykę. Ruch ten –

którego najbardziej radykalni członkowie odrzucali ideę płacenia za praktykę medyczną – ostro krytykował „zwykłych” lekarzy, będących wytworami uniwersytetu, za ich wątpliwą wiedzę oraz za ich pochodzenie utożsamiające ich z zamożną warstwą społeczeństwa kosztem wszystkich innych. Moment szczytowy Ruchu Zdrowia Publicznego (1830–1850) zbiegł się w czasie z początkiem zorganizowanego ruchu kobiecego i był z nim w znacznej mierze powiązany. Należy pamiętać, że ten powszechny ruch działający na rzecz zdrowia opierał się na klasowym, feministycznym punkcie widzenia i walczył nie tyle o lepszą i bardziej dostępną opiekę medyczną, ile o pewien rodzaj medycyny zupełnie różnej od tej, jaką oferowali „zwyczajni lekarze”.

Podczas gdy ci ostatni nie byli w stanie zmonopolizować medycyny w XIX wieku, to możliwość tę zyskali z początkiem kolejnego stulecia dzięki wysiłkom Fundacji Rockefellera i Carnegiego. Rzeczywiście, Stany Zjednoczone w tym okresie stały się wiodącą siłą gospodarczą na świecie, gdzie powstały pierwsze potęgi finansowe i gdzie koncentracja bogactwa była wystarczająca, by możliwe było zorganizowanie rozpowszechnionej filantropii. Celem polityki filantropijnej tych fundacji było zaprojektowanie w państwie nowej konfiguracji życia społecznego, kulturowego i politycznego, pożądaną przez klasę dominującą, której punktem kluczowym była „reformacja medyczna”. Począwszy od 1903 roku doprowadziła ona w pierwszej kolejności do masowego finansowania pierwszych szkół medycznych, które już wtedy posiadały znaczne zasoby finansowe i były w stanie, zgodnie z zaleceniami, zainicjować reformy potrzebne do wprowadzenia w życie dyrektyw uchwalonych przez Johns Hopkins (utworzonych w 1893 roku). Wiodąca rola tych szkół opierała się na działalności niektórych amerykańskich lekarzy powracających z Europy, gdzie nawiązali współpracę z francuskimi i niemieckimi naukowcami, którzy wynaleźli teorię na temat bakterii jako przyczyny chorób.

Po raz pierwszy w historii teoria ta dostarczyła racjonalnych podstaw do zapobiegania i leczenia chorób. Lekarze ci, finansowani przez lokalnych filantropów, ustanowili Johns Hopkins pierwszą szkołą medyczną opartą na modelu niemieckim. Jednakże w przeciwieństwie do niej większość zwykłych szkół, innych szkół – gdzie przeważającą większość uczących się stanowiły kobiety, osoby czarne i biali z biedoty – nie tylko działały bez jakiegokolwiek wsparcia finansowego, lecz także spotkały się z ostrą krytyką Abrahama Fleksnera w jego *Raporcie* z 1910 roku. Wiele z tych szkół zmuszonych było zakończyć swoją działalność.

A zatem medycyna stała się dyscypliną edukacji „wyższej”, dostępnej jedynie za sprawą długich i kosztownych studiów uniwersyteckich i zaczęła podlegać niemal wyłącznie mężczyznom z klasy średniej i wyższej. *Nowe*

prawa dotyczące stopni naukowych, które zostały wprowadzone w USA w rozmaitych stanach, utrwały monopol zwykłych lekarzy w domenie medycyny; nieco później wprowadzono *kolejne prawa, które wykluczały akuszerki z tego, co od zawsze stanowiło obszar ich działań*. Akuszerki były obarczane odpowiedzialnością za infekcje poporodowe i za oftalmię u noworodków. Jednakże zamiast udzielić im prostego instruktażu i dostarczyć leków, jak na przykład kropli do oczu przeciwko oftalmii, postępowcy woleli zdelegalizować ich działalność. Stało się tak, pomimo wyników badań przeprowadzonych przez profesora ze szkoły Johns Hopkins, opublikowanych w 1912 roku, które wykazały, że większość amerykańskich lekarzy była mniej kompetentna od akuserek z tamtego okresu. Od tej pory dziedzina położnictwa została przejęta przez profesjonalnych lekarzy, skłonnych do stosowania technik chirurgicznych, które wyrządzały krzywdę matce i dziecku. Jednym ze skutków zdelegalizowania pracy akuserek było pozostawienie biednych kobiet, których nie stać było na lekarza, bez dostępu do *jakiegokolwiek* opieki zdrowotnej. Oczywiście do przewidzenia skutki, jakie poniosły matki i dzieci, zostały częściowo udokumentowane (Ehrenreich i English 1973a).

W dziewiętnastowiecznej Ameryce to właśnie w „regularnej” profesji medycznej zaczął działać ten rodzaj medycyny, który w rzeczywistości funkcjonował jako *potężne narzędzie służące do kontrolowania zachowań kobiet*. Przyjęła ona formę *odbiegających od normy technik kastracyjnych*, takich jak *amputacja łechtaczki* zalecana na podniecenie seksualne, które uznawano u kobiet za rodzaj dysfunkcji, a także *usuwanie jajników* jako formy leczenia różnego rodzaju zaburzeń. Dlatego też uważam, że nadszedł czas na napisanie „historii okaleczania kobiecych genitaliów w cywilizacji zachodniej”. Co do amputacji łechtaczki, to zdaniem Ehrenreich i English, jak pisały w 1973 roku, ostatnia operacja tego rodzaju została przeprowadzona w Stanach Zjednoczonych około dwadzieścia pięć lat wcześniej na masturbującej się pięcioletniej dziewczynce.

Jednakże klitoridektomia w dziewiętnastowiecznej Europie również miała swoich zwolenników nawet wśród takich wiodących praktyków oficjalnej medycyny, jak doktor Isaac Baker Brown ze Szpitala św. Marii w Paddington w Londynie, którego wkład w zapoczątkowanie bezpieczniejszych praktyk chirurgicznych zasługuje na uznanie. W 1865 roku opublikował on artykuł na temat leczenia pewnych rodzajów szaleństwa, epilepsji i hysterii za pomocą klitoridektomii, a także podjął próby rozpowszechnienia osiągnięć tej praktyki, za co na szczęście został wydalony z Londyńskiego Towarzystwa Położniczego (Sutton 1997, 10). Ilu natomiast było innych lekarzy po obu stronach Atlantyku, którzy bez trudu

popelniali tę medyczną zbrodnię przeciwko kobietom?

Wracając do ustaleń Ehrenreich i English (1973a) na temat Stanów Zjednoczonych w dziewiętnastym wieku, należy mieć na uwadze, do jakiego stopnia kobiety z klasy średniej lub średniej wyższej stanowiły idealną klientelę profesji medycznej. Z jednej strony to dzięki nim możliwe było uwydatnienie pewnych nawracających schorzeń spowodowanych przez biologiczne właściwości oraz cechy kobiecego ciała, nawet jeśli nie były one bezpośrednio z nimi identyfikowane. Z drugiej strony dzięki nim utworzyła się potrzeba powtórnych wizyt oraz metod leczenia polegających ściśle na uzasadnianiu kobiecej bierności – czyli przez izolację i „odpoczynek w łóżku” pacjentek. Wedle tak zwanej „teorii oszczędzania energii”, zgodnie z którą każdy wysiłek energetyczny wydatkowany na inne czynności był szkodliwy dla reprodukcji, kobietom jednocześnie zabraniano podejmowania się jakichkolwiek intelektualnych i im podobnych form aktywności. Jednakże wraz z tą brutalną napaścią na kobiece ciało, która doprowadzi do *rozpowszechnionej owarietomii*, z jednej strony nastąpi oddzielenie kobiet od wiedzy medycznej, również w Stanach Zjednoczonych, a z drugiej strony przekształciła się ona w profesjonalną naukę mężczyzn, która rozwinie się tak dalece, że na jej podstawie powstanie teoria, definiowana przez autorów wspomnianych wyżej jako „psychologia jajników” (Ehrenreich i English 1973b, 35). Wedle tej teorii utrzymywano, że macica i jajniki pełnią funkcje dominujące w organizmie kobiety oraz że, w powiązaniu z tym założeniem, jajniki mają wpływ na kobiecą osobowość. Dlatego też jakakolwiek zmiana w obrębie tego, co określano mianem „naturalnych cech” kobiet – od drażliwości i wściekłości do manifestacji seksualnego pożądania – można było przypisać chorobie jajników. Odkładając przez chwilę na bok rozmaite nadużycia, jakich w tamtym czasie ginekolodzy, bazujący na tym założeniu, dopuszczali się na kobiecym ciele, trzeba zaznaczyć, że wśród mężczyzn powszechne było przekonanie, iż kobieca aktywność seksualna jest patologiczna. Należy tu podkreślić, że najbardziej brutalnym i najpowszechniej praktykowanym przez ginekologię chirurgiczną sposobem leczenia „zaburzenia osobowości” była owarietomia. Między 1860 a 1890 rokiem przeprowadzono tysiące takich operacji.

Szczególną teorią w tej materii była tak zwana „zwyczajna owarietomia”, czyli usunięcie jajników będące sposobem leczenia chorób niezwiązanych z jajnikami, rozwinięta w 1872 roku przez doktora Roberta Batteya z Rome w stanie Georgia. Doktor Ben Baker-Benfield twierdził, że operacja ta miała zmniejszyć „takie symptomy, jak drażliwość, objadanie się, masturbacja, próby samobójcze, zapędy erotyczne, manie prześladowcze, zwykła »złośliwość« i bolesne miesiączkowanie” (Ehren-

reich i English 1973b, 35). Wśród tak szerokiego wachlarza symptomów to właśnie występowanie „silnego pociągu seksualnego u kobiet” było tym powodem, dla którego lekarze najczęściej zalecali kastrację.

Pacjentki zazwyczaj przyprowadzane były do chirurgów przez swoich mężów, którzy skarżyli się na brak dyscypliny w ich zachowaniu, zaś po operacji, jak twierdził doktor Battey, stawały się bardziej „rozsądne, zdyscyplinowane, ciężko pracujące i czyste”. Biorąc pod uwagę warunki, w jakich te operacje były przeprowadzane, zasadne jest pytanie, *dla ilu kobiet ta terapia karna była tak naprawdę karą ze strony kapitału*. Niekiedy wystarczyła już sama groźba operacji, by utrzymać kobietę w ryzach. Niektórzy chirurdzy twierdzili, że usunęli od tysiąca pięciuset do dwóch tysięcy jajników. Przytaczając słowa doktora Bakera-Benfielda: „w trakcie kongresów medycznych nosili je na tacach niczym trofea” (Ehrenreich i English 1973b, 35).



Henri Gervex, *Jules-Émile Péan and his surgery class before the operation*, 1889, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:P%C3%A9an_and_his_surgery_class_before_operation.jpg.

W przypadku *histerektomii* również pojawiały się teorie medyczne, wedle których miała ona być zalecana na cały zakres zaburzeń: od histereii, aż po „menstruacyjną melancholię” – która dzisiaj określana jest mianem „syndromu napięcia przedmiesiączkowego” (Sutton 1997, 16). Mając na uwadze wiedzę obowiązującą w tamtym czasie, należy podkreślić, że przed wykonaniem takich operacji chirurdzy często nie myli rąk lub nie używali rękawiczek czy maseczek, a przemożna chęć zaprezentowania swoich umiejętności powodowała, że przekształcali histerektomię w imprezę towarzyską, na którą zapraszano nie tylko innych lekarzy, ale też przyjaciół i różne osoby, by mogli oni obejrzeć to widowisko²⁴, obojętni na agonię kobiety, która bez znieczulenia musiała wytrzymać piekło bólu wywołanego przez cięcie lancetem chirurgicznym od mostka aż do spojenia łonowego.

Jednakże nawet po udoskonaleniu pierwszych metod znieczulenia ogólnego – na przykład chloroformem – niektórzy lekarze wciąż deklarowali, że nie będą go stosować, tłumacząc, że napięcie, jakiego pacjentki doznają w trakcie operacji pomoże im szybciej wyzdrowieć. Jedną z osób wysuwających takie roszczenia był znakomity lekarz Charles Clay, który stworzył nazwę „owariektomia” na określenie amputacji jajników i słynął z tych operacji (wykonał ich 395, z czego tylko 25 zakończyło się śmiercią). W 1943 roku przeprowadził pierwszą histerektomię brzuszną w Manchester w Anglii (niestety zakończoną śmiercią pacjentki w wyniku krwotoku). Clay powiedział wówczas, że woli nie stosować znieczulenia, ponieważ siła woli, jaką pacjentka okazywała w trakcie operacji bez środków znieczulających, była również oznaką jej chęci wyzdrowienia (Sutton 1997, 4, 6).

Czy było to po prostu stare przekonanie – szeroko rozpowszechnione w tamtym czasie nie tylko w ginekologii i położnictwie – że kobiety powinny cierpieć?²⁵ Autor cytowanego artykułu jest zaskoczony tym, jak

24 Obraz męskiej publiki otaczającej nagie ciało młodej kobiety, leżącej z zamkniętymi oczami podczas jednej z pierwszych histerektomii wykonywanych przez ginekologa Péana w Paryżu, jest niezwykle znaczący. Został przedrukowany w wielu tekstach feministycznych i znalazł się na okładce cytowanej wcześniej książki – *Avanti un'altra* (Paggio 1976). [...]

25 Pojawiają się tu wątpliwości, ponieważ wynalazca znieczulenia stosowanego w położnictwie, James Young Simpson (1811–1870), „musiał bronić prawa do stosowania chloroformu przed jego przeciwnikami, którzy potępiali jego użycie nie z powodów medycznych, lecz moralnych, twierdząc, że »Pan zostanie pozbawiony rozpaczliwego wezwania« kobiety w trakcie porodu” (Guthrie 1945). Co więcej, w średniowieczu Kościół zakazywał używania ziół zmniejszających ból porodowy (Federici i Fortunati 1984), ponieważ Biblia głosi: „w bólu będzieciez rodziła dzieci”. Medycyna wciąż stosuje się do tej nauki, biorąc pod uwagę fakt,

wiele kobiet wyrażało zgodę na tę operację, pomimo wysokiego ryzyka śmierci (zwłaszcza podczas histerekтомii brzusznych). Tymczasem, podobnie jak w przypadku owariektomii, nas zastanawia raczej to, jak wiele nadużyć i jak wiele przemocy kobiety te doświadczyły ze strony mężów, braci, ojców, lekarzy – jako kary i sadyzmu dla jednych lub jako przejawu sadyzmu i zawodowych interesów dla innych? Do jakiego stopnia męski spisek przyczynił się do tak bezużytecznego i przerażającego cierpienia kobiecych ciał?

Kwestie bieżące

Pod koniec pierwszej części rozważań dotyczących – jeśli można to tak ująć – „winy założycieli” nowoczesnej ginekologii, bardziej zasadne niż kiedykolwiek jest postawienie pytań o ciągłość między tamtą historią a historią współczesną, związaną z rozpowszechnieniem praktyki histerekтомii (oraz owariektomii) jako przejawów agresji i wyłączenia kobiecego ciała; należy ją przeciwstawić wiedzy kobiet sprawujących opiekę zdrowotną, która nigdy nie zakładała destrukcji narządów rodnych.

W tym kontekście interesujące wydaje się zdobycie wiedzy na temat tych możliwych związków i ich rozpatrzenie, a także zainicjowanie badań nad bliższą nam rzeczywistością. Co Sutton (1997) ma do powiedzenia o współczesnych Stanach Zjednoczonych? W dwudziestym wieku – wraz z pojawieniem się nowych i bezpiecznych środków, takich jak anestezja, leki przeciwzakrzepowe i antybiotyki – zaczął się boom na histerekтомię. W efekcie dzisiaj w obrębie Unii jest to druga najczęściej przeprowadzana operacja, gdyż wykonuje się ich więcej niż 650 tysięcy rocznie, a ich koszt wynosi około trzy biliony dolarów²⁶. Pod koniec lat osiemdziesiątych, jak twierdzi autor, operacji tej poddano około 50% amerykańskich kobiet. Sutton po części wiąże tak dużą liczbę operacji z *nadużyciem*,

że u progu trzeciego tysiąclecia kobiety wciąż rodzą w bólu. W przypadku medycyny zachodniej znieczulenie zewnątrzoponowe, bez względu na to, jakie ma się zdanie na jego temat, wciąż nie należy do codziennej praktyki szpitalnej. W medycynie wschodniej chińska akupunktura często umożliwia kobiecie urodzenie dziecka bez bólu, więc wystarczyłoby zatrudnienie w szpitalach ekspertów od akupunktury.

26 Pokrywa się to z danymi na temat histerekтомii przedstawionymi przez the National Center for Health Statistics z 1985 roku (670 tysięcy) i z 1981 roku (674 tysiące). Po latach siedemdziesiątych Centrum odnotowało, jak już wspominałam w przypisie 27, spadek operacji, ale stowarzyszenia obywateli i lekarzy o różnych poglądach wciąż uważają, że ten wskaźnik jest zbyt wysoki. Stowarzyszenia te działają aktywnie na rzecz informowania kobiet o alternatywach (*Histerectomy and Its Alternatives* 1996).

ponieważ, jak zauważa, wykonywane były w okresie, kiedy dostępnych było już wiele zaawansowanych technologicznie alternatyw dla leczenia patologii macicy.

Mając na uwadze, że jest to jedna z najczęściej wykonywanych operacji w krajach zachodnich, Margaret M. Ryan (1997, 21) stawia dalsze pytania dotyczące związku między patologią a metodami leczenia na podstawie znaczących różnic między poszczególnymi krajami i klasami społecznymi. Po tym, jak w latach siedemdziesiątych osiągnęły one liczbę szczytową, Ryan odnotowuje wyraźny spadek w wielu krajach. Niemniej jednak autorka ujawnia, że w Stanach Zjednoczonych prawdopodobieństwo przejścia takiej operacji dotyczy 40% kobiet w wieku poniżej sześćdziesięciu czterech lat, z mniejszą liczbą procentową w Holandii. Inne dane szacunkowe (Dranov 1990), przy ogólnej zgodzie wielu autorek, wskazują, że w wieku przed ukończeniem sześćdziesiątego roku życia możliwość pomyślnego przejścia operacji dotyczy jednej kobiety na trzy. Znaczące wydaje się, że niektóre badania – jak na przykład amerykańskie i australijskie, na które powołuje się Ryan w kwestiach tu rozpatrywanych – wskazują na wyższy wskaźnik tych operacji wśród kobiet należących do mniej zamożnych i gorzej wykształconych warstw populacji. Ponadto, wyniki te zostały potwierdzone przez inne badania²⁷. Jasne staje się w tym przypadku – i w jak wielu innych przypadkach? – że są to *kobiety z mniejszymi środkami finansowymi i mniejszą wiedzą, by móc zrobić rozeznanie co do tej najczęściej nadużywanej procedury, i że dzięki temu najczęściej poświęca się je w interesie profesji i systemu opieki zdrowotnej. Jednakże, to wszyscy obywatele ponoszą koszty tych nieuzasadnionych medycznych wydatków*. Po przeanalizowaniu programów opartych na świadomej zgodzie i po należyтым poinformowaniu pacjentki, które z całą pewnością nie należą do normy²⁸, autorka zauważa, że gotowość kobiet do poddania się histerektomii spada. A ponieważ nie konsultowano z pacjentkami ich opinii w ewaluacji pozytywnych i negatywnych skutków tej operacji,

27 Według badań przeprowadzonych w 1988 roku przez Wydział Zdrowia w Nowym Jorku kobiety czarne i kolorowe poddawane były histerektomii 39% razy częściej niż kobiety białe. Uwzględniając różnice geograficzne w kraju, to właśnie południe jest regionem o największej liczbie przeprowadzonych histerektomii, z kolei różnice regionalne wiążą się po części z odmiennym rodzajem kształcenia ginekologicznego, a po części z kwestiami finansowymi (Dranov 1990, 36, 38–41). Również w cytowanym już oświadczeniu prasowym ANCPR z 31 października 1996 roku przyznano, że różnice w przebiegu histerektomii zależą od czynników regionalnych, etnicznych i społeczno-ekonomicznych.

28 W przypadku histerektomii w USA tylko w dwóch stanach istnieje obowiązek informowania pacjentki przez lekarza o potencjalnym ryzyku i możliwych alternatywach (Dranov 1990, 36–41).

nie były one brane pod uwagę nawet jako „klientki”. Zatem z artykułu można wydedukować, że obecnie brana pod uwagę jest tylko opinia „klientki”.

Najwyraźniej dla medycyny konwencjonalnej, w tym trudnym przejściu od postrzegania pacjentki w kategoriach obiektu do postrzegania jej w kategoriach podmiotu, ów podmiot zaczyna zyskiwać cechy klientki nadrzędne wobec cech obywatelki lub, ujmując rzecz prościej i bardziej zasadniczo, istoty ludzkiej.

W latach dziewięćdziesiątych, jak twierdzi autorka, kobiety zaczynają domagać się większej wiedzy na temat histerektomii: a więc samej procedury chirurgicznej, całego procesu dochodzenia do zdrowia, korzyści i ryzyka z nią związanych, a także dostępnych alternatyw. I stało się to, jak podkreśla, imperatywem we wszystkich krajach.

Kiedy przytaczam te kwestie i obserwuję rzeczywistość, jaka się z nich wyłania, po raz kolejny odczuwam ten sam rodzaj niedorzeczności, który towarzyszył mi wcześniej: że próbuję udowodnić coś oczywistego; tym razem zaś domagam się tego, co z wiadomych przyczyn powinno zostać uznane za oczywiste. W trakcie długiej i trudnej historii zachodnich demokracji przyznanie kobietom prawa do bycia informowanymi o tej procedurze, jej ryzyku, o procesie zdrowienia i przede wszystkim o *alternatywach dla okaleczania genitaliów* z pewnością wydaje się znaczącym krokiem naprzód. W tym kontekście – w którym tak trudno jest wyliczyć prawa, jakie już dawno powinny być ustanowione – istotne wydaje się zachęcanie kobiet, kiedy są proszone o wyrażenie zgody na histerektomię, aby zdobywały jak największą wiedzę na temat narządów (zwłaszcza jajników) lub tkanek, które chirurg zamierza usunąć, tak żeby mogły ostrożnie rozważyć argumenty za i przeciw i mieć czas na poznanie wszystkich aspektów przed podjęciem decyzji. Niemniej jednak, bez względu na to, jakie nowe „wytyczne” dla zmiany kierunku rozwoju różnych szkół ginekologicznych pojawią się we Włoszech, należy pamiętać, że nie można kobiecie odebrać niczego wbrew jej woli. Ważne jest również, by pytać o rodzaj cięcia i szwów, które zostaną użyte. Szpecące blizny są zniewagą zarówno dla kobiet, jak i dla aktualnego poziomu umiejętności, i nie należy ich tolerować.

Wracając zatem do kwestii, którą podniosłam wcześniej, należałoby zapytać, czy powody tkwiące u podstaw uporczywego domagania się histerektomii w naszych czasach nie są formą kontynuacji wcześniejszej tendencji do karania, sadyzmu, negowania kobiet jako osób, mniejszego lub większego pragnienia dokonania odwetu jednej płci na drugiej, co mogło przejawiać się w historii, jak widzieliśmy, w walce klas i w walce między płciami?

Wraz z nadużywaniem histerektomii, która jawi się jako rodzaj bezproduktywnej agresji – tak bardzo odwrotnej w skutkach, że prowadzącej do zakwestionowania samej ginekologii – jak inaczej można wyjaśnić tę kontynuację przemocy? To, co powiedzieli cytowani autorzy na temat innych krajów, stanowi kolejny dowód na konieczność przestudiowania owego nadużycia, jego prawdziwych przyczyn, skali występowania i procedur wykonywanych również we Włoszech.

Liczba histerektomii we Włoszech jest duża. Włoskie Towarzystwo Ginekologii i Położnictwa na konferencji prasowej z 17 listopada 1997 roku (wspomnianej wcześniej w przypisie 9) uznało, że liczba przeprowadzanych rocznie 40 tysięcy operacji jest zbyt wysoka. Zważywszy na fakt, że w 1996 roku krajowa populacja kobiet wynosiła 29 515 577, to istnieje prawdopodobieństwo, że w trakcie swojego życia jedna na osiem kobiet przejdzie tę operację.

W regionie Veneto nie odnotowano spadku liczby wykonywanych histerektomii, wbrew temu, czego można by oczekiwać po ogólnej tendencji spadkowej, jaką zaobserwowano w wielu krajach po latach siedemdziesiątych (Ryan 1997, 23–24). Przeciwnie – zarejestrowano tam rekordową liczbę histerektomii: 5 909 w 1993 roku, 6 120 w 1994 roku, 6 329 w 1995 roku i 6 685 w 1996 roku. W ciągu ostatnich lat liczby wskazują zwłaszcza na stały wzrost wykonywanych operacji wśród kobiet między czterdziestym a sześćdziesiątym dziewiątym rokiem życia, z rosnącą częstotliwością u kobiet między czterdziestym a pięćdziesiątym trzecim rokiem życia. Biorąc pod uwagę liczbę populacji kobiet w tym regionie, która wynosi 2 278 535, to liczba 6 658 przeprowadzonych w tamtym roku histerektomii dowodzi, że jedna kobieta na cztery może spodziewać się tego zabiegu, co stanowi podwójnie średniej krajowej.

Konieczne jest zadawanie pytań i zachowanie szczególnej ostrożności – przede wszystkim po to, by wzmocnić w kobietach ich skłonność do samodzielnego zgłębiania tematu, do rozważania tej kwestii, kiedy mają do czynienia z tak wysokimi wskaźnikami na poziomie krajowym i regionalnym. Statystyki te trudno w całości przypisać patologiom, które byłyby na tyle poważne, że nie wskazano innych możliwości leczenia. Tym bardziej, że w kontekście całej opieki zdrowotnej wielu pacjentów odczuwa dyskomfort, a nawet jest podejrzliwych, ponieważ istnieje zbyt wiele przypadków, kiedy leczenie doprowadziło do chorób lub pogorszyło stan zdrowia, a nawet spowodowało, że szanse na wyzdrowienie stały się mniejsze niż przed rozpoczęciem leczenia. Jesienią 1997 roku we włoskiej telewizji minister zdrowia podniósł kwestię wzrastającej tendencji do wycinania migdałków, usuwanych nadmiernie już w latach pięćdziesią-

tych, która to przynosiła ekonomiczne korzyści szpitalom. Nadużywanie nowych technik wspomaganego rozrodu/sztucznego zapłodnienia wzbudziło wątpliwości w związku ze stawianiem bezpodstawnych diagnoz dotyczących niepłodności i było szeroko krytykowane na arenie międzynarodowej.

Są to tylko dwa przykłady, jednakże dysfunkcje w obszarze krajowych usług medycznych na poziomie badań naukowych i na poziomie samych tych usług, a także praktyki medycznej, są szeroko krytykowane we włoskich mediach. Obywatele nie mogą ich ignorować, niezależnie od ich osobistych doświadczeń. Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuacje związane z wprowadzaniem pacjentów w błąd, inwazyjność, doprowadzanie do chorób lub ich utrwalanie, a nie leczenie, które charakteryzują medycynę konwencjonalną, to trzeba zauważyć, że powodują one zwrot obywateli w kierunku medycyny alternatywnej. Mam nadzieję, że doprowadzi to do sytuacji, w której medycyna konwencjonalna, mimo że pojawiła się i rozwinęła dzięki wykluczeniu i zakazom, zacznie brać przykład z medycyny alternatywnej i będzie zwracać uwagę na prawdziwe potrzeby ludzi.

Mam również nadzieję, że poskutkuje to odrzuceniem tego podejścia, które prowadziło do nieuzasadnionych i bardziej destrukcyjnych niż konieczne operacji, opartych na wojowniczej logice zniszczenia po to, by móc jedną rzecz zastąpić inną i dokonywać ponownej interwencji. Krzywda, jaką wyrządza się obywatelce, przekształcając ją w wieczną pacjentkę, jest ogromna pod względem fizycznym, psychicznym i finansowym. Bez wątplenia wojny zawsze stanowiły świetną okazję dla spółek restrukturyzacyjnych (*reconstruction companies*). Dziś bardziej niż kiedykolwiek stwarzają one ogromne możliwości laboratoriom do przeprowadzania eksperymentów związanych z wiedzą oraz znajomością ludzkiego ciała, a umożliwia im to ogromna liczba ginących świnek morskich (M. Dalla Costa 1999a; 1999b, 28). Jednakże, ujmując rzecz prościej, nie istnieje taki projekt ulepszenia technik chirurgicznych, który wart byłby wojny, podobnie jak nie ma sensu wynalezienie leku, który uratuje tylko jedną osobę, podczas gdy setka innych zostanie zabita. Jednakże wojna wstrzymuje wypracowanie odmiennego rodzaju medycyny czy chirurgii; takiego, który nie wywodziłby się z kontekstu wojennego, nie kierowałby się zatem tą wojenną logiką.

Patrząc na wiek dwudziesty, owa wojenna logika, oparta na opozycji między potrzebami ludzi a medycyną, zostaje wzmocniona przez rynkową ortodoksję, która – pozostając na usługach ekonomicznego neoliberalizmu, ukierunkowanego na zagarnięcie ostatnich *dóbr wspólnych* ludzkości – sprowadza do towarów wszelkie życie ludzkie oraz otaczające je światy materialne i społeczne.

Na poziomie międzynarodowym ograniczenie zaangażowania państwa²⁹ w kluczowe sektory, takie jak opieka zdrowotna, spowodowało zmniejszenie ochrony oraz podwyżkę cen dla obywateli, często pociągając za sobą śmiertelne w skutkach konsekwencje i utrudniając jeszcze bardziej konfrontację, w trakcie której kluczowe są pozycja, możliwości i praktyki lekarza.

Mamy nadzieję, że w tej wielkiej bitwie, jaką ciało społeczne toczy na skalę planetarną, by nowe millenium mogło obrać kurs w kierunku życia i zdrowia – oparty przede wszystkim na szacunku dla integralności ciała fizycznego w jego relacji do tego, co społeczne, a także przeciwko millenium wojny, zniszczenia i śmierci, przeciwko obecnej polityce wytwarzającej choroby i kalectwo, przeciwko dezintegracji istot żywych, wykorzeniania jednostek i populacji – wielu lekarzy poszukujących nowego humanizmu i nowych wartości dla medycyny sprzeciwi się ojcom założycielom i swoim poprzednikom, a przede wszystkim suwerennym rządóm rynku i wojny. Kobiety dawno temu zapoczątkowały swoją rebelię i utkały ogólnosiwiatową sieć alternatywnych informacji³⁰ i organizacji.

Będą one z całą mocą bronić integralności swoich ciał przed tą kolejną narracją wywłaszczenia i przemocy, wyznaczą nowe ścieżki i zaczną nauczać bez agresji i zniszczenia. W ten sam sposób, jak w wielu innych krajach Północy i Południa, będą bronić i dążyć do przywrócenia integralności Matki Ziemi, jedynej, która jest w stanie zapewnić ciałom ludzi pożywienie i zdrowie, a wspólnotom ludzkim zakorzenienie i życie.

29 Nie krytykujemy tu racjonalizacji, której celem jest zredukowanie odpadów, ciężącej w dużej mierze na wszystkich obywatelach. Chodzi raczej o sytuację, kiedy dąży ona – za sprawą wątpliwych decyzji o operacji, eksperymentach i terapiach lub poprzez obniżenie jakości dostarczanych usług czy redukcje wykwalifikowanych pracowników potrzebnych do optymalizacji tych usług, czy za sprawą redukcji gwarancji bankowych i przede wszystkim podwyższania klientom kosztów – do utworzenia „dodatniego zestawienia bilansowego”, który w rzeczywistości jest mocno „pod kreską”, a płacą za niego wszyscy obywatele za sprawą wysokich cen, mniej dostępnych usług (wielu ludzi nie może sobie już pozwolić na te usługi), nieodpowiedniego leczenia i redukcji tego, w co zazwyczaj powinni być zaopatrywani.

30 Za wzrost liczby stron internetowych, oferujących alternatywne informacje medyczne w temacie histerektonii i w innych kwestiach, odpowiedzialne są nowe lub już istniejące grupy kobiet, które dzielą się swoimi doświadczeniami. Mamy nadzieję, że nowa demokracja horyzontalnej i powszechnej komunikacji elektronicznej pozwoli kobietom i wszystkim obywatelom świata nie tylko lepiej bronić się przed przemocą, ale również rozpocząć od nowa proces uczenia się na temat swoich ciał i stworzenia prawdziwej wiedzy medycznej jako fundamentalnego dobra wspólnego, które należy przywrócić.

Wykaz literatury:

- AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research). 1996. „Funding Studies on Hysterectomy vs. Alternative Treatment for Uterine Conditions.” <https://www.ahcpr.gov/news/press/hystpr.html>
- Beijing Declaration and Platform for Action*. 1995. www.un.org
- Clark, Alice. 1968. *Working Life on Women in 17th Century England*. London: Frank Cass Co.
- Collenghi, Francesco. 1997. „Un utero da salvare. Le alternative all'isterectomia.” *La Repubblica* 13 (March).
- Cutler, Winnifred B. 1990. *Hysterectomy: Before and After: A Comprehensive Guide to Preventing, Preparing For, and Maximizing Health*. New York: Harper and Collins.
- Dalla Costa, Mariarosa. 1997. „Some Notes on Neoliberalism, on Land and on the Food Question.” *Canadian Women's Studies / Les Cahiers de la femme* 2: 28–30.
- Dalla Costa, Mariarosa. 1999a. „Capitalism and Reproduction.” *CNS: Capitalism Nature Socialism* 4(7): 111–121.
- Dalla Costa, Mariarosa. 1999b. „Development and Reproduction.” *W Women Development and Labor Reproduction: Struggles and Movements*, red. Mariarosa Dalla Costa, Giovanna Dalla Costa. Trenton, New York: African World Press.
- Dalla Costa, Mariarosa, i Giovanna Dalla Costa, red. 1999. *Women Development and Labor Reproduction. Struggles and Movements*. Trenton, New York: African World Press.
- Donnison, Jean. 1977. *Midwives and Medical Men*. New York: Schocken Books.
- Dranov, Paula. 1990. „An Unkind Cut.” *American Health* 7: 36.
- Ehrenreich, Barbara, i Deirdre English. 1973a. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press.
- Ehrenreich, Barbara, i Deirdre English. 1973b. *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. New York: The Feminist Press.
- Federici, Silvia. 1984. „La caccia alle streghe.” W Federici, Silvia, i Leopoldina Fortunati. 1984. *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale*. Milan: Franco Angeli.
- Federici, Silvia, i Leopoldina Fortunati. 1984. *Il grande Calibano. Storia del corpo sociale ribelle nella prima fase del capitale*. Milan: Franco Angeli.
- Federici, Silvia. 2004. *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation*. New York: Autonomedia.
- Feminist Group for Wages for Housework of Ferrera. 1978. *Dietro la normalità del parto*. Venice: Marsilio Editori.

- Fortunati, Leopoldina. 1995. *The Arcane of Reproduction: Housework, Prostitution, Labor and Capital*. New York: Autonomedia.
- Goldfarb, Herbert A., i Judith Greif. 1997. *The No-Hysterectomy Option, Your Body-Your Choice*. New York: John Wiley & Sons.
- Guthrie, Douglas. 1945. *A History of Medicine*. London – New York: T. Nelson and Sons.
- b.d. 1994. „Hysterectomy.” *Mayo Clinic Health Letter*, June.
- Hysterectomy and Its Alternatives*. 1996. <http://www.denver-rmn.com/health/ar-hyste.html>
- Jourdan, Clara. 1976. *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*. Milan: La Salamandra.
- b.d. 1997. „Second World Report on Women’s Health.” *International Journal of Gynecology (and) Obstetrics* 1(58), July.
- Le operaie della casa (Houseworkers)*, feministyczne czasopismo ruchu Wages for Housework, wydawane w latach siedemdziesiątych. Venice: Marsilio Editori.
- Mander, Jerry, i Edward Goldsmith, red. 1996. *The Case Against the Global Economy: And for a Turn toward the Local*. San Francisco, CA: Sierra Club Books.
- Paggio, Liliana C. 1976. *Avanti un'altra. Donne e ginecologi a confronto*. Milan: La Salamandra.
- Ryan, Margaret M. 1997. „Hysterectomy: Social and Psychosexual Aspects”. W *Baillière’s Clinical Obstetrics and Gynecology, Hysterectomy*. New York – London: Baillière Tindall.
- Shiva, Vandana. 1993. *Monoculture of the Mind: Perspectives on Biodiversity and Biotechnology*. London: Zed Books.
- Shiva, Vandana, red. 1994. *Close to Home: Women Recollect Ecology, Health and Development Worldwide*. Philadelphia: New Society Publishers.
- Shorter, Edward. 1982. *A History of Women’s Bodies*. New York: Basic Books.
- Shorter, Edward. 1985. *Besides Manners: The Troubled History of Doctors and Patients*. New York: Simon and Shuster.
- Sigo (Italian Society of Gynecology and Obstetrics) oświadczenie prasowe, 17 listopada 1997, Rzym.
- Sullerot, Evelyne. 1968. *Histoire et sociologie du travail féminin*. Paris: Editions Gonthier.
- Sutton, Charles. 1997. „Hysterectomy: A Historical Perspective.” W *Baillière’s Clinical Obstetrics and Gynecology, Hysterectomy*. New York – London: Baillière Tindall.
- West, Stanley, i Paula Dranov. 1994. *The Hysterectomy Hoax: A Leading Surgeon Explains Why 90% of All Hysterectomies are Unnecessary and Describes All the Treatment Options Available to Every Woman, No Matter What Age*. New York: Doubleday.

MARIAROSA DALLA COSTA – profesorka emerytowana na Uniwersytecie w Padwie we Włoszech; feministka marksistowska, przedstawicielka włoskiego feminizmu autonomistycznego, członkini grupy *Lotta Femminista*. Współautorka, wraz z Selmą James, klasycznego już tekstu *The Power of Women and the Subversion of the Community* (1972), który w latach siedemdziesiątych stał się manifestem międzynarodowego ruchu Wages for Housework.

Dane adresowe:

Università di Padova

Via 8 Febbraio, 2

35122 Padova

email: mariarosa.dallacosta@unipd.it

Cytowanie:

Dalla Costa, Mariarosa. 2022. „Histerektomia: kobiece spojrzenie na jej medyczne aspekty, historyczny rozwój oraz kwestie etyczne i prawne.” Tłum. Katarzyna Szopa. *Praktyka Teoretyczna* 3(45): 27–68.

DOI: 10.19195/prt.2022.3.2

Author: Mariarosa Dalla Costa

Title: Hysterectomy: A Woman’s View of its Medical Facet, Historical Development and Ethical and Legal Questions

Abstract: The following text of Mariarosa Dalla Costa is the translation of a chapter from the book *Gynocide: Hysterectomy, Capitalist Patriarchy and the Medical Abuse of Women*. The author focuses there on the abuses performed on a mass scale, such as hysterectomies, ovariectomies, and clitoridectomies, arguing that they are a continuum of violence against women that started with the beginning of capitalist development. This violence consists, above all, of systemic dispossession of women from access to medical knowledge in order to extend control over every sphere of social reproduction.

Keywords: autonomist feminism, reproductive labor, hysterectomy, class struggle