



École des Hautes Études en Sciences Sociales – EHESS
Laboratoire interdisciplinaire d'études sur les réflexivités - Fonds Yan Thomas
Formation doctorale de sociologie



**Escuela Interdisciplinaria
de Altos Estudios Sociales**
IDAES_UNSAM



**Universidad
Nacional
de San Martín**

Universidad Nacional de San Martín
Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales
Doctorado en Sociología

**¿Necesidad física o demanda social? La construcción de la
indicación médica en cirugía estética en Argentina (s. XX y XXI)**
**Nécessité physique ou demande sociale? La construction de l'indication
médicale en chirurgie esthétique (Argentine, XXe-XXIe siècles)**

Joaquín Molina

Convenio de Co-Tutela IDAES/UNSAM - EHESS

Thèse en vue de l'obtention du doctorat en sociologie.

Tesis de Doctorado presentada a la Carrera de Sociología, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Sociología.

Directeur EHESS:

Prof. Dr. Cyril Lemieux

Director IDAES/UNSAM:

Prof. Dr. Ariel Wilkis

Paris - Buenos Aires
Décembre-Diciembre 2023

Molina, Joaquín.

¿Necesidad física o demanda social? La construcción de la indicación médica en cirugía estética en Argentina (s. XX y XXI) / Joaquín Molina; director (UNSAM) Ariel Wilkis; director (EHESS) Cyril Lemieux. San Martín: Universidad Nacional de San Martín; París: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2023. xii - 360 p.

Tesis de Doctorado, UNSAM, IDAES, Sociología, 2023.

1. Medicalización 2. Prácticas de belleza 3. Relación médico paciente – Tesis.

I. Wilkis, Ariel (Director). II. Universidad Nacional de San Martín, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales. III. Doctorado.

**¿Necesidad física o demanda social? La construcción de la indicación médica en cirugía
estética en Argentina (s. XX y XXI)
RESUMEN**

Joaquín Molina

Directores de tesis: Ariel Wilkis y Cyril Lemieux

El objetivo de esta tesis es reconstruir la historia de la indicación médica en cirugía estética en Argentina en los siglos XX y XXI. El estudio se basa en el análisis de fuentes documentales históricas, incluyendo publicaciones médicas y de divulgación sobre cirugía plástica, así como notas periodísticas y emisiones televisivas sobre el tema. También se utilizan entrevistas en profundidad realizadas en el período 2017-2018 a especialistas en cirugía plástica y a mujeres que se efectuaron una cirugía de aumento mamario en Argentina. El trabajo surge como un aporte a un objeto de estudio que no ha sido explorado por las ciencias sociales a nivel nacional. La investigación pretende realizar una contribución teórica a los estudios sobre procesos de medicalización, procurando llevar a cabo una lectura micro-sociológica de las fuentes históricas a través de la categoría de indicación médica. A partir de este giro teórico-metodológico surgido de la combinación de la sociología del conocimiento médico y de la relación médico paciente, se busca instalar una mirada procesual y relacional que coloque en el centro la capacidad de los actores para articular justificaciones ante terceros, pero también para institucionalizar formas y razones para hacer ante la incertidumbre surgida en el ejercicio cotidiano de la especialidad.

La investigación comienza planteando una controversia suscitada a fines de la década del 20' en París a raíz de una cirugía estética que derivó en la amputación de la pierna de una paciente, rastreando sus derivas en el campo del derecho francés y argentino. Dicha controversia giró en torno al valor terapéutico de la cirugía estética y a la responsabilidad médica que se deriva de ella. Con esta controversia judicial como trasfondo, y previo a un repaso del proceso de institucionalización de la especialidad en Argentina, se identifican y analizan distintos tipos de narrativas escritas y visuales de casos. Dichas narrativas, al tiempo que evidencian el valor terapéutico de la cirugía estética, establecen preceptos técnicos, morales y prácticos tendentes a categorizar, seleccionar y modular las expectativas de los candidatos a estas operaciones. De allí derivamos tres tipos de indicaciones: la indicación económica, fundada en la evaluación de la capacidad de la cirugía plástica para rehabilitar funcional y estéticamente a personas con problemas de empleo; la indicación psicológica, asentada en la evaluación de las posibilidades de la intervención quirúrgica de prevenir y reformar el comportamiento desviado; y la indicación estética, afincada en la evaluación "objetiva" del cuerpo del paciente y en la gestión de sus expectativas estéticas. Este armazón teórico es utilizado para analizar la literatura médica de la primera mitad del siglo XX en intervenciones sobre el rostro, y posteriormente para dar cuenta de la cirugía de aumento de busto que comenzó a afianzarse durante el último tercio del siglo XX.

Palabras-clave: MEDICALIZACIÓN, PRÁCTICAS DE BELLEZA, RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Buenos Aires,
Diciembre 2023

RÉSUMÉ

Joaquin Molina

Directeurs de Thèse: Ariel Wilkis et Cyril Lemieux

L'objectif de cette thèse est de reconstruire l'histoire de l'indication médicale en chirurgie esthétique en Argentine aux 20^{ème} et 21^{ème} siècles. L'étude s'appuie sur l'analyse de sources documentaires historiques, notamment des publications médicales et populaires sur la chirurgie plastique, ainsi que des notes journalistiques et des émissions télévisées sur le sujet. Elle s'appuie également sur des entretiens approfondis menés en 2017-2018 avec des spécialistes de la chirurgie plastique et des femmes ayant subi une opération d'augmentation mammaire en Argentine. Le travail émerge comme une contribution à un objet d'étude qui n'a pas été exploré par les sciences sociales au niveau national. La recherche vise à apporter une contribution théorique aux études sur les processus de médicalisation, en tentant d'effectuer une lecture microsociologique des sources historiques à travers la catégorie de l'indication médicale. A partir de ce tournant théorico-méthodologique issu de la combinaison de la sociologie de la connaissance médicale et de la relation médecin-patient, il s'agit d'installer une vision processuelle et relationnelle qui place au centre la capacité des acteurs à articuler des justifications à des tiers, mais aussi à institutionnaliser des formes et des raisons d'agir face à l'incertitude qui surgit dans la pratique quotidienne de la spécialité.

La recherche commence par l'examen d'une controverse née à la fin des années 1920 à Paris à la suite d'une opération de chirurgie esthétique ayant entraîné l'amputation de la jambe d'un patient, en retraçant ses dérivations dans le domaine du droit français et argentin. Cette controverse portait sur la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique et sur la responsabilité médicale qui en découle. Sur la toile de fond de cette controverse juridique, et avant d'examiner le processus d'institutionnalisation de la spécialité en Argentine, différents types de récits écrits et visuels de cas sont identifiés et analysés. Ces récits, tout en démontrant la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique, établissent des préceptes techniques, moraux et pratiques visant à catégoriser, sélectionner et moduler les attentes des candidats à ces opérations. Nous en déduisons trois types d'indications : l'indication économique, basée sur l'évaluation de la capacité de la chirurgie plastique à réhabiliter fonctionnellement et esthétiquement les personnes ayant des problèmes d'emploi ; l'indication psychologique, basée sur l'évaluation des possibilités de l'intervention chirurgicale à prévenir et à réformer les comportements déviants ; et l'indication esthétique, basée sur l'évaluation "objective" du corps du patient et sur la gestion de ses attentes esthétiques. Ce cadre théorique est utilisé pour analyser la littérature médicale de la première moitié du 20^e siècle sur les interventions faciales, puis pour rendre compte de la chirurgie d'augmentation mammaire qui s'est imposée au cours du dernier tiers du 20^e siècle.

Mots clés : MEDICALISATION, PRATIQUES DE BEAUTE, RELATION MEDECIN-PATIENT

Buenos Aires,
décembre 2023

ABSTRACT

Joaquin Molina

Academic supervisors: Ariel Wilkis and Cyril Lemieux

The aim of this thesis is to reconstruct the history of medical indication in aesthetic surgery in Argentina in the XX and XXI centuries. The study is based on the analysis of historical documentary sources, including medical and popularization publications on plastic surgery, as well as journalistic notes and television broadcasts on the subject. In-depth interviews conducted in the period 2017-2018 to plastic surgery specialists and women who underwent breast augmentation surgery in Argentina are also used. The work arises as a contribution to an object of study that has not been explored by the social sciences at the national level. The research aims to make a theoretical contribution to the studies on medicalization processes, trying to carry out a micro-sociological reading of the historical sources through the category of medical indication. From this theoretical-methodological twist arising from the combination of the sociology of medical knowledge and the doctor-patient relationship, we seek to install a processual and relational view that places at the center the ability of the actors to articulate justifications to third parties, but also to institutionalize forms and reasons to do in the face of the uncertainty arising in the daily practice of the specialty.

The research begins by considering a controversy that arose at the end of the 1920s in Paris as a result of a cosmetic surgery that led to the amputation of a patient's leg, tracing its derivations in the field of French and Argentine law. This controversy revolved around the therapeutic value of cosmetic surgery and the medical liability deriving from it. With this judicial controversy as a background, and prior to a review of the process of institutionalization of the specialty in Argentina, different types of written and visual narratives of cases are identified and analyzed. These narratives, while evidencing the therapeutic value of cosmetic surgery, establish technical, moral and practical precepts tending to categorize, select and modulate the expectations of candidates for these operations. From this we derive three types of indications: the economic indication, based on the evaluation of the capacity of plastic surgery to functionally and esthetically rehabilitate people with employment problems; the psychological indication, based on the evaluation of the possibilities of surgical intervention to prevent and reform deviant behavior; and the esthetic indication, based on the "objective" evaluation of the patient's body and on the management of his or her esthetic expectations. This theoretical framework is used to analyze the medical literature of the first half of the twentieth century in interventions on the face, and subsequently to account for breast augmentation surgery that began to take hold during the last third of the twentieth century.

Key-words: MEDICALIZATION, BEAUTY PRACTICES, PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

Buenos Aires,
December 2023

A los que estuvieron y ya no están.

A los que siguen estando.

Agradecimientos

Esta tesis fue posible gracias al apoyo intelectual, material y afectivo de numerosas personas e instituciones. Ante todo, pude dedicarme con exclusividad a investigar y a escribir este trabajo, gracias a que conté con el financiamiento de una beca doctoral otorgada por el “Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas” (CONICET). Para financiar mis estancias en el exterior, también conté con el respaldo de una ayuda a la movilidad conferida por la “École des hautes études en sciences sociales” (EHESS).

El arribo a las arenas de la investigación en ciencias sociales no hubiera sido posible sin el empuje y la orientación brindada por mi director Ariel Wilkis. La agudeza de sus lecturas críticas, el respaldo en los momentos donde la voluntad flaqueaba y la libertad para que le diera mi impronta a esta investigación fueron fundamentales en la consumación de este trabajo. El arribo a las arenas de la investigación francesas fue posible gracias a mi director Cyril Lemieux. Este último, me abrió las puertas del LIER-FYT, a cuyos miembros agradezco la cálida acogida. Asimismo, valoro su incesante invitación a repensar el objeto de investigación, cuya riqueza no hubiera sido posible sin los profundos intercambios que mantuvimos a lo largo de estos años.

Además de mis directores, fueron numerosos las personas que contribuyeron a esta investigación. Del LIER-FYT, quisiera expresar mi deuda infinita con Cédric Moreau de Bellaing y Elodie Richard cuya generosa disposición me permitieron arribar a esta instancia. De la Escuela IDAES, me gustaría remarcar la inestimable labor de la Secretaria de Vinculación Institucional, Territorial e Internacional que posibilitó la gestación y sostenimiento administrativo de la co-tutela. En la misma línea, quisiera rescatar la colaboración informal brindada por Joana Kunin en distintos aspectos concernientes a la co-tutela. También hago extensivo mi reconocimiento a docentes y doctorandos del IDAES, especialmente al grupo de tesis que dedicaron tiempo y energía en realizar comentarios a los distintos borradores de la tesis: Juan Arrarás, Fernando Moyano, Florencia Labiano, Malena Rubinstein y Fernán Gaillardou.

Una pieza fundamental en la concreción de este trabajo fue la eficaz labor del personal de las distintas hemerotecas y el generoso tiempo que me brindaron los entrevistados. A los cirujanos plásticos quisiera reconocerles su disposición a hacerme un espacio en sus agendas y a abrirme las puertas de sus consultorios para mantener conversaciones ilustrativas. Entre ellos, quisiera destacar particularmente al doctor José Viñas, cuya pasión y conocimiento profundo de la historia de la

cirugía plástica argentina me orientaron en la materia. A las entrevistadas, por el tiempo y por la apertura que me permitieron penetrar en la intimidad de las prácticas de belleza femeninas.

La concreción de este largo camino también fue posible gracias a todos los outsiders de la academia que forman parte de mi cotidianeidad. A mi hermana, por haberme mostrado el camino de la sociología. A mis viejos agradezco el sostén afectivo y la contención, especialmente en aquellos momentos en los que mi humor oscilaba sin otro motivo aparente que las largas horas frente a la computadora. A mis amigos de siempre, por brindarme espacios de espontaneidad, oxigenación e impulso vital.

Contenido

GRAND RÉSUMÉ	1
Introduction	1
Travail sur le terrain	4
Perspective analytique : de la médicalisation à l'indication médicale	6
RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA THÈSE	13
Chapitre 1 : Histoire de l'institutionnalisation de la chirurgie plastique argentine	13
Chapitre 2. L'indication économique de la chirurgie esthétique dans la « lutte pour la vie »	18
Chapitre 3. L'indication psychologique de la chirurgie esthétique face au « complexe d'infériorité »	22
Chapitre 4 : L'indication esthétique entre le jugement des experts et la demande des patients	25
Chapitre 5. La construction de l'indication médicale en chirurgie mammaire féminine	29
Chapitre 6. Les scandales contemporains autour de la chirurgie esthétique: remise en question ou institutionnalisation d'une pratique?	34
Conclusions	36
INTRODUCCIÓN	46
1. Itinerario de investigación	51
2. El problema de la demanda de cirugía estética	55
3. La medicalización de la estética corporal	58
4. La cirugía estética a prueba	60
4.1. La cura narrada	65
4.2. La cura en imágenes: fotografía en cirugía plástica	68
5. El cuerpo irreductible	70
6. De la medicalización a la indicación en cirugía estética	73
7. Relación médico paciente	77
8. Organización de la tesis	78
Capítulo 1: Historia de la institucionalización de la cirugía plástica argentina	82
1. Los primeros esbozos de la cirugía plástica en Argentina	83
2. El desarrollo de la cirugía plástica en la 1era y 2da Mundial	88
3. El papel de la circulación internacional de conocimiento médico en la institucionalización de la cirugía plástica en Argentina	93

4. La cirugía plástica argentina en el período de entre-guerras.....	96
4.1. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Instituto de Clínica Quirúrgica” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Oscar Ivanissevich.....	97
4.2. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Hospital Ramos Mejía” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Ernesto Malbec	102
4.3. Servicio de cirugía del Hospital Centenario de la ciudad de Rosario a cargo de Lelio Zeno.....	106
4.4. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Hospital Rawson” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Héctor Marino.....	109
5. Fundación e historia de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica	113
6. Fundación e historia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.....	116
7. Crisis y consolidación institucional de la cirugía plástica durante la década del 70’	119
Conclusiones	121
Capítulo 2. La indicación económica de cirugía estética en la “lucha por la vida”	124
1. La indicación económica en la reconstrucción de la mano del obrero	126
2. Cirugía reconstructiva de la mano femenina	133
3. Narrativas socio-quirúrgicas e indicación económica de cirugía estética	138
3.1. La indicación económica de cirugía estética en la “mujer moderna”	141
3.2. El mérito en la construcción de la indicación económica de cirugía estética.....	145
3.3. La indicación económica de cirugía estética en actores y actrices	149
4. Cirugía estética al alcance de todos	155
Conclusiones	160
Capítulo 3: La indicación psicológica de cirugía estética ante el “complejo de inferioridad”.....	162
1. La experiencia del paciente en la construcción de la indicación psicológica.....	164
2. Narrativas psico-quirúrgicas	168
3. El cuerpo risible: la carrera moral de los defectuosos	169
4. Motejados y acomplejados: la medicalización de los problemas asociados a los defectos estéticos.....	174
5. La indicación psicológica de cirugía estética en la niñez	179
6. Indicación psicológica de cirugía estética en presos	186
7. Indicación psicológica de cirugía estética en la adolescencia y la adultez	190
8. La cirugía estética en la prevención del suicidio.....	197
Conclusiones	199

Capítulo 4. La indicación estética entre el criterio experto y la demanda de los pacientes	201
1. Cicatrices en cirugía estética: operaciones endonasales y ampliación de la indicación estética en las rinoplastias	203
2. Lo esencial es visible a los ojos	208
2.1. El examen diagnóstico del paciente y la indicación estética en las rinoplastias	210
3.2. La “mentira” y la “verdad” en cirugía estética	218
3.3. Promesas en papel: el rol de la fotografía en la consulta médica	222
4. El resultado estético como construcción intersubjetiva	227
Conclusiones	231
Capítulo 5. La construcción de la indicación médica en la cirugía del busto femenino	234
1. Cirugía de reducción de mamas: entre la ortopedia y la estética	235
2. La cirugía de aumento del busto femenino	242
2.1. Historia internacional de las tecnologías de aumento mamario	244
2.2. Historia de las tecnologías de aumento de mamas en Argentina	250
2.3. La indicación psicológica de la cirugía de aumento mamario	257
3. La indicación estética en la cirugía de aumento mamario	263
3.1. Cicatrices y plano de colocación de los implantes mamarios	264
3.2. Elección de las prótesis y apreciación del resultado final	270
Conclusiones	277
Capítulo 6. Escándalos contemporáneos en torno a la cirugía estética: ¿cuestionamiento o institucionalización de una práctica?	280
1. Escándalos en los medios de comunicación: las víctimas “de” la cirugía estética	281
2. Muertas para ser más lindas: las víctimas a la luz de la crítica feminista	284
2. El daño en cirugía estética	289
3. Los victimarios: cirujanos del “horror”	294
4. De la reparación a la prevención del daño en cirugía estética	299
Conclusiones	305
Conclusiones	307
1. Itinerario de la tesis	309
2. Aportes y reflexiones	318
Bibliografía	324

GRAND RÉSUMÉ

Introduction

L'introduction commence par décrire les détails d'un procès qui s'est déroulé en France en 1928 et qui a déclenché une controverse sur la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique et sur la responsabilité médicale qui en découle. Suzanne Geoffre, propriétaire d'une « maison de couture » dans un quartier élégant de Paris, trouvait ses jambes trop épaisses. Pour cette raison, elle s'est fait opérer par le chirurgien Charles Dujarier, spécialiste des jambes et chef du service de chirurgie de l'hôpital Boicaud. A la suite de cette opération, le 23 mars 1928, Geoffre doit être amputé d'une partie de sa jambe droite. Quelque temps plus tard, les époux Le Guen se portent partie civile et réclament 500 000 francs de dommages et intérêts. Le procès a lieu en février 1929 au tribunal civil de la Seine. Dans les plaidoiries, deux positions sont défendues. Pour l'avocat du plaignant, le chirurgien aurait dû refuser de pratiquer une opération risquée, d'autant plus qu'elle n'était pas destinée à des fins thérapeutiques. L'avocat de la défense a souligné que l'opération était médicalement indiquée, car le défaut esthétique causait à la patiente une gêne intense et une douleur psychologique.

Le jugement est rendu le 20 février 1929. La Cour condamne Dujarier à verser 200 000 francs de dommages et intérêts aux époux Leguen. Le magistrat a fait valoir que : « le fait même d'avoir entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre sain [...] constitue à lui seul une faute de nature à engager la responsabilité du chirurgien » (Claoué et Bernard, 1936 : 7). Ce jugement suscite un grand émoi dans la communauté médicale et extra-médicale, jusque dans les pages de la presse locale. Pour les chirurgiens esthétiques, il s'agit d'une condamnation de la pratique de leur spécialité, leur responsabilité pouvant être engagée pour le simple fait de pratiquer une opération à des fins d'embellissement. Dans la foulée, elle a agi comme un formidable catalyseur de volontés, suscitant le soutien public de médecins de renom et des différentes associations professionnelles qui accompagnaient ce professionnel dans l'instance de recours. Elle a également donné lieu à de nombreuses publications en faveur de la chirurgie esthétique et a été le catalyseur de l'émergence d'une identité collective parmi les praticiens de

cette discipline naissante, qui s'est institutionnalisée en avril 1930 avec la création de la « Société Scientifique Française de Chirurgie Reparatrice, Plastique et Esthétique ».

Les répercussions de cette affaire ont dépassé les frontières nationales françaises et sont arrivées en Argentine. Il est ainsi possible d'identifier quelques productions de juristes argentins qui, au cours de la première moitié du XXe siècle, ont établi leur position sur la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique et la responsabilité médicale qui en découle. Ainsi, dès le 29 août 1929, le médecin expert argentin Nerio Rojas publie dans la revue « El Día Médico » un article en désaccord avec la décision des tribunaux français. Il y affirme notamment qu'"un défaut physique marqué a des inconvénients moraux, sentimentaux et même économiques" qui confèrent un caractère thérapeutique à ces pratiques.

Il convient de noter que ce soutien à la chirurgie esthétique n'équivaut pas nécessairement à un soutien inconditionnel à tout type d'intervention visant à corriger des défauts. En ce sens, Rojas suggère que le chirurgien « décide de l'intervention avec la plus grande prudence », « ne se laisse pas influencer par le client » et informe le client « des dangers probables, au moins en termes généraux ». Pour illustrer son propos, il évoque un cas où aucune des deux premières conditions ne semble avoir été réunie dans l'indication de la chirurgie esthétique : « Le chirurgien qui a procédé récemment à l'ablation des deux seins d'une automobiliste, qui recherchait ainsi une plus grande liberté dans ses mouvements pour diriger le volant et sans doute une meilleure ligne pour ses vêtements semi-masculins, s'est écarté de cette bonne voie » (Rojas, 1929, p. 15-16).

Une position diamétralement opposée, sans aucune nuance, est celle de Juan Silva Riestra, spécialiste en droit pénal, qui a publié en 1938 une brochure intitulée « La chirurgie esthétique et le délit de lésion ». Selon Riestra, la chirurgie esthétique n'est pas une pratique curative, mais une pratique dangereuse qui recrée « artificiellement » une illusion de jeunesse, en masquant le déclin « naturel » qu'implique le passage de la jeunesse à la vieillesse. Ceux qui y ont recours sont donc des personnes superficielles dont les prétendus « troubles nerveux » révèlent « une situation anormale de l'esprit qui, nous le comprenons, ne peut être guérie par une opération parce qu'elle produit une cicatrice et que la cicatrice crée, à son tour, une autre préoccupation chez le patient ». Ainsi, dans la lignée de l'arrêt du Tribunal de la Seine de 1929, Silva Riestra affirme que : « lorsque le praticien élargit, par lui-même et devant lui-même, la sphère de son action et intervient, non dans le but de guérir une maladie [...] mais dans le but d'embellir le sujet [...] [et] produit inutilement un danger [...] il est responsable de ses conséquences » (Silva Riestra, 1938 : 1-12).

Près de vingt ans plus tard, l'affaire Dujarier continuera d'alimenter la controverse parmi les professionnels de la justice. C'est ce que suggère le médecin légiste José Belbey qui, le 6 août 1957, donne une conférence sur la « Responsabilité des médecins » à l'Institut de sciences criminelles et de criminologie de la Faculté des sciences juridiques et sociales de Santa Fe. Selon lui, loin d'être un « art mineur » dont le « danger » l'emporte largement sur le « bénéfice obtenu », la chirurgie esthétique est « curative » en ce qu'elle corrige des « défauts physiques » à l'origine de « maladies mentales » fondées sur un « complexe d'infériorité ». Elle souligne également la valeur économique de ces pratiques, notamment pour les femmes exerçant certaines professions (« artistes, vendeuses, mannequins, etc. ») : « elles ont, plus que quiconque, le droit d'exiger que la science les aide, car leur physique est parfois un facteur de réussite ou d'échec dans la lutte pour la vie ». En somme, dans la perspective de Belbey, « on a autant le droit à la santé ou de ne pas souffrir, que de ne pas être difforme, laid ou disharmonieux » (Belbey, 1957 : 156-158).

L'affaire Dujarier, et ses dérivés dans le domaine du droit argentin, nous permet de circonscrire analytiquement la problématique abordée dans la thèse : réaliser une socio-histoire des modalités et des raisons de la pratique de la chirurgie esthétique aux XXe et XXIe siècles en Argentine. D'une part, parce que le cas montre le caractère controversé des pratiques de chirurgie esthétique en mettant en évidence les contestations soulevées par la mise en œuvre de techniques chirurgicales apparemment dépourvues de toute finalité curative. Il permet également d'anticiper les arguments mobilisés par les chirurgiens plasticiens pour conférer une valeur thérapeutique à leurs pratiques. Entre autres, l'apport économique et psychologique de ce type de corrections morphologiques. Troisièmement, elle suggère que cette controverse, loin d'être résolue dans le domaine des arguments abstraits, doit être encadrée dans le domaine des pratiques médicales concrètes. Pour donner un exemple, selon Rojas, il serait judicieux sur le plan médical d'embellir les jambes d'un travailleur qui menace de se suicider, mais pas d'amputer les seins d'une femme qui souhaite une plus grande liberté de mouvement au volant. Enfin, l'affaire Dujarier révèle également que les limites imposées aux pratiques vont au-delà du "bien" et du "mal", dans la mesure où c'est le corps même des patients qui impose des limites aux manipulations plastiques effectuées par les chirurgiens.

A partir de ce qui a été argumenté dans le paragraphe précédent, les principales lignes de force à partir desquelles j'étudierai principalement le discours médical produit par les chirurgiens plasticiens à propos de leurs pratiques sont délimitées. Le dilemme posé par ces pratiques est

qu'elles sont réalisées par des professionnels de la santé qui, au lieu de traiter les problèmes de santé des personnes, s'attachent à les couper pour les embellir. L'esthétique corporelle est, *a priori*, un problème lié à la culture, à l'histoire et à la subjectivité des personnes. Les questions qui se posent dans ce cadre sont les suivantes : comment se fait-il que ces professionnels de la santé aient aspiré et aspirent à naturaliser un problème apparemment lié à la culture, à l'histoire et à la subjectivité des personnes ? comment gèrent-ils techniquement, moralement et cognitivement ce type de problème dans leur pratique quotidienne ? quels sont les défis posés par la politisation des problèmes liés à l'apparence corporelle ? Bref, comment construisent-ils l'indication médicale en chirurgie esthétique ?

Travail sur le terrain

Pour répondre à ces questions, j'ai mené un vaste projet de recherche qui, en principe, consistait en une enquête sur les publications médicales et populaires produites par les chirurgiens plasticiens. Pour ce faire, je me suis rendu dans les bibliothèques médicales et non médicales de la ville de Buenos Aires. J'ai ainsi recueilli de la littérature nationale et internationale sur la chirurgie plastique de différents types : brochures, actes de conférences, articles dans des revues médicales, spécialisées et de vulgarisation, thèses de doctorat en médecine et livres destinés aux experts et au public profane. En outre, j'ai mené une enquête sur les articles parus dans la presse écrite et une recherche de sources primaires internationales sur le web sur des sujets spécifiques. Enfin, j'ai mené une enquête sur les émissions de télévision traitant de cas contemporains d'opérations chirurgicales ayant causé des dommages aux patients.

Le traitement de cet énorme corpus empirique m'a pris plusieurs mois, et a été réalisé à l'aide de Microsoft Excel (2016). La procédure a consisté à cataloguer les textes selon quelques données de base (« Titre », « Date », « Auteur », etc.) et à leur attribuer des « Catégories » en précisant le « Nombre de pages » dans lequel cela s'exprimait. La construction de ces catégories de classification était essentielle à ce processus, car elles allaient constituer l'infrastructure de base pour l'organisation du matériel empirique. Beaucoup sont apparues dans le feu de la lecture rapide dans les bibliothèques, d'autres lorsque j'ai traité le matériel sur mon ordinateur personnel. Dans tous les cas, c'est la détection de certaines régularités discursives qui a contribué à leur émergence.

En plus du travail de collecte des sources historiques, j'ai réalisé entre 2018 et 2019 41 entretiens approfondis, 25 avec des chirurgiens plasticiens et 16 avec des patients. Ces dernières étaient toutes des femmes, dont 12 avaient subi une chirurgie d'augmentation mammaire, deux une chirurgie esthétique du nez, et les deux autres un lifting et une dermolipectomie. Comme le montrent les chiffres, l'accent a été mis sur la chirurgie mammaire, une décision basée sur le fait que ce type de chirurgie est actuellement le plus pratiqué en Argentine. En ce qui concerne le lieu de résidence, 9 habitaient dans la ville autonome de Buenos Aires et les 7 autres dans la province de Santa Fe¹. En termes d'âge, la majorité était concentrée dans les segments « 30-40 ans » (5) et « plus de 60 ans » (6). Bien que l'échantillon ait été constitué davantage pour des raisons d'accessibilité que de représentativité, la recherche d'une diversité d'âge était intentionnelle. La raison en est qu'il s'agissait de comparer les expériences de différentes générations d'opérateurs, en partant du principe que le niveau d'acceptation sociale de ces pratiques varierait dans les différents segments d'âge.

J'avais la même intention de représenter la diversité des âges en ce qui concerne les chirurgiens plasticiens. Cependant, une mauvaise gestion du temps de recherche et le biais inhérent à la technique de la « boule de neige » m'ont conduit à construire un échantillon dont la moyenne d'âge est de 64 ans. Dans tous les cas, il s'agit de professionnels certifiés dans la spécialité « Chirurgie Plastique, Esthétique et Reconstructrice ». Nombre d'entre eux travaillaient dans le secteur public et occupaient des postes hiérarchiques dans des hôpitaux et des institutions scientifiques. En ce qui concerne la composition par sexe, j'ai interrogé 23 hommes et 2 femmes. Enfin, en ce qui concerne la localisation géographique, j'ai eu accès à 22 spécialistes de la ville autonome de Buenos Aires et à 3 spécialistes de la ville de Santa Fe.

Pour les entretiens, j'ai préparé un guide de questions pour les chirurgiens et un autre pour les patients. D'une manière générale, avec les patients, j'ai pu fixer le rythme et l'ordre de la conversation, parvenant ainsi à couvrir la plupart des axes thématiques que j'avais prévus dans l'instrument de collecte. L'échange avec les chirurgiens a été différent, car ce sont des personnes qui ont une énorme capacité à parler en raison de leur profession. Pour cette raison, bien que je n'aie jamais complètement abandonné la certitude que me donnait le script, j'ai dû apprendre à

¹ L'auteur de cette thèse est né dans la ville de Santa Fe de la Vera Cruz, capitale de la province de Santa Fe et huitième ville la plus peuplée d'Argentine. Les liens tissés pendant mes années de résidence dans cette ville m'ont permis de contacter plusieurs des personnes interrogées, privilégiant ainsi l'échantillonnage opportuniste.

garder une oreille attentive qui m'a permis de repérer les thèmes émergents perdus dans le feu de la conversion et de réorienter subtilement le cours de l'échange lorsque je considérais que nous étions entrés sur un terrain infertile.

Avant, pendant et après le travail de terrain, j'ai lu des productions académiques dans le domaine des sciences sociales directement et indirectement liées à mon sujet de thèse. Rétrospectivement, je peux dire que les questions auxquelles j'ai tenté de répondre à travers cette activité sont les suivantes : comment organiser et interpréter ce corpus empirique ? quelles approches théoriques étaient appropriées au vu du matériel à disposition ? comment écrire l'histoire en tant que sociologue de formation ? Je consacre la section suivante à répondre à ces questions. J'y marque une distance par rapport aux approches traditionnelles de la chirurgie esthétique ; j'identifie les apports et les limites des approches théoriques qui ont inspiré l'analyse ; et j'apporte des arguments pour soutenir la centralité de la notion d'" indication médicale " pour mener à bien l'analyse du corpus empirique présenté.

Perspective analytique : de la médicalisation à l'indication médicale

Cette thèse vise à établir un dialogue avec les productions académiques des sciences sociales sur la chirurgie esthétique, ainsi qu'avec les travaux qui gravitent autour de la catégorie de médicalisation. L'objectif central de la thèse est de montrer la productivité théorico-méthodologique de la notion d'indication médicale. Sur cette base, je tente de me décentrer des grands processus institutionnels qui conduisent à la consolidation d'une spécialité, pour réaliser un récit historique et microsociologique des pratiques médicales sur le terrain. A partir de ce déplacement, j'essaie de mettre en évidence la capacité des acteurs médicaux à gérer techniquement, cognitivement et moralement l'incertitude à laquelle ils sont confrontés dans leur travail quotidien dans la pratique de la chirurgie plastique. Les productions sur la sociologie des sciences et des savoirs médicaux, ainsi que sur la relation médecin-patient, ont été déterminantes dans la construction de cette perspective. Ce qui suit est une revue de l'itinéraire de lectures que j'ai entrepris, et des changements théoriques et méthodologiques successifs que j'ai faits à la lumière de l'analyse des matériaux de terrain recueillis.

Une grande partie des productions académiques sur la chirurgie esthétique sont orientées vers l'identification des facteurs historiques et culturels qui expliquent la demande pour ce type de pratique. La plupart d'entre elles mobilisent une perspective féministe pour analyser le phénomène (Heyes C. et Jones M., 2009). Suivant la même approche, axée sur l'élucidation des forces sociales et culturelles qui sous-tendent la consommation de chirurgie esthétique, d'autres recherches se concentrent sur la race comme facteur de la demande d'interventions correctives (Gilman, 1998, 1999 ; Macgregor, 1967 ; Kaw, 1993, 1994 ; Davis, 2003 ; Wen Hua, 2013). En Amérique latine, il existe peu de publications sur la chirurgie esthétique. Toutes se concentrent sur la compréhension et l'explication de la demande pour ce type d'intervention. En Argentine, la production de Marcelo Córdoba se distingue, qui, dans une perspective sémiotique, se concentre sur l'analyse des médias et du discours des experts sur la chirurgie esthétique en tant que dispositifs de subjectivation qui contribuent à normaliser la consommation de ces pratiques (Córdoba, 2010, 2019a, 2019b). Le même accent sur la demande est présent dans les recherches d'Edmonds (2007, 2010) sur le cas du Brésil, d'Ochoa Avalos et Martín Gabriel (2011) sur le Mexique et d'Herrera Caicedo (2012) sur l'Équateur.

Si cette littérature centrée sur les motivations des patients fournit des outils d'analyse suggestifs, la voie d'entrée adoptée dans cette thèse est différente. J'ai conçu les publications comme un matériel produit par et pour les médecins, en mettant l'accent sur les arguments visant à justifier ces pratiques. En d'autres termes, la question à partir de laquelle j'ai abordé la documentation historique n'était pas d'identifier les motifs qui poussent les femmes ou tout autre groupe particulier à subir une chirurgie esthétique, mais plutôt les raisons invoquées par les chirurgiens plasticiens pour pratiquer des interventions esthétiques.

Un apport théorique fondamental à ce glissement vers les motivations médicales de la chirurgie esthétique est le champ foisonnant de productions qui gravitent autour de la catégorie de « médicalisation ». Cette approche théorique a été déterminante dans la construction de ma problématique de recherche, dans la mesure où elle propose une approche constructiviste et processuelle des phénomènes associés au monde médical. Plus précisément, elle fournit une grille d'analyse à partir de laquelle il est possible de réfléchir à la manière dont, historiquement, « les problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladies et de troubles » (Conrad, 1992 : 209). La perspective théorique proposée nous permet d'esquisser l'un des nœuds problématiques centraux qui seront abordés dans cette thèse :

analyser la manière dont le discours médical raconte l'expérience problématique d'avoir et d'être un corps dans la société, et les solutions technologiques qu'il promeut pour résoudre les problèmes que cette expérience implique.

Il n'a pas été nécessaire d'approfondir le corpus empirique pour trouver des matériaux qui soutiennent cette proposition : la littérature médicale produite par les chirurgiens plasticiens met en avant la valeur curative de leurs pratiques, soulignant les bénéfices psychologiques et économiques qu'entraîne la correction des défauts esthétiques. Ce constat, s'il est nouveau dans le champ des productions académiques nationales, n'est pas du tout original au regard des recherches internationales sur l'histoire médicale de la chirurgie esthétique (Haiken, 1997 ; Gilman, 1998 ; Guirimand, 2005). Ce premier point étant posé, la question qui s'est posée à moi était la suivante : comment analyser ces affirmations sur la valeur psychologique et économique de la chirurgie esthétique ? Était-il pertinent de les reprendre de manière critique afin de dévoiler les stratégies de personnes fondamentalement intéressées par la défense d'une pratique lucrative ? Les travaux menés dans la perspective de la médicalisation m'ont conduit à adopter la première position. Selon cette approche, les arguments des chirurgiens n'auraient pas de valeur en soi, mais devraient être interprétés comme l'expression d'un rapport de force dans lequel les groupes dominants cherchent à imposer une définition médicale des « comportements déviants » et à établir des mécanismes de « contrôle social » sur les groupes dominés.

Cependant, il m'a semblé que la critique externaliste que j'aurais pu faire du discours médical n'aurait guère ajouté quelque chose qui n'était pas déjà présent et transparent dans la voix de ces acteurs. Dans ce cadre, il m'est apparu clairement qu'au lieu de relativiser ce discours à la lumière du contexte historique et à l'ombre de la conscience des acteurs, il était plus fructueux de l'analyser dans ses propres termes : comme un discours à prétention de vérité scientifique produit par des acteurs réflexifs engagés dans le caractère humanitaire de l'entreprise morale qu'ils entreprenaient (Becker, 2009). En d'autres termes, il s'agissait d'adopter une approche symétrique (Bloor, 1997), qui visait à reconstruire la logique interne de ce discours à l'aide des mêmes outils que ceux avec lesquels j'aborderais les connaissances supposées vraies par la communauté médicale. D'une certaine manière, le geste théorico-méthodologique que je propose serait l'inverse de celui déployé par Latour et Woolgar (1986) dans leur ethnographie du travail de laboratoire. Ainsi, si ces derniers ont cherché à dénaturiser ce qui semble appartenir au domaine de la nature

pure, je me suis attaché à naturaliser ce qui semble a priori dénaturisé par sa forte inscription dans le monde de la culture.

Inspirée par cette lecture internaliste (Lemieux, 2018) du savoir médical, j'ai entrepris d'enquêter sur la littérature médicale relative à la chirurgie plastique. L'hypothèse de départ est que, comme toute autre spécialité naissante, ses promoteurs déploient une série d'évidences médicales visant à définir une problématique et à délimiter leur champ d'expertise. Comme je l'ai souligné, il suffisait d'une lecture superficielle du corpus empirique pour trouver des affirmations sur la valeur psychologique et économique de la chirurgie esthétique. Une lecture répétée et attentive, en revanche, m'a permis de trouver un modèle lié davantage à la structure qu'au sujet abordé dans le discours médical (Riessman, 2008). Plus précisément, j'ai identifié que les récits de cas de patients ayant subi une intervention chirurgicale présentaient une structure narrative de base organisée temporellement et séquentiellement dans l'identification d'un problème (un « avant ») et sa résolution (un « après »). J'avais enfin trouvé la principale preuve présentée par les chirurgiens plasticiens.

Les travaux encadrés par la sociologie de la connaissance médicale, qui m'ont permis d'identifier le caractère artefactuel et performé des récits médicaux (Smith, 1974 ; Atkinson, 1997 ; Atkinson et Delamont, 2006), ont été fondamentaux pour son analyse. De même, différentes productions analysant la place de l'expérience des patients dans le modèle biomédical (Foucault, [1975] 2012 ; Jewson, 1976 ; Reiser, 1978 ; Anspach, 1988), la centralité des récits dans la signification de l'expérience de la maladie (Bury, 1982, 2001 ; Williams 1984 ; Charon, 1986 ; Kleimann, 1988 ; Good, 1993) et les travaux qui identifient une hétérogénéité de cadres dans lesquels l'expérience, la psychologie et l'environnement des patients deviennent pertinents dans l'élaboration et la gestion des cas (Peräkylä A., 1989 ; Silverman et Bloor, 1990 ; Baszanger, 1992 ; Dodier, 1994 ; White, 2002). A partir de ces productions, j'ai pu identifier la centralité de l'expérience problématique des patients dans la construction des récits et la mise en scène de la chirurgie esthétique comme un tournant dans leurs trajectoires (de la « laideur » à la « normalité », de « l'enfermement » à « l'ouverture », de la « pauvreté » à la « richesse », etc.)

Ce contraste est également apparu dans un autre des apports centraux de la thèse, où la structure narrative est également présente : les photographies de cas de chirurgie esthétique qui sont généralement présentées par paires, et représentent temporellement « l'avant » et « l'après » de la chirurgie esthétique. Dans ce cadre, comme pour les récits écrits, j'ai entrepris de faire une

lecture internaliste de ces photos en les concevant comme une autre des évidences que les chirurgiens plasticiens déploient pour rendre compte de la valeur thérapeutique de leurs pratiques. Cette façon de concevoir les registres m'a replacée dans la lignée des productions qui gravitent autour de la sociologie des sciences. En particulier, les travaux qui s'intéressent aux représentations visuelles des objets naturels (Lynch, 1985 ; Amman et Cetina, 1988 ; Lynch et Wooglar ed., 1990) ainsi qu'à l'utilisation des images dans les sciences médicales (Pasveer, 1989 ; Yoxen, 1990). De ces approches, j'ai compris que les photographies constituent des dispositifs de représentation visuelle qui, pour être mobilisés comme preuves, nécessitent une stabilisation des conventions de production des registres et le déploiement d'une activité interprétative fondée sur une théorie médicale des modes de ressenti des porteurs de défauts esthétiques.

Jusqu'ici, on pourrait dire que cette thèse s'inscrit dans les productions liées aux processus de médicalisation, à ceci près qu'elle mobilise les outils de la sociologie des sciences pour faire une lecture symétrique et internaliste de la manière dont les chirurgiens plasticiens déploient des preuves pour montrer le caractère problématique d'être et d'avoir un corps dans la société et l'efficacité de la chirurgie esthétique pour y remédier. C'est encore le contact avec les sources qui m'a permis de dépasser cette première approche. A leur lecture, j'ai identifié une série de récits qui, loin de montrer les bienfaits de la chirurgie esthétique, alertent les chirurgiens sur un certain profil de patients problématiques qu'il ne faut pas opérer. Sans doute, par souci de cohérence, aurais-je pu laisser de côté ces récits qui rompent avec le ton d'optimisme et de progrès qui prévaut dans cette littérature médicale. Cependant, une relecture de ces matériaux à la lumière de certaines productions universitaires ethnographiques m'a permis de comprendre que ce que j'avais entre les mains était, dans une large mesure, de la littérature produite par des chirurgiens plasticiens pour des chirurgiens plasticiens. Il s'agissait de manuels, d'articles spécialisés et de communications lors de congrès de chirurgie plastique visant à diffuser les avancées entre pairs et à former les aspirants aux rudiments de la discipline.

Dans ce cadre, les récits de réussite et d'échec ont pris un caractère nouveau. D'abord, je les ai considérés comme des outils pédagogiques, destinés à socialiser les chirurgiens aux modes de pensée médicale et à transmettre des connaissances pratiques sur l'exercice de la spécialité (Hunter, 1991 ; Atkinson, 1995). Deuxièmement, j'ai compris que ce que ces outils pédagogiques étaient censés transmettre, c'était des catégories de pensée pratique destinées à établir dans quels cas opérer et dans quels cas ne pas opérer. Pour éclairer cet aspect de l'activité médicale, une série

d'enquêtes ethnographiques sur le travail de catégorisation et de triage des patients dans les services médicaux d'urgence (Roth, 1972 ; Jeffery, 1979 ; Dingwall et Murray, 1983) et dans la pratique de la chirurgie esthétique (Pitts-Taylor, 2007 ; Le Hénaff, 2013 ; Carpigo, 2016) ont joué un rôle essentiel.

A la lumière de ce changement d'interprétation, le corpus empirique a commencé à prendre une autre consistance et la catégorie de "médicalisation" est devenue pour moi de plus en plus étroite. Ce que j'avais en main ne me permettait pas seulement d'établir le processus de transformation d'un problème non médical en un problème médical. J'avais aussi accès à un récit historique et microsociologique des pratiques de terrain, des incertitudes qui les sous-tendent et des savoirs mis en jeu pour les maîtriser. Certes, au moins formellement, la perspective de la médicalisation donne lieu à une exploration du niveau interactionnel, des résistances des patients et de l'inversion de ces processus (Conrad, 2005 ; Halfmann, 2012). Mais dans cette perspective, tout se réduit à déterminer si une certaine condition est définie comme médicale ou non, laissant dans l'ombre le caractère pratique et situé du savoir médical.

Ayant placé l'indication médicale en chirurgie esthétique au centre de ma recherche, j'ai commencé à comprendre que l'un des principaux défis de la pratique de la spécialité est de faire face à l'expérience d'un corps esthétique qui oppose une résistance matérielle et culturelle à sa manipulation extérieure. Matériellement, parce que le corps n'est pas une argile malléable soumise à la volonté esthétique du médecin, mais plutôt une maîtrise technique toujours précaire et aux conséquences imprévisibles. Pour rendre compte de cette première dimension, j'ai tenté de montrer comment l'histoire des techniques et des technologies médicales conditionne la construction de l'indication médicale en chirurgie plastique. L'intégration de cette facette constitue bien plus qu'un exercice d'érudition visant à combler les lacunes présentes dans certaines productions académiques qui m'ont précédé. Elle a plutôt pour rôle fondamental de nous mettre en garde contre les modèles d'explication qui mettent exclusivement l'accent sur les facteurs socioculturels pour rendre compte de l'essor de certaines pratiques d'embellissement.

Biologiquement irréductible, le corps l'est aussi culturellement. Non seulement parce que la définition du « normal » et du « pathologique » est un territoire d'éternelles disputes historiques (Foucault, 2007), mais surtout parce qu'il s'agit d'une spécialité consacrée à un sujet aussi controversé que l'esthétique corporelle. Dans ce cadre, l'indication médicale constitue une perspective qui nous invite à analyser la manière dont la littérature médicale mobilise des savoirs,

des pratiques et des dispositifs visant à transformer l'esthétique corporelle en objet de connaissance et d'intervention médicale (Neto et Caponi, 2007). Elle ouvre également la porte à l'analyse de la manière dont ces savoirs, pratiques et dispositifs sont mis en jeu pour faire face aux perceptions et aux demandes esthétiques des patients. Plus prosaïquement, l'étude de l'indication médicale consiste à étudier comment les chirurgiens plasticiens diagnostiquent un défaut esthétique, établissent le type de correction chirurgicale approprié au cas, et s'assurent que le patient est d'accord avec le diagnostic et satisfait du résultat esthétique obtenu.

Pour aborder ce dernier point, peu exploré dans la littérature sociologique sur la chirurgie plastique (Parker, 2009 ; Carpigo, 2016), je disposais de trois modèles théoriques de la relation médecin-patient. Premièrement, le modèle paternaliste (Parsons, 1951) qui suppose une autonomie du médecin dans l'indication et une acceptation passive du patient. Deuxièmement, le modèle consommateur-patient (Reeder, 1972 ; Lupton et. al. 1991 ; Lupton et. al., 1997 ; Light, 2000 ; Henwood et. al, 2003) dans lequel le patient dispose d'argent et d'informations pour décider et le médecin renonce à son autonomie pour répondre aux demandes du client. Troisièmement, le modèle de coopération ou de coproduction (Charles et. al. 1999 ; Shutzberg, 2021), qui implique divers degrés de participation du patient au traitement afin d'accorder une attention particulière aux particularités du cas du patient.

Dans cette thèse, je propose un modèle alternatif pour aborder la relation médecin-patient en chirurgie esthétique. Bien entendu, je n'ai pas l'intention de suggérer qu'il s'agit du seul modèle, ni du modèle dominant. Je propose plutôt une clé interprétative qui transcende l'opposition entre l'autorité de l'expert et la participation du patient, en cherchant à montrer la complémentarité entre les deux dimensions. Ainsi, en suivant le chemin tracé par Eyal (2013), j'explore la longue histoire des pratiques et dispositifs de coordination présents dans la littérature médicale dans le but de comprendre comment ces spécialistes aspirent à gérer le désir et les attentes des patients en matière de transformation esthétique. Comme nous le verrons, si ces pratiques et dispositifs impliquent une ouverture à la participation du patient au processus décisionnel, le fait est que cette implication contribue à ce que le chirurgien éduque le regard du patient, obtienne son assentiment et ait la possibilité de mobiliser un consentement passé pour lui attribuer la responsabilité des résultats (Holstein et Miller, 1990).

Suivant l'approche théorico-méthodologique décrite ci-dessus, tout au long de la thèse, j'identifie et j'analyse différents types de récits de cas écrits et visuels. Ces récits, tout en

démontrant la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique, établissent des préceptes techniques, moraux et pratiques visant à catégoriser, sélectionner et moduler les attentes des candidats à ces opérations. J'en déduis trois types d'indications : l'indication économique, basée sur l'évaluation de la capacité de la chirurgie plastique à réhabiliter fonctionnellement et esthétiquement les personnes ayant des problèmes d'emploi ; l'indication psychologique, basée sur l'évaluation des possibilités de l'intervention chirurgicale à prévenir et réformer les comportements déviants ; et l'indication esthétique, basée sur l'évaluation « objective » du corps du patient et la gestion de ses attentes esthétiques. Ce cadre théorique est utilisé pour analyser la littérature médicale de la première moitié du 20e siècle sur les interventions faciales, puis pour rendre compte de la chirurgie d'augmentation mammaire qui a commencé à se développer au cours du dernier tiers du 20e siècle.

RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTS CHAPITRES DE LA THÈSE

Chapitre 1 : Histoire de l'institutionnalisation de la chirurgie plastique argentine

Dans ce chapitre, j'ai l'intention de développer l'histoire de la chirurgie plastique argentine², en me concentrant sur les principaux référents de la spécialité et sur les étapes de la consolidation institutionnelle de la discipline dans notre pays. Les premières publications sur le sujet dans notre pays remontent à la fin du 19ème siècle et au début du 20ème siècle. Elles traitent toutes de la chirurgie reconstructive, en particulier de la chirurgie du nez. Dans ces ouvrages, les résultats des rhinoplasties selon les méthodes « indiennes » et « italiennes » sont présentés et diffusés³, à

² La chirurgie plastique est une branche de la médecine qui, par des opérations manuelles ou instrumentales, vise à modifier l'apparence du corps, parfois en rétablissant la fonction de la zone anatomique opérée. Si le suffixe « -plastie » a été utilisé pour la première fois en 1818 par le chirurgien berlinois von Graefe dans sa monographie « Rhinoplastie », le terme « chirurgie plastique » a été introduit en 1838 par Edward Zeis qui l'a utilisé comme titre d'un manuel sur le sujet. Bien que les frontières soient floues, la chirurgie plastique comprend deux sous-branches : la chirurgie réparatrice et la chirurgie esthétique. La première se situe généralement dans le domaine du « pathologique », en (re)construisant anatomiquement et fonctionnellement des défauts physiques congénitaux ou acquis. La seconde rectifie les aspects de l'apparence du corps qui relèvent de la « normalité » afin de les mettre en valeur ou de les embellir.

³ L'antécédent le plus lointain de ce type de pratique est généralement retracé dans le Sushruta Samhita, un compendium de médecine indienne datant d'environ 600 ans avant J.-C., qui décrit une technique de reconstruction du nez à l'aide d'un lambeau prélevé sur le front. Le développement de cette procédure, connue plus tard sous le nom de « méthode indienne », est apparu en réponse à la fréquence avec laquelle les autorités pratiquaient l'amputation du nez pour punir l'adultère, le crime ou la conquête. L'étape suivante de ce rapide voyage spatio-temporel nous conduit sur le sol italien au XVIe siècle, période au cours de laquelle une méthode de reconstruction du nez a été mise au

l'exception d'une thèse sur la reconstruction du nez par des injections de paraffine ramollie sous pression.

Malgré ces premières esquisses lointaines, ce n'est que dans l'entre-deux-guerres que les principaux pionniers et centres qui ont cultivé la chirurgie plastique ont commencé à émerger en Argentine. Les deux guerres mondiales et la circulation internationale des connaissances médicales ont joué un rôle important dans le développement technique de la discipline au niveau local. La Première Guerre mondiale a été un événement historique sans précédent : la guerre a laissé une forte proportion de personnes souffrant de traumatismes crâniens et faciaux. C'est dans ce contexte qu'est apparue l'impérieuse nécessité d'organiser des services spécialisés pour ce type de lésions, dont l'afflux en volume et en gravité a suscité le développement de la chirurgie plastique maxillo-faciale. Les centres qui ont vu le jour dans le feu du conflit ont été confiés à des chirurgiens peu formés dans ce domaine qui, par tâtonnements, ont donné naissance à une série d'innovations techniques et organisationnelles dans le domaine de la reconstruction faciale. Le rôle du chirurgien néo-zélandais Harold D. Gillies, spécialiste de l'oto-rhino-laryngologie, est souvent mis en avant. Gillies a été à l'origine de la création d'un centre spécialisé à Sidcup, en Angleterre, dans le but de concentrer la prise en charge de ces cas et de permettre ainsi des avancées techniques substantielles (Bamji, 2006)⁴.

L'avènement de la Seconde Guerre mondiale allait relancer les défis posés à cette discipline encore naissante, en suscitant le développement d'innovations organisationnelles et techniques pour répondre aux nouvelles conséquences des changements dans les tactiques de guerre. Selon Mayhew (2004), le coût élevé de la guerre des tranchées a conduit le gouvernement britannique à concentrer une grande partie de ses efforts sur une stratégie offensive donnant plus de poids aux forces aériennes. Le revers de la médaille de ce changement tactique est l'émergence d'un groupe de blessés qui, en raison de la similitude des causes et des pathologies qu'ils présentent, acquièrent leur propre nom médical : « Airman's Burn » (brûlure de l'aviateur). La prise en charge de ce

point, connue plus tard sous le nom de « méthode italienne ». Bien que la paternité de cette technique ne soit pas claire, on attribue souvent à Gaspare Tagliacozzi (1546-1599) le mérite de l'avoir écrite dans son ouvrage posthume « De curtorum chirurgia » (Venise, 1597). Contrairement à la « méthode indienne », la reconstruction s'effectue à l'aide d'un lambeau prélevé sur le bras de la personne atteinte, dont le membre doit rester attaché à la zone receveuse pour assurer la vascularisation des tissus.

⁴ Les autres pays impliqués dans la conflagration mondiale ont suivi un schéma de développement similaire, avec les centres qui fonctionnaient à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris sous la direction d'Hyppolite Morestin, celui qui fonctionnait à l'hôpital de la Charité à Berlin sous la direction de Jacques Joseph et l'unité américaine qui opérait sur le territoire français sous la direction de Varaztad Kazanjian.

nouveau type de cas sera confiée au chirurgien néo-zélandais Archibald Mc Indoe qui, depuis l'hôpital Queen Victoria d'East Grinstead (Sussex, Angleterre), impulsera un changement dans le traitement des brûlures et structurera une organisation qui favorisera la mise en œuvre de ce changement.

Les progrès de la chirurgie reconstructive qui ont vu le jour dans la chaleur des deux guerres mondiales ont circulé vers le territoire national, soit à l'occasion de voyages internationaux de médecins argentins, soit à l'occasion de la visite de figures importantes de la chirurgie plastique dans le pays sud-américain. Parmi les événements les plus significatifs, il convient de mentionner la tournée latino-américaine que le chirurgien français León Dufourmentel a effectuée en 1932. Envoyé par le ministère français de la Santé publique pour étudier l'état de la chirurgie réparatrice sur le continent, Dufourmentel rédige un rapport dans lequel il souligne que « l'Amérique du Sud, peut-être parce qu'elle n'a pas subi l'épreuve de la Grande Guerre, n'a pas connu l'effort de chirurgie réparatrice de l'Europe ou des États-Unis d'Amérique ». Néanmoins, le Français souligne que « les chirurgiens argentins » semblent avoir « le dynamisme et les compétences suffisantes pour rattraper rapidement leur retard et même prendre la tête du mouvement » d'expansion de la chirurgie plastique en Amérique latine.

Comme je l'ai souligné plus haut, c'est dans l'entre-deux-guerres que les premiers centres spécialisés dans ce domaine ont commencé à émerger et que les chirurgiens autour desquels l'institutionnalisation de la discipline allait graviter ont commencé à se dessiner. Il s'agit bien sûr d'un processus progressif, où des médecins exerçant en chirurgie générale ou dans les services de soins spécialisés des hôpitaux publics s'aventurent sur le terrain d'une activité chirurgicale méconnue. L'examen des services dans lesquels la chirurgie plastique a commencé à être cultivée montre qu'à côté de la chirurgie générale, ceux orientés vers la traumatologie et l'oto-rhino-laryngologie se distinguent. Pratiquement tout ce mouvement a été centralisé à Buenos Aires et, dans une moindre mesure, dans la ville de Rosario⁵. De même, bien que la majeure partie de l'activité des services hospitaliers soit axée sur la chirurgie reconstructive, les années 1920 voient l'apparition de chirurgies esthétiques. Pratiquement toutes ces opérations étaient réalisées sur le

⁵ Rosario est une ville située au sud-est de la province de Santa Fe, en Argentine, à la tête du département du même nom. C'est la ville la plus peuplée de la province et la troisième ville la plus peuplée du pays, agglomération comprise. Elle est située au centre de l'un des plus importants complexes portuaires du cône sud et dans l'une des régions céréalières les plus prospères du monde (De Marco, 2016). Avec Buenos Aires, elle est l'un des centres urbains les plus importants d'Argentine.

visage, avec une prédominance d'interventions sur le nez et, dans une moindre mesure, de chirurgie correctrice de l'oreille⁶.

Le chirurgien argentin Oscar Ivanissevich (1895-1976) a été à l'avant-garde de ce mouvement. En 1928, il a réussi à créer une « Section de chirurgie plastique et esthétique » à l'« Instituto de Clínica Quirúrgica » de la ville de Buenos Aires. D'éminents chirurgiens plasticiens argentins et latino-américains ont été formés dans cette section, et plusieurs expositions ont été organisées pour diffuser les progrès réalisés dans ce domaine. Une autre figure importante est Ernesto Malbec (1903-1991), qui a commencé à cultiver la chirurgie plastique au milieu des années 20 et dont l'intense activité fera du service de l'hôpital Ramos Mejía de Buenos Aires un centre de référence pour la formation en chirurgie plastique et esthétique. De même, ce chirurgien jouera un rôle important dans l'articulation des associations de chirurgie plastique en Argentine et en Amérique latine.

Toujours à Buenos Aires, la figure d'Héctor Marino (1905-1996) se distingue. Grâce à de nombreux voyages internationaux dans des centres spécialisés en chirurgie plastique, il acquiert une solide formation dans ce domaine et parvient à consolider la section de chirurgie plastique de l'hôpital Rawson pour en faire l'un des centres d'où rayonnera la nouvelle discipline. Enfin, il convient de mentionner la figure particulière de Lelio Zeno (1890-1968), qui s'est d'abord consacré à la traumatologie, mais qui, vers le milieu des années 1930, a progressivement orienté son activité vers la chirurgie plastique. Ses principales contributions concernent non seulement la technique chirurgicale, mais aussi la psychologie des patients traités dans le cadre de cette spécialité.

Le mouvement de consolidation initié durant l'entre-deux-guerres trouvera son premier jalon institutionnel en 1940, avec la création de la Société latino-américaine de chirurgie plastique. La fondation a eu lieu les 4 et 5 juillet de cette année-là, lors d'une réunion tenue dans la ville de Sao Paulo (Brésil). Bien que l'initiative ait été prise par des chirurgiens brésiliens, les médecins argentins ont participé de manière remarquable à cet événement. Un an plus tard, le premier congrès latino-américain de chirurgie plastique se tiendra dans les villes de Sao Paulo et de Rio de Janeiro, du 6 au 9 juillet 1941. Selon le procès-verbal, l'entité comptait à cette date 58 « membres

⁶ Selon les estimations des chirurgiens plasticiens argentins de la première moitié du XXe siècle, 60 % des opérations esthétiques visaient à corriger le nez, les 40 % restants étant destinés à rectifier d'autres déformations du visage et du corps.

titulaires », les délégations les plus nombreuses étant celles de l'Argentine (21), du Brésil (21) et de l'Uruguay (10).

Le deuxième congrès s'est tenu du 18 au 24 octobre 1942 en Argentine, dans les villes de Buenos Aires et de Rosario. Des délégations de 6 pays qui n'étaient pas présents au premier congrès ont participé à l'événement. Le nombre de membres titulaires est passé de 58 en 1941 à 72 en 1942, les nationalités les plus importantes étant l'Argentine (29), le Brésil (23) et l'Uruguay (10). Au cours des années et de la décennie suivantes, les congrès se poursuivront, montrant une prédominance de l'Argentine et du Brésil dans le développement de la spécialité au niveau latino-américain. Ainsi, dans un éditorial publié dans le « Plastic Surgery Bulletin » à propos du IXe congrès de la SLACP qui s'est tenu à São Paulo en 1960, on peut lire que 180 communications ont été présentées et que 50 l'ont été par des chirurgiens plasticiens argentins. En outre, sur les 242 congressistes inscrits, « le plus grand nombre correspondait à la représentation brésilienne avec 138 inscriptions et ensuite à la représentation argentine avec 64 inscriptions" (Boletín de Cirugía Plástica, 1960: 8).

Il faudra attendre un peu plus d'une décennie pour que se produise le deuxième événement marquant de l'histoire de la consolidation institutionnelle de la chirurgie plastique en Argentine : la fondation de la Société argentine de chirurgie plastique (SACPER), qui a eu lieu le 24 mars 1952. Cette entité est née à la suite d'une série d'athénées hospitaliers organisés par des chirurgiens plasticiens de différents hôpitaux publics, qui ont permis de resserrer les liens et de concevoir la SACPER. Le 17 juillet 1952 a eu lieu la « première réunion scientifique de la SACP », à laquelle ont participé d'éminents chirurgiens plasticiens de différentes parties du monde. Parmi eux, Archibald McIndoe, qui a donné une conférence sur la « Reconstruction faciale totale ». En 1953, la « Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica » est publiée pour la première fois. Cette expérience se répétera au cours des décennies suivantes, pour devenir systématique à partir de 1995. Les numéros correspondant à la période 1953-1961 permettent d'observer deux phénomènes. Tout d'abord, l'évolution du nombre de membres effectifs et adhérents de l'organisation. Ainsi, au cours de la période considérée, la Société est passée de 68 membres à un total de 159, ce qui montre qu'en huit ans seulement, le nombre de membres a augmenté de 133 %. Le deuxième aspect qui ressort de l'exploration de cette publication est le poids relatif des différentes branches de la chirurgie en termes de volume de publications. Ainsi, selon une analyse de Losardo et Conde-

Orellana (2013), au cours de la période 1953-1964, un total de 80 articles ont été publiés, dont 67 (84%) portaient sur la chirurgie reconstructive et 13 (16%) sur la chirurgie esthétique.

A la fin du chapitre, j'analyse le processus de crise et de consolidation institutionnelle de la chirurgie esthétique en Argentine. Crise, parce qu'en 1970 une entité indépendante de chirurgie esthétique est née : la Société Argentine de Chirurgie Esthétique (SACE). La SACE est restée en activité pendant huit ans. Pendant cette période, il y a eu un antagonisme entre les deux entités, ce qui a obligé les chirurgiens plasticiens à opter pour l'une ou l'autre société (Patané, 1986 : 54). En 1976, le décès brutal de son fondateur dans un accident de tramway entraîne un affaiblissement de la SACE. Trois ans plus tard, l'organisation des chirurgiens esthétiques est dissoute et tous les chirurgiens plasticiens sont réunis au sein de la SACP. Au cours des décennies suivantes, cette dernière organisation a ajouté les termes « esthétique » et « reconstructif » à son nom d'origine, devenant ainsi la Société argentine de chirurgie plastique, esthétique et reconstructive (SACPER).

Les années 1970 ont également marqué une période de consolidation institutionnelle pour la chirurgie plastique en Argentine. Non seulement parce qu'à la fin de cette décennie, les schismes sociétaux ont été résolus, mais aussi parce que c'est au cours de cette décennie que les premiers cours de troisième cycle en chirurgie plastique ont été ouverts. Ainsi, parallèlement au système d'enseignement par le biais de résidences médicales qui a commencé à s'implanter en Argentine au début des années 1960, l'ouverture de ces cours de troisième cycle a offert la possibilité d'acquérir une formation systématique et prolongée dans la spécialité. Les conditions d'admission et les programmes de formation de ces cours sont similaires. Pour y accéder, il fallait être titulaire d'un diplôme de médecine et avoir effectué un internat en chirurgie générale d'au moins 3 ans. En termes d'organisation, un programme de formation de trois ans était prévu, avec des rotations semestrielles dans différents services spécialisés dans le traitement du large spectre de pathologies prises en charge par la chirurgie plastique.

Chapitre 2. L'indication économique de la chirurgie esthétique dans la « lutte pour la vie »

Tout au long de ce chapitre, je mobilise la littérature médicale de la première moitié du vingtième siècle pour explorer la construction de l'indication économique en chirurgie plastique dans ses facettes réparatrice et esthétique. Je commence par explorer ce que j'appelle les récits

physiochirurgicaux, qui montrent la capacité de la chirurgie plastique à réhabiliter fonctionnellement le corps des opérés. Je choisis comme cas paradigmatique de ce type de récits ceux qui traitent du processus de reconstruction de la main d'un ouvrier traumatisé à la suite d'un accident de travail. Les récits écrits et visuels sur ce type de cas montrent une approche objectiviste du défaut des patients et mettent l'accent sur un corps en mouvement pour montrer la valeur fonctionnelle de la chirurgie reconstructive de la main de l'ouvrier. Ensuite, je rapporte des cas de chirurgie réparatrice chez des femmes, afin de montrer que l'indication économique de la chirurgie réparatrice varie en fonction du sexe et même des caractéristiques socioprofessionnelles des patients. Comme il ressort des récits écrits et visuels de ces cas, la souffrance subjective des porteurs de malformations de la main prend plus de poids, la reconstruction esthétique de la main prime sur la fonction et les résultats sont exhibés à partir de la mise en scène d'un corps passif.

Dans les sections suivantes, je me concentre sur l'indication économique de la chirurgie esthétique. Je soutiens que la littérature médicale montre que, tout comme la chirurgie reconstructive, la chirurgie esthétique est présentée comme une pratique nécessaire et utile qui contribue à la (ré)insertion sur le marché du travail de personnes ayant des problèmes d'emploi dus à des caractéristiques physiques qui entraînent un rejet sur le marché du travail. Ce que j'appelle les récits socio-chirurgicaux mettent en évidence cette facette économique de la chirurgie esthétique, en plaçant ces interventions comme un tournant dans les trajectoires professionnelles des patients. Afin d'approfondir ce point, j'étudie la manière dont la chirurgie esthétique est présentée comme une pratique nécessaire et utile pour différents groupes socioprofessionnels.

Premièrement, je me concentre sur l'étude des récits de cas d'employées de services qui, en raison de leur apparence vieillissante, éprouvent des difficultés à s'engager dans des activités qui nécessitent un contact face à face et l'affichage de qualités « féminines ». Selon lui, les chirurgiens plasticiens se réfèrent généralement à l'état civil de ces femmes, soulignant que le veuvage et l'absence d'un pourvoyeur masculin qui en découle exacerbent leur situation de besoin économique. Dans ce contexte, les opérations de rajeunissement du visage apparaissent comme des pratiques qui, en corrigeant l'expression de fatigue et d'hostilité associée aux traits vieillissants, permettent à ces femmes de réintégrer le marché du travail et d'inverser leur situation d'extrême difficulté économique. Nombre de ces récits sont tirés de la littérature internationale, en particulier de la chirurgienne française Suzanne Noël. On se souvient de cette chirurgienne pour sa contribution au développement de la technique du lifting, mais aussi comme une pionnière dans

un domaine éminemment masculin, impliquée dans les luttes féministes de son époque. En effet, elle fut une ardente défenseuse du droit de vote des femmes et joua un rôle de premier plan dans la diffusion internationale du Soroptimisme, une organisation liée au Rotary Club qui promouvait l'émancipation des femmes par l'éducation et l'égalité des chances (Davis, 2007 ; Martin, 2014)⁷ .

Dans la section suivante, je me concentre sur l'analyse des récits socio-chirurgicaux des patients masculins. Dans ces cas, la chirurgie esthétique apparaît également comme un tournant dans la trajectoire économique des patients, sauf que l'ascension sociale qui suit l'opération est beaucoup plus marquée. Un autre trait marquant de ces récits est que l'évaluation des dispositions méritoires des patients apparaît comme un élément central dans la construction de l'indication économique. Dans ce cadre, la chirurgie esthétique apparaît comme un complément et une incitation pour les personnes enclines à faire des efforts et se traduit par des trajectoires de nette ascension sociale. En revanche, la littérature médicale met en garde contre les patients qui attribuent une vie d'échec à des défauts esthétiques, qui sont en réalité le résultat d'une faible constitution morale. Selon ces publications, il est conseillé de ne pas opérer ce profil de cas, car la correction esthétique n'aura aucun effet bénéfique et le patient aura tendance à blâmer le chirurgien pour des échecs qui, en réalité, sont dus à ses mauvaises dispositions morales.

Dans ce qui suit, je me concentre sur l'indication économique de la chirurgie esthétique chez les acteurs et les actrices. Selon les chirurgiens, la correction des défauts esthétiques devient pertinente dans un contexte caractérisé par l'ouverture de nouvelles opportunités d'emploi induites par l'expansion du cinématographe⁸. Dans ce contexte, de nombreux acteurs et actrices qui ont dû passer du cinéma au théâtre ont constaté que la projection de leur visage sur grand écran laissait apparaître des défauts qui étaient auparavant imperceptibles dans l'activité théâtrale. En établissant un parallèle avec ce que nous avons vu dans les sections précédentes, nous pourrions dire que, si l'introduction des machines multiplie les problèmes fonctionnels des travailleurs industriels, l'utilisation de la caméra cinématographique fait de même pour les problèmes esthétiques des travailleurs des industries culturelles. Dans ce contexte, la chirurgie esthétique apparaît comme

⁷ L'apparente incongruité entre chirurgie esthétique et féminisme prend un sens différent dans le contexte de la « première vague féministe », où la question des idéaux de beauté était secondaire par rapport à la promotion des droits civils, politiques et économiques des femmes. En effet, Noël concevait la chirurgie esthétique comme une pratique permettant aux patientes d'accéder à un emploi, de le conserver et d'acquérir ainsi une autonomie économique.

⁸ Le cas de Lumiton, une société de production cinématographique argentine qui, à l'instar des studios américains, a créé en 1940 un département de chirurgie esthétique dans ses installations situées à Munro, dans la province de Buenos Aires, est éloquent à cet égard.

une pratique qui reconditionne les visages des artistes, en les adaptant aux exigences imposées par le regard attentif des caméras. Dans cette section, je souligne également le rôle de la chirurgie de rajeunissement du visage sur les acteurs et actrices de théâtre. Chez ces derniers, l'usage excessif du maquillage et la gestuelle propre à leur profession entraînent un vieillissement de l'apparence qui s'exprime prématurément. Dans ce contexte, la chirurgie esthétique permettrait de corriger les signes du vieillissement et contribuerait ainsi à prolonger la carrière des artistes.

En conclusion de ce chapitre, je constate que la redéfinition de la chirurgie esthétique comme une pratique nécessaire et utile s'accompagne d'un souci des chirurgiens plasticiens d'assurer l'accessibilité à ce type de prestations médicales. Cette volonté de démocratiser l'accès à la chirurgie esthétique se manifeste de deux manières. D'une part, dans le souci d'augmenter le nombre de praticiens en chirurgie plastique, assurant ainsi que les corrections esthétiques atteignent les habitants de l'ensemble du pays⁹. D'autre part, la réglementation morale du montant des honoraires médicaux, dont beaucoup de ces chirurgiens affirment qu'ils devraient être adaptés à la capacité de paiement des patients. Dans le même ordre d'idées, de nombreux récits montrent l'altruisme et l'abnégation des chirurgiens qui opèrent gratuitement des patients dépourvus de ressources, déclenchant ainsi une dette de gratitude de ces derniers envers leurs bienfaiteurs.

En somme, les récits physiochirurgicaux et sociochirurgicaux analysés montrent la chirurgie plastique comme une pratique médicale qui contribue à résoudre des problèmes d'employabilité nés d'une série de changements technologiques, sociaux et économiques. Cependant, loin de se contenter de montrer l'impact économique positif de ces interventions sur la carrière des patients, ils montrent également une série de lignes directrices pour la construction de l'indication médicale. Parmi celles-ci, la prise en compte du sexe et de la profession des patients pour la chirurgie réparatrice de la main, et l'évaluation de la qualité morale des candidats à la chirurgie esthétique. En suivant cette ligne d'analyse, dans le chapitre suivant, j'étudie les récits psycho-chirurgicaux afin d'identifier les lignes directrices qui guident la construction de l'indication médicale en chirurgie esthétique.

⁹ Sur ce point, il est important de souligner une série d'articles sur la chirurgie esthétique rurale publiés par Pedro Quiroga dans différentes revues médicales. Il y décrit son travail de chirurgien esthétique à González Chávez, une petite ville rurale de la province de Buenos Aires.

Chapitre 3. L'indication psychologique de la chirurgie esthétique face au « complexe d'infériorité »

Dans ce chapitre, j'aborde l'indication psychologique de la chirurgie esthétique, en centrant l'analyse sur ce que j'appelle les récits psychochirurgicaux présents. D'emblée, j'affirme que la littérature médicale produite par les chirurgiens plasticiens dans la première moitié du XXe siècle est orientée vers la construction de l'indication de la chirurgie esthétique à partir de l'identification, de la délimitation et de la mise en évidence d'une sphère de problèmes médico-psychologiques dont souffre la personne déficiente et que la chirurgie peut atténuer ou guérir. En même temps, elle vise à fournir des principes d'orientation pratique qui permettent au chirurgien d'examiner le patient et d'établir si la chirurgie esthétique est techniquement et moralement indiquée. Dans ce cadre, les récits que je présente tout au long du chapitre doivent être lus dans ce double sens : comme un processus de construction de preuves médicales visant à prouver l'efficacité thérapeutique de la chirurgie psychique, et comme un matériel pédagogique visant à éclairer les chirurgiens sur les principes de construction de l'indication médicale dans la pratique professionnelle quotidienne.

Les récits psychochirurgicaux mettent au centre l'expérience subjective des patients, en montrant qu'ils souffrent des défauts esthétiques de leur visage. Cette ouverture, qui pourrait aller de soi pour toute autre discipline, constitue une rupture forte avec le modèle biomédical (Anspach, 1988 ; Good, 1994). Plus encore pour les chirurgiens, décrits dans les recherches sociologiques et anthropologiques comme l'archétype de la dépersonnalisation et de l'évaluation purement organiciste des patients (Cassell, 1991 ; Jaisson, 2001 ; Zolesio, 2013).

Les récits médicaux psychochirurgicaux reconstituent le déroulement de ces expériences dans le temps. Ils reproduisent, plus ou moins profondément, la trajectoire sociale du déficient. Chacune des étapes de cette trajectoire se déroule dans des espaces différents et met en scène le contact mixte avec différents types de personnes (Goffman, 2015). Au-delà de la diversité des espaces dans lesquels se déroulent les contacts mixtes, la caractéristique commune à tous ces espaces est qu'ils appartiennent à la sphère publique au sens large du terme. En d'autres termes, il s'agit de tous les contacts qui se situent en dehors de la sphère domestique. Cette dernière fonctionne dans les récits comme l'espace de protection et de repli du déficient, tandis que la sphère

publique est celle dans laquelle il incorpore le point de vue du normal et apprend les conséquences d'être porteur d'un défaut (Ibid. : 48-53).

Le caractère de l'expérience publique du déficient est marqué par le rejet et l'hostilité qui s'expriment par des gestes, des pratiques et des désignations dénigrantes de la part des « normaux ». L'humiliation publique du « déficient » est le pendant exact de ces réactions. La gravitation vers la sphère privée ne constitue que l'aspect manifeste d'une série d'états et de comportements que j'ai pu identifier dans les récits psychochirurgicaux. D'une manière générale, il m'a semblé pertinent de les classer en états et comportements diminutifs et expansifs. Les premiers renvoient au repli sur soi et à l'introversio de l'individu déficient, tandis que les seconds se rapportent à la violence manifeste ou latente. Le lien entre une catégorie et l'autre est souvent l'accumulation d'expériences d'humiliation (« ressentiment ») qui confèrent au déficient une dangerosité latente.

Jusqu'à présent, nous sommes confrontés à la description d'un problème de la vie quotidienne. Selon les récits, le « déficient », dans les différentes situations sociales qui se présentent à lui, souffre d'être la cible de regards, de gestes et de commentaires moqueurs. Or, la médicalisation implique que certains problèmes non médicaux soient définis et traités comme des problèmes médicaux, entendus en termes de maladies ou de troubles (Conrad et Leiter, 2004). Dans ce cadre, je souligne la centralité de la notion de « complexe d'infériorité » dans l'interprétation médicale des problèmes psychologiques associés aux défauts corporels. Cette notion, inventée par Alfred Adler au début du siècle, a été largement acceptée dans la société américaine à partir de la fin des années 1920, au point de devenir non seulement une notion récurrente dans la littérature médicale sur la chirurgie plastique, mais aussi une icône de la culture populaire dans le contexte de la « Grande Dépression » (Haiken, 1997). En Argentine, ce n'est qu'à la fin des années 30 et au début des années 40 que cette notion semble s'installer définitivement dans le vocabulaire médical des chirurgiens plasticiens argentins¹⁰. La même tendance semble se retrouver dans une certaine mesure dans la presse écrite. Cette notion a permis de renforcer le lien

¹⁰ Les travaux du médecin et psychologue Emilio Pizarro Crespo (1904-1944) ont joué un rôle important dans la diffusion de la notion de « complexe d'infériorité ». Précurseur de la psychanalyse, Pizarro Crespo a développé un travail de collaboration psycho-chirurgicale avec Lelio Zeno, qui a donné lieu à plusieurs articles et ouvrages dans lesquels ils ont tenté de transmettre les rudiments de l'examen psychologique des patients dans la spécialité. Il a également été membre de la Société latino-américaine de chirurgie plastique, donnant une conférence lors du premier congrès de cette entité et contribuant à diffuser la notion au niveau latino-américain.

entre défauts et maladies mentales, et d'élargir le spectre des interventions légitimes en incluant le point de vue des patients dans la construction de l'indication médicale.

Je soutiens que cette notion a permis non seulement de délimiter la sphère des problèmes médicaux auxquels la chirurgie esthétique répond, mais aussi d'établir des lignes directrices pour la construction de l'indication psychologique de ces opérations. Afin d'aborder ce point, j'examine des récits psychochirurgicaux qui montrent la pertinence que certains défauts esthétiques prennent à différents stades du cycle de vie des patients et dans différents espaces institutionnels. Ce parcours commence avec la chirurgie esthétique de l'enfance, dont l'exemple paradigmatique est celui des oreilles à l'écran et des moqueries suscitées au sein du groupe de pairs. Du point de vue des chirurgiens, ces expériences d'humiliation ont des répercussions sur l'intériorité de l'enfant et affectent ses performances scolaires. À long terme, cette expérience se traduit par un décrochage scolaire précoce et un ressentiment croissant pouvant conduire à des réactions antisociales. Dans ce contexte, la correction précoce de l'oreille serait une mesure de prophylaxie psychologique dont l'effet immédiat est la pleine intégration dans l'environnement scolaire. À cela s'ajoute le fait qu'à long terme, elle empêche les porteurs de défauts de l'oreille de devenir des « idiots », des « fous » ou des « criminels ».

Si les oreilles sont le problème par excellence à l'école, le nez commence à prendre de l'importance dans la carrière morale de l'individu défectueux à l'adolescence et à l'âge adulte. Pour les premiers, la correction des défauts nasaux permettrait non seulement d'obtenir de meilleurs résultats dans les établissements d'enseignement de cette étape, mais aussi de prévenir les réactions violentes causées par la frustration dans les relations amoureuses. Une fois entrés dans l'âge adulte, la famille et le travail deviennent les principaux pôles autour desquels gravite la vie sociale. Selon les récits, les défauts nasaux viennent interrompre ce mouvement pendulaire, obligeant ces personnes à s'isoler pour éviter les expériences d'humiliation. Dans ce contexte, les rhinoplasties inversent la réclusion et le ressentiment de ces patients, permettant une sociabilité expansive et épanouissante. Outre le caractère préventif et curatif de la chirurgie esthétique, les récits psychochirurgicaux mettent en évidence sa capacité réformatrice et vitale. La capacité réformatrice est clairement exprimée dans la chirurgie esthétique pratiquée sur les détenus du système pénitentiaire qui, en corrigeant leurs traits « antisociaux », rectifie leur comportement criminel et les réintègre socialement. Son caractère de pratique vitale est transversal à tous les âges et à tous

les contextes institutionnels, et renvoie à la capacité de la chirurgie esthétique à prévenir le suicide chez les personnes présentant des défauts esthétiques.

En plus de médicaliser l'expérience du défectueux et de montrer la valeur curative de la chirurgie esthétique, les récits psychochirurgicaux jouent un rôle pédagogique en établissant des critères pour la construction des indications psychologiques des opérations esthétiques. En d'autres termes, ils établissent une distinction entre opérations légitimes et illégitimes, entre interventions de bon pronostic et interventions vouées à l'échec. La première distinction repose sur une évaluation de la finalité que doit poursuivre la chirurgie esthétique, en décourageant les opérations qui, loin de réformer les comportements déviants, contribuent à masquer les signes physiques qui les annoncent et à faire passer inaperçus des comportements potentiellement perturbateurs de l'ordre social. La seconde distinction repose sur l'évaluation du lien entre l'importance du défaut « objectif » et la souffrance « subjective » du patient, en décourageant les opérations chez les candidats qui manifestent une préoccupation excessive pour des imperfections physiques minimales ou inexistantes. Comme le souligne la littérature médicale, ces patients ne seront jamais satisfaits du résultat de l'opération et rejeteront la responsabilité de leur malaise sur l'opérateur.

Après avoir exploré les lignes directrices qui, selon la littérature médicale, devraient guider la construction de l'indication économique et psychologique en chirurgie esthétique, je me pencherai dans ce qui suit sur l'indication esthétique de ce type d'intervention. C'est-à-dire les critères diagnostiques et thérapeutiques utilisés pour établir le type de correction esthétique à effectuer, ainsi que les pratiques et dispositifs mobilisés par les chirurgiens pour gérer les attentes esthétiques des candidats à l'opération.

Chapitre 4 : L'indication esthétique entre le jugement des experts et la demande des patients

Dans ce chapitre, j'explore l'indication esthétique, en me concentrant sur les chirurgies dont l'objectif est de rectifier l'appendice nasal des patients, en utilisant l'analyse des récits esthético-chirurgicaux comme point d'arrivée. Dans les premières sections, je soutiens que la visibilité des résultats et la possibilité pour les patients de les évaluer constituent l'un des défis principaux et particuliers de ce type de pratique. L'un des aspects à partir desquels ce défi est mis en évidence est la cicatrisation, une préoccupation cardinale qui est présente dans la littérature médicale

examinée. Dans ce contexte, si l'asepsie, l'antisepsie et l'anesthésie ont permis d'élargir l'indication de la chirurgie esthétique en réduisant la douleur et l'infection¹¹, le développement de techniques rendant les cicatrices moins visibles l'a élargie en réduisant leurs séquelles.

Paradoxalement, la lutte pour la domination des cicatrices allait trouver son triomphe le plus éclatant dans les opérations portant sur la partie la plus visible du visage humain: le nez. Ce succès est en partie dû au développement et à la diffusion de la chirurgie endonasale, qui permet d'effectuer des manœuvres chirurgicales sans incision externe, en laissant les cicatrices cachées à l'intérieur du nez. Selon la littérature spécialisée, l'oto-rhino-laryngologiste new-yorkais John Orlando Roe a été le premier à décrire la chirurgie endonasale dans un article publié en 1887 (Rogers, 1986). Mais c'est au chirurgien allemand Jacques Joseph que l'on doit le perfectionnement et la diffusion de cette méthode, et qui a commencé à développer et à adopter définitivement les procédures de rhinoplastie endonasale vers 1904-1905. Bien qu'ayant commencé à être ébauchées entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle, les procédures de chirurgie esthétique endonasale ne commenceront à se répandre et à s'intégrer à la pratique des chirurgiens plasticiens occidentaux qu'à partir des années 1920 et 1930. Leur arrivée en Argentine se fera à cette époque grâce aux voyages de formation effectués par certains chirurgiens argentins à la clinique de Joseph. Les propos du chirurgien esthétique argentin Ramón Palacio Posse sont éloquents à cet égard: «C'est Joseph de Berlin [...] qui a donné une nouvelle orientation à ces opérations. Grâce à lui, tous les défauts nasaux peuvent être corrigés sans laisser de cicatrice visible, cette possibilité étant ce qui a tant développé cette chirurgie» (Palacio Posse, 1946 : 26).

Dans les sections suivantes, j'explore les critères experts mobilisés pour construire l'indication esthétique dans les rhinoplasties et les pratiques mises en œuvre pour incorporer le patient dans les différentes étapes du processus chirurgical. Comme il ressort de l'analyse du corpus empirique, loin d'aspirer à la production de corps en série selon la mode imposée par le goût profane, le chirurgien doit indiquer la correction esthético-chirurgicale qui correspond le mieux à l'examen particulier et concret du corps du patient. Dans le cas particulier des rhinoplasties, cela implique le déploiement d'une série de procédures qui, en plus de l'examen local du défaut nasal,

¹¹ Les premières opérations sous anesthésie à l'éther et au chloroforme datent de 1847 et 1848 et ont été réalisées par les docteurs Jacobo Tewksbury (médecin et dentiste) et Juan Guillermo Mackenna (chirurgien de l'Hôpital anglais) dans la ville de Buenos Aires. L'introduction de l'antisepsie par le chirurgien Ignacio Pirovano qui, après s'être imprégné des idées de Lister recueillies directement à Londres et en Écosse, a imposé l'antisepsie listérienne au cours des années 1880 (Vacarezza, 1986 : 25-26).

ajoutent des considérations relatives à la race, à la constitution physique, au caractère et à la conformation générale du visage du patient. L'idée qui sous-tend cette procédure d'examen et d'indication de certaines corrections esthétiques est celle de « l'harmonie » des résultats, selon laquelle les parties doivent correspondre au tout. Cette précaution, selon le chirurgien plasticien argentin Estanislado Lluesma Uranga, permet d'éviter « des résultats grotesques ou inattendus, car le but ne doit être que de corriger et de purifier une personnalité, mais pas de la changer » (Lluesma Uranga, 1958 : 69).

Comme il ressort de nombreux récits examinés, le type de corrections esthétiques indiqué par cette façon de procéder à l'examen médical ne coïncide pas nécessairement avec la perception et les attentes des patients en matière de transformation esthétique. Cependant, même si les modifications esthétiques demandées par les patients sont erronées, les chirurgiens de l'époque ne font pas preuve d'une fermeté absolue à l'égard de ces demandes. Au contraire, ils soulignent la place centrale des consultations préopératoires dans la négociation du type de correction à apporter: « Cela ne signifie pas pour autant que le jugement du chirurgien soit définitif, ni qu'il doive nécessairement prévaloir en dernière instance. La consultation du malade est généralement très profitable et très commode » (Malbec, 1940 : 1006).

Une grande partie des réflexions sur ces consultations a porté sur les « mensonges » et la « vérité » en chirurgie esthétique. Les chirurgiens esthétiques de l'époque manifestent un fort rejet des « mensonges commerciaux », généralement attribués à des professionnels qui manquent de formation dans la spécialité et qui promettent des résultats inatteignables¹². En même temps, ils affirment que, si le chirurgien doit dire la vérité à ses patients, cela ne signifie pas qu'il doive les horrifier avec un récit détaillé de toutes les mésaventures qui peuvent survenir. Ce qu'il faut dans ce contexte, c'est une « vérité » raisonnable, qui n'engendre ni trop de pessimisme, ni trop d'optimisme chez le patient. En ce qui concerne le résultat esthétique qui peut être obtenu par l'intervention, ce principe général peut être synthétisé dans une formule mentionnée de manière récurrente dans la littérature analysée : « toujours promettre moins que ce qui peut être obtenu ». De cette manière, le patient est encouragé à subir l'intervention, mais en modérant ses attentes de manière à ce qu'il y ait une marge de tolérance pour l'imprévu dans le résultat et que la lecture de

¹² Le problème des personnes en marge de la médecine qui proposent des transformations esthétiques « miraculeuses » et qui déçoivent les attentes des patients est assez présent dans la littérature médicale de la première moitié du 20^e siècle. Dans ce contexte, les livres et articles de vulgarisation ont souvent pour objectif d'alerter les consommateurs potentiels sur les risques de tomber entre des mains inexpérimentées.

ce dernier se fasse à partir d'un point de référence modeste. Cette façon de gérer les attentes est non seulement moralement « correcte », mais elle est devenue une façon de procéder stable, transmise entre chirurgiens et incorporée dès que l'expérience a montré son efficacité pour obtenir la satisfaction du résultat esthétique.

Dans le cadre de cet examen du lien médecin-patient en termes de résultat esthétique, je me concentre également sur le rôle de la photographie dans la chirurgie plastique. Les images de cas servent à coordonner le résultat esthétique dans les étapes précédant l'intervention chirurgicale et, pour remplir ce rôle, elles doivent être un enregistrement fidèle du changement esthétique du patient. Cette fidélité est définie par un ensemble de principes pratiques qui établissent comment capturer le résultat esthétique et les conditions dans lesquelles l'enregistrement doit être produit pour assurer la reproductibilité et la comparabilité. Ainsi, il est courant que les photographies de rhinoplastie montrent l'ensemble du visage du patient dans différentes positions d'examen, les plus courantes étant les clichés de face et de profil. Il est ainsi possible d'apprécier la forme et le volume des composants de l'appendice nasal, ainsi que leur relation avec le reste des traits du visage.

En ce qui concerne les applications pratiques des photographies, certaines publications soulignent que les documents visuels permettent d'étudier en détail le défaut nasal et d'effectuer des corrections selon un critère harmonieux. De même, les images du candidat à la chirurgie fonctionnent comme des dispositifs destinés à éduquer le regard esthétique du patient, en lui permettant de prendre du recul et de visualiser le défaut esthétique qui l'affecte. Cependant, ce n'est pas seulement sur la base des photographies du patient que le résultat est planifié, mais aussi sur la base des dossiers des cas précédents. Ces cas ne sont pas choisis au hasard, mais sur la base d'un critère d'affinité avec le défaut du patient. Dans ce cadre, le dossier est un outil utile qui organise l'historique des interventions en fonction de la région du corps et du type de défaut, permettant d'accéder rapidement à la fiche des cas les mieux adaptés au travail de coordination et d'éducation esthétique que le chirurgien souhaite réaliser. Coordination car la photographie permet d'anticiper le résultat de l'intervention et d'ajuster les attentes du patient à ce qui peut être réalisé. L'éducation esthétique parce que la sélection et l'affichage de ce dossier fonctionne comme un support visuel qui illustre le type de défaut dont souffre le patient et le type de modification esthétique qui convient le mieux à son cas particulier.

En fin de chapitre, je montre que les résultats de la chirurgie esthétique sont ouverts à une lecture intersubjective, dans laquelle les consultations postopératoires contribuent à stabiliser

l'appréciation du changement esthétique opéré. Dans ce cadre, les images du patient réapparaissent comme des dispositifs de coordination clés, dans la mesure où elles rappellent au patient son apparence avant l'opération et certifient la modification esthétique obtenue. Comme point culminant du chapitre, je développe une petite scène qui montre l'aboutissement d'un récit esthético-chirurgical, qui expose le moment de la révélation du résultat d'une rhinoplastie et l'intense satisfaction d'une patiente qui se contemple devant un miroir.

Dans les chapitres présentés jusqu'à présent, je me suis concentrée sur la construction des indications économiques, psychologiques et esthétiques en chirurgie plastique. Pour ce faire, j'ai mobilisé différents types de récits qui m'ont permis d'identifier les critères qui guident le processus de sélection et de modulation des attentes des patients. Dans le chapitre suivant, je me propose d'étudier les récits et la construction de l'indication médicale en chirurgie mammaire féminine. A partir de là, nous pourrions observer que, s'agissant d'un secteur anatomique qui relève de l'intimité et d'un type de pratique qui se développe de manière plus contemporaine, il est possible d'identifier des changements et des continuités dans la construction de l'indication médicale en chirurgie esthétique.

Chapitre 5. La construction de l'indication médicale en chirurgie mammaire féminine

Ce chapitre est consacré à l'histoire des indications économiques, psychologiques et esthétiques de la chirurgie plastique du sein féminin. Bien que nous verrons que les mastoplasties ont une longue histoire, je les place dans ce chapitre pour rendre compte des changements techniques et argumentatifs qui ont élargi le champ des indications sur ce secteur anatomique et ont permis aux opérations d'augmentation mammaire de se consolider comme la chirurgie la plus pratiquée pendant le dernier tiers du vingtième siècle en Argentine. En raison de son antériorité temporelle et afin de nous familiariser avec le sujet, la première section traite de la chirurgie de réduction mammaire chez la femme. La littérature médicale coïncide pour signaler que, au-delà de quelques publications isolées correspondant aux années 1699 et 1857, ce type de chirurgie a commencé à apparaître plus systématiquement dans la presse spécialisée argentine dans les années 1930 et 1940.

Or, si les interventions sur ce secteur anatomique étaient un aspect relativement nouveau dans le domaine de la chirurgie plastique argentine, la nature des arguments avancés pour indiquer ce type d'intervention montre une continuité avec ceux que nous avons vu se dérouler dans les chapitres précédents. Ainsi, l'indication de cette chirurgie repose sur des raisons fonctionnelles, économiques et psychologiques. Sur le plan fonctionnel, les seins féminins hypertrophiés sont associés à une série d'inconforts physiques tels que des problèmes posturaux, des douleurs aux épaules, des réactions cutanées inflammatoires, etc. Sur le plan économique, les arguments liés à l'incorporation croissante des femmes sur le marché du travail et aux demandes de correction esthétique qui en découlent se répètent. Cette situation est exacerbée par un contexte où l'érotisation et la visibilité publique croissantes des seins féminins entraînent une plus grande perception et autoperception des défauts situés dans ce secteur anatomique. Ainsi, alors que dans les chapitres précédents nous avons vu que le visage se situait préférentiellement dans la sphère publique des obligations, dans le récit historique des seins féminins, les sphères liées aux loisirs prennent une place plus importante. Dans ce contexte, l'hypertrophie mammaire entraîne une attitude de rétraction chez ses porteuses et engendre une profonde souffrance psychique, d'où l'indication psychologique de la chirurgie de réduction mammaire.

Cependant, bien que la littérature médicale argentine se soit préoccupée dès la première moitié du XXe siècle de la question des seins féminins hypertrophiés, certaines limitations techniques imposaient des objections à l'indication de ce type d'intervention. Parmi celles-ci, se distingue le problème des cicatrices défectueuses, synthétisé dans la phrase suivante : « Quelqu'un a dit un jour que la chirurgie plastique échange souvent une forme défectueuse contre une forme ridicule, c'est le cas, on enlève un sein géant, mais en échange d'un sein ridicule » (Vélez Diez Canceco, 1947 : 269-273). Cela signifie que l'indication était posée avec la plus grande prudence, en opérant dans les cas où l'objectif orthopédique l'emportait sur l'objectif esthétique. À la fin des années 1970, ce panorama marqué par les risques et les résultats précaires semble avoir changé, permettant d'opérer des défauts mammaires de plus petite taille. Parmi ces changements, la littérature souligne l'avènement d'une anesthésie sûre, de soins postopératoires et de progrès techniques qui ont permis une chirurgie de réduction mammaire plus sûre avec des résultats esthétiques satisfaisants.

Dans la suite de ce chapitre, je me concentre sur l'indication médicale de l'augmentation mammaire chez la femme. Je commence par retracer la longue histoire des technologies utilisées

pour effectuer ce type de correction, ponctuée par un cycle d'innovations, de modifications et de désillusions (Jacobson, 2000). Cette histoire a pour point nodal l'adoption de différents matériaux et techniques d'application: greffes de matériaux autologues, injections de substances alloplastiques et implants alloplastiques réalisés. Les premières font référence à l'utilisation de tissus extraits du corps des patientes et transplantés dans le but d'augmenter le volume des seins. Utilisés entre le milieu des années 1930 et le début des années 1950, le matériel et les techniques ont montré au moins deux inefficacités: la graisse avait tendance à être absorbée (perte de poids et de volume) et laissait des cicatrices considérables dans les zones où la greffe avait été prélevée.

Entre 1950 et 1960, les échecs et les insuffisances des implants dermo-graisseux ont incité de nombreux chirurgiens à expérimenter diverses prothèses en matériaux synthétiques (Ivalon®, Polystan®, Etheron®, Polyuréthane®, Téflon®, etc.). Toutes ces prothèses ont connu un développement similaire, avec de bons résultats immédiats, mais avec une évolution défavorable à moyen terme¹³. Au début des années 1950, plusieurs études ont mis en évidence la stabilité et l'absence de réaction des pièces souples à la présence de caoutchouc de silicone. Séduits par les propriétés apparentes de cette substance, certains chirurgiens plasticiens américains ont commencé à expérimenter les injections de silicone liquide pour l'augmentation mammaire. Bien que généralement associés au marché noir de l'esthétique¹⁴, il est possible d'identifier des chirurgiens plasticiens réputés qui ont expérimenté cette technique. Cependant, les effets délétères de cette méthode ont été rapidement détectés, ce qui a conduit la Food and Drug Administration (FDA) à interdire l'injection de silicone pour l'augmentation mammaire en 1969.

Les prothèses en silicone marquent un tournant dans les technologies d'augmentation mammaire et dans l'indication de ce type d'intervention en fournissant un matériau qui présente peu d'effets indésirables et donne des résultats « naturels ». Celles-ci ont été présentées en 1963 par Thomas Cronin et Frank Gerow, lors du «Third International Congress of Plastic Surgery » qui s'est tenu à Washington. La gestation de ces implants est le fruit d'un travail conjoint entre les médecins précités et la société Dow Corning. En 1965, deux ans après l'introduction sur le marché des prothèses en gel de silicone, apparaissent les prothèses gonflables. Elles ont été créées par le

¹³ La complication la plus fréquente de ce type d'implant est l'invasion du tissu fibreux et la formation d'une contracture capsulaire entraînant un durcissement des seins et un rétrécissement des implants.

¹⁴ À la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans le contexte de l'occupation américaine du Japon, plusieurs médecins ont commencé à utiliser des injections industrielles de silicone pour faire grossir les seins des prostituées locales et les rendre plus attirantes pour les soldats américains (Haiken, 1997).

chirurgien plasticien français Herni G. Arion. Dans les décennies qui ont suivi l'introduction des premières prothèses en gel de silicone, un certain nombre de concurrents ont émergé pour évincer Dow Corning de sa position dominante. En résumé, l'avènement d'un matériau de remplissage apparemment inerte, capable de fournir des résultats esthétiques « naturels », a élargi l'indication médicale des interventions d'augmentation mammaire et les a placées en tête du classement par type de chirurgie dans de nombreux pays.

La chirurgie plastique argentine n'a pas été en marge des hauts et des bas techniques internationaux dans la recherche de matériaux pour augmenter le volume des seins féminins. Bien que les références ne soient pas abondantes, il existe quelques aperçus qui suggèrent que la plupart des procédures et des matériaux mentionnés ci-dessus ont eu une application sur le territoire national. L'adoption de prothèses remplies de gel de silicone, selon les publications médicales locales, a permis d'élargir les indications des opérations d'augmentation mammaire et de répondre à une demande déjà présente au cours de la première moitié du XXe siècle. L'émergence de cette technologie allait radicalement changer la morphologie de la demande par type d'intervention : si pendant la première moitié du 20e siècle les opérations sur le visage avaient une prédominance absolue, pendant le dernier tiers du 20e siècle et le début du 21e siècle les opérations sur le corps allaient dépasser celles sur le visage¹⁵.

La diffusion de cette innovation technologique, qui contribuerait à la prédominance du corps sur le visage, s'accompagne d'un changement dans le type de connaissances et de discours tendant à légitimer ce type d'intervention. Au niveau international, la littérature médicale montre une large adoption des méthodes quantitatives visant à prouver la valeur thérapeutique des chirurgies d'augmentation mammaire. Ces instruments de collecte visent à mettre en évidence la contribution des mastoplasties d'augmentation aux performances psycho-sexuelles des patientes, en mettant en garde contre les patientes qui attendent trop de changements de l'intervention chirurgicale. En Argentine, il existe peu de publications visant à mettre en évidence la valeur thérapeutique de la chirurgie d'augmentation mammaire. Les quelques publications que j'ai pu

¹⁵ Selon une enquête menée en 2004 auprès des membres de la Société argentine de chirurgie plastique, 20 % du nombre total d'interventions réalisées en 2003 correspondaient à la liposuction et 19 % à la mastoplastie d'augmentation, suivies de la chirurgie des paupières (12,5 %) et de la chirurgie du nez (11 %). Quinze ans plus tard, à la suite d'une enquête internationale menée par l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), ces chiffres ont été repris avec de légères modifications. Ainsi, selon les données disponibles pour l'Argentine, en 2019, 60 % des interventions ont été réalisées sur le corps et 40 % sur le visage. En termes de classement des procédures, l'augmentation mammaire (17%) et la liposuction (12%) prédominent, suivies de la chirurgie des paupières (11%), de la plastie abdominale (8%) et de la rhinoplastie (7%).

enregistrer soulignent également la contribution de ces opérations aux performances psycho-sexuelles des patientes, et fournissent des lignes directrices pour la construction de l'indication psychologique. Dans la continuité des critères prévalant dans la première moitié du 20ème siècle, elles mettent en garde contre ceux qui cherchent à résoudre des problèmes personnels en faisant appel au dossier chirurgical.

À la fin du chapitre, je me concentre sur l'indication esthétique dans les chirurgies d'augmentation mammaire, en étudiant les critères d'expertise mobilisés dans ce domaine et le travail de coordination effectué par les chirurgiens pour parvenir à un consensus, planifier et évaluer le résultat esthétique de l'intervention avec les patientes. Pour ce faire, je passerai brièvement en revue la production internationale sur le sujet, puis j'étudierai les positions et les pratiques adoptées par les chirurgiens argentins face à ce panorama. Cette reconstruction se fait directement à travers des entretiens avec des chirurgiens plasticiens et indirectement à travers des entretiens avec des patients.

La planification des mastoplasties d'augmentation implique la résolution de trois points fondamentaux: l'emplacement des incisions pour l'insertion des prothèses, le plan de placement des implants et le volume des prothèses. Je me concentrerai exclusivement sur ce dernier point, car c'est l'aspect sur lequel portent la plupart des échanges entre chirurgiens et patientes. Dans la littérature internationale sur le sujet, deux approches pour résoudre cette question peuvent être identifiées: la première donne plus de poids à la préférence esthétique de la patiente pour déterminer le volume; la seconde est basée sur l'indication par le chirurgien de la prothèse appropriée en fonction des mesures objectives de la candidate à l'opération.

Les personnes interrogées semblent se situer entre ces deux extrêmes : elles impliquent la patiente dans le processus de planification par le biais des cabines d'essayage, mais elles encadrent cette participation dans les limites imposées par les caractéristiques physiques (corpulence de la patiente, anatomie du sein, quantité et qualité du tissu mammaire), les critères esthétiques du chirurgien et même l'activité professionnelle de la future patiente. Plus précisément, c'est sur la base de tous ces aspects que les chirurgiens délimitent une gamme de volumes adaptés à la patiente en question, et celle-ci procède ensuite à l'expérimentation de ces possibilités en utilisant les cabines d'essayage externes et choisit le volume qui lui convient le mieux lorsqu'elle se regarde devant le miroir. Ainsi, dans la phase pré-chirurgicale, la participation de la patiente est centrale pour obtenir son assentiment, pour autant qu'il soit conforme au jugement des experts. Dans la

phase postopératoire, la participation et l'assentiment de la patiente apparaissent comme un fait prêt à être brandi en cas de désaccord avec le volume obtenu. En résumé, loin d'exprimer une logique consumériste, la participation au processus de planification chirurgicale permet d'imposer un jugement d'expert dans la phase pré-chirurgicale et apparaît comme un dispositif d'attribution de responsabilité dans la période post-opératoire.

Chapitre 6. Les scandales contemporains autour de la chirurgie esthétique: remise en question ou institutionnalisation d'une pratique?

Cette thèse a commencé par l'histoire de Suzanne Geoffre, une Parisienne qui, en 1928, a perdu une partie de sa jambe à la suite d'une intervention chirurgicale visant à affiner ses membres inférieurs. Comme nous l'avons vu, cette histoire a déclenché une controverse juridique sur la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique et la responsabilité médicale qui a eu des répercussions en Argentine. Avec cette controverse en toile de fond, nous explorons la littérature médicale produite par les chirurgiens plasticiens au cours de la première moitié du XXe siècle, dans le but d'analyser les récits qui montrent les bénéfices économiques, psychologiques et esthétiques de ces pratiques médicales. Dans ce dernier chapitre, je me propose d'enquêter sur les victimes contemporaines « de » la chirurgie esthétique (Barbot et Cailbault, 2012), afin de déterminer si nous nous trouvons face à un scénario dans lequel la valeur thérapeutique de ces pratiques est à nouveau remise en question. Pour répondre à cette préoccupation, j'analyse les récits contemporains sur les victimes « de » la chirurgie esthétique dans les médias graphiques et audiovisuels argentins contemporains.

Je consacre les premières sections à l'analyse de la structure et du contenu de ces récits. Comme on peut le constater, ces récits organisent et séquentent temporellement les événements de telle sorte qu'au lieu de souligner les avantages de la chirurgie esthétique, ils mettent l'accent sur les dommages économiques, psychologiques et esthétiques causés au corps des victimes. Ce préjudice est souvent amplifié par la description des victimes comme des jeunes femmes avec des enfants dont les projets ont été prématurément interrompus par la chirurgie esthétique. La dimension brutale de ces récits est également souvent mise en avant, soulignant la disproportion

entre la banalité des défauts esthétiques qu'elles souhaitent corriger et la gravité des dommages causés au corps des victimes (Winance, Barbot et Parizot, 2018).

Si cela revient à rendre les patients eux-mêmes responsables de l'issue tragique de leur histoire, la vérité est que leurs motivations sont interprétées comme une sorte de compulsion qui les conduit à s'immoler au nom de stéréotypes de beauté imposés par des forces extérieures. Ce modèle explicatif, dans lequel la demande de chirurgie esthétique est comprise comme le produit d'une culture de l'image oppressive qui impose un ajustement aux idéaux de beauté dominants, est une constante dans les publications contemporaines traitant de ces pratiques. Cette façon de problématiser les raisons de recourir à la chirurgie esthétique implique un changement par rapport au discours médical dominant de la première moitié du 20^e siècle. Ainsi, si dans la première période prévalait une logique d'ajustement individuel à des impositions collectives, dans cette période ces mêmes impositions sont remises en cause, nécessitant des transformations au niveau collectif. Dans ce changement, la politisation des problèmes liés à l'apparence corporelle, impulsée par l'essor du féminisme contemporain, prend une place prépondérante.

Une lecture en termes d'oppression culturelle pourrait constituer une ligne directrice dans le processus de problématisation et de politisation des victimes « de » la chirurgie esthétique. Dans ce cadre, le préjudice subi pourrait être attribué à une culture qui impose un ajustement violent aux idéaux de beauté, et les victimes pourraient servir de catalyseur à un mouvement visant à empêcher une pratique qui reproduit ces idéaux. Cependant, si ce cadre interprétatif n'est pas totalement absent des médias, il occupe une place secondaire par rapport à la primauté donnée à la mise en cause de l'aptitude technique et morale du chirurgien impliqué. Dans ce cadre, au lieu d'une controverse sur la chirurgie esthétique *en soi*, où la remise en question de la pratique soulève des contre-arguments de la part des chirurgiens plasticiens, on érige un scandale où une remise en question unanime se concentre sur les caractéristiques et les actions de l'auteur (de Blic, D. et Lemieux, C., 2005 ; Lemieux, 2007).

L'absence d'accréditation pour pratiquer la spécialité de la chirurgie plastique, l'absence d'autorisation du bloc opératoire dans lequel l'intervention a été réalisée et, dans de nombreux cas, des matériaux et substances utilisés pour certaines procédures esthétiques, sont au cœur de ces interrogations. Dans ce contexte, les journalistes font souvent appel aux porte-parole des associations argentines de chirurgie plastique pour mettre en garde le public contre les risques

« d'intrusion »¹⁶ et pour diffuser des pratiques de consommation sûres en matière de chirurgie esthétique. Dans ce contexte, les dommages infligés aux corps des victimes, exposés ouvertement dans les médias, fonctionnent comme un outil de marketing pédagogique qui souligne les risques d'une intervention chirurgicale pratiquée par des personnes dépourvues de compétences techniques et l'importance d'être informé avant d'avoir recours à la chirurgie. Paradoxalement, près d'un siècle après que l'affaire Geoffre ait remis en cause les fondements thérapeutiques de la chirurgie esthétique, les victimes "de" la chirurgie esthétique sont devenues les alliées inattendues de la consolidation institutionnelle de la spécialité de la chirurgie plastique en Argentine.

Conclusions

Il y a d'abord eu le bruit, le sentiment qu'il y avait un phénomène étrange qu'il fallait expliquer : il y a des médecins qui, au lieu de se consacrer à soigner les gens, se consacrent à les couper pour les embellir. Et puis il y a l'intuition : il est probable qu'à un moment donné de l'histoire, ces personnes ont été mises en cause pour des pratiques qui a priori n'ont rien à voir avec la santé, et qu'en réponse à ces questions, les praticiens de cette branche chirurgicale particulière ont avancé des arguments défensifs. En tirant le fil des publications, j'ai trouvé le point de départ pour commencer à démêler l'écheveau : le cas d'une Parisienne qui, en 1928, a subi l'amputation du tiers inférieur de sa jambe gauche à la suite d'une complication survenue lors d'une intervention chirurgicale d'affinement des membres inférieurs. Les débats qui ont eu lieu dans le cadre de la procédure judiciaire engagée par cette femme et leurs conséquences dans le domaine du droit argentin, m'ont permis d'expliquer les différentes positions sur le caractère thérapeutique de la chirurgie esthétique et la responsabilité médicale qui en découle.

C'est avec cette controverse en toile de fond que j'ai commencé la présente thèse. Dans le premier chapitre, j'ai essayé de reconstruire l'histoire de l'institutionnalisation de la chirurgie

¹⁶ L'intrusion, comprise comme l'exercice d'activités professionnelles par des personnes non autorisées, est une question brûlante pour les chirurgiens plasticiens argentins contemporains. La pertinence de l'intrusion dans le contexte de la chirurgie esthétique est due à trois raisons. La première est que la loi régissant l'exercice légal de la médecine (loi 17.132) n'établit pas l'obligation expresse d'avoir une certification spécifique pour exercer des pratiques spécialisées. La deuxième raison est le manque de spécificité du domaine des interventions pratiques en chirurgie plastique, car il s'agit d'une spécialité sans limites anatomiques qui entraîne de nombreux chevauchements avec d'autres branches de la médecine. La troisième est l'attrait économique de la chirurgie esthétique.

plastique en Argentine. D'après ce que j'ai expliqué, à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, les premières publications sur le sujet au niveau national peuvent être identifiées. La plupart d'entre elles étaient consacrées à l'exposition et à la diffusion des résultats obtenus avec les différentes techniques de reconstruction nasale. Cependant, c'est dans l'entre-deux-guerres que les pionniers de la spécialité et les écoles qui se sont structurées autour d'eux ont commencé à émerger. Les développements techniques qui ont eu lieu pendant la Première Guerre mondiale et, plus tard, la Seconde Guerre mondiale ont joué un rôle important dans cette évolution. Motivés par l'augmentation du nombre, de la gravité et de la nouveauté des blessures, divers médecins des pays belligérants se sont attelés à la tâche de réparer les corps meurtris des combattants. Cela va donner lieu à des innovations techniques et organisationnelles qui, comme je l'expliquerai plus loin, vont circuler internationalement jusqu'en Argentine.

L'émergence de la chirurgie plastique au niveau national durant l'entre-deux-guerres est le résultat d'un processus de décantation progressive, où les médecins qui exerçaient en chirurgie générale ou dans les services de soins spécialisés des hôpitaux publics s'aventurent sur le terrain d'une activité chirurgicale peu connue. Dans ce cadre, j'ai tenté de réaliser une reconstitution biographique des pionniers de la spécialité et, lorsque cela était possible, de l'évolution des services de chirurgie plastique dans lesquels ils exerçaient. Cette reconstitution a permis d'identifier trois points pertinents. Premièrement, la centralité pour beaucoup de ces pionniers de l'expérience de la formation dans des centres de chirurgie plastique à l'étranger. Deuxièmement, la nature multiforme de leur carrière, dans laquelle on peut identifier un engagement marqué dans les processus sociaux et politiques de leur époque. Troisièmement, le rôle central de ces pionniers dans la production, la diffusion et la consolidation institutionnelle de la chirurgie plastique en Argentine. Cet effort a porté ses fruits au début des années 1940 avec la création de la Société latino-américaine de chirurgie plastique et, en 1952, avec la formation de la Société argentine de chirurgie plastique.

Pionniers et diffuseurs d'une spécialité médicale contestée et peu connue, leurs publications ont constitué les traces à partir desquelles j'ai tenté de reconstruire l'entreprise technique et culturelle entreprise par les chirurgiens plasticiens au cours de la première moitié du XX^e siècle. Une partie de cette entreprise consistait à montrer que l'esthétique corporelle posait de sérieux problèmes aux individus. Les récits médicaux concernant les personnes ayant subi une intervention chirurgicale constituent un élément clé de cette entreprise. Produits de l'activité médicale qui sélectionne et enchaîne les événements, ces récits ont une structure commune. Ils commencent

généralement in media res, lorsque les patients arrivent au cabinet médical. En principe, le problème soulevé par les patients est physique: ils perçoivent un défaut dans leur apparence corporelle et souhaitent y remédier. Cependant, comme il ressort des récits, derrière chaque défaut se cache une histoire personnelle qui mérite d'être entendue. Ces histoires concernent l'expérience problématique d'être et d'avoir un corps dans la société. Certaines d'entre elles sont liées à des problèmes économiques découlant du fait que leur apparence corporelle les empêche d'obtenir un emploi. D'autres ont trait à la souffrance subjective causée par le regard des « autres », qui entraîne frustration, repli sur soi et ressentiment.

Selon la littérature médicale de la première moitié du 20^e siècle, ces problèmes personnels sont l'expression de problèmes historiques et collectifs. Historiques, parce qu'ils naissent ou s'aggravent en conséquence des processus de changements techniques, économiques et culturels caractéristiques de la modernité. La plupart de ces changements ont une caractéristique commune: ils intensifient la visibilité publique du corps, approfondissant ou soulevant les problèmes liés à l'esthétique. En même temps, les problèmes personnels sont collectifs parce qu'ils ont une projection sur le bon fonctionnement des institutions clés des sociétés modernes. Plus précisément, les défauts esthétiques empêchent l'intégration correcte des personnes dans ces espaces institutionnels et génèrent souvent des comportements perturbateurs pour l'ordre social.

Dans ce cadre, les promoteurs de la chirurgie esthétique de la première moitié du 20^e siècle ont aspiré à resignifier et à inaugurer une nouvelle sphère de problèmes médicaux, en montrant qu'il existe des personnes qui souffrent intensément de leurs défauts esthétiques et que cette souffrance a des projections collectives. Face à ces problèmes, les pionniers avancent de bonnes raisons d'opérer: ils ne soignent pas des gens vains, ils soignent des gens qui vivent de graves problèmes esthétiques, économiques et psychologiques. Ces expériences sont re-signifiées dans le discours médical, à partir de l'articulation avec d'autres champs de connaissance que la chirurgie plastique. Parmi eux, la psychologie se distingue particulièrement, car elle contribue à l'étiquetage médical d'une expérience ordinaire telle que la souffrance causée par un défaut esthétique. Les notions de « sentiment et de complexe d'infériorité » d'Alfred Adler, largement répandues parmi les chirurgiens plasticiens latino-américains et argentins au cours de la première moitié du 20^e siècle, ont été déterminantes à cet égard. En bref, dans la perspective de la médicalisation, les récits visaient à transformer un problème non médical en un problème médical.

Cependant, d'après les récits de cas, les chirurgiens n'avaient pas seulement l'intention de montrer l'existence d'un problème médical. Ils ont également cherché à montrer le changement vécu par les patients et donc l'efficacité de ces pratiques correctives dans la résolution du problème. Dans les publications médicales, ces récits se déploient sur deux supports : l'écrit et l'image. Dans les deux cas, ils montrent « l'avant » et « l'après » des patients, plaçant la chirurgie plastique comme un moment charnière entre ces deux moments. Bien que similaire, chacun de ces documents compense les lacunes de son homologue. Les récits écrits peuvent représenter les changements psychologiques, sociaux et économiques des patients, mais ils ne sont pas d'un grand secours pour montrer les changements esthétiques. Inversement, les récits visuels sont efficaces pour montrer les changements esthétiques, mais inefficaces pour montrer les changements qui transcendent cette dimension. Néanmoins, comme nous l'avons vu, certains chirurgiens ont fait une interprétation des photographies dans laquelle le corps visible fonctionne comme un signifiant des changements dans la vie intérieure des patients. En d'autres termes, ils ont transformé les gestes en indicateurs des changements dans les états émotionnels et les manières d'exposer le corps dans la société.

Tout au long de ces pages, j'ai présenté quatre types de récits qui, en faisant appel au contraste entre « l'avant » et « l'après » de l'opération, montrent l'impact positif de la chirurgie esthétique : les récits physiochirurgicaux, qui mettent en scène la capacité de la chirurgie réparatrice à réhabiliter fonctionnellement le corps du travailleur ; les récits socio-chirurgicaux, qui montrent la chirurgie esthétique comme une pratique qui, en embellissant, augmente les chances d'obtenir un emploi ; les récits psychochirurgicaux, qui montrent le caractère préventif, réformateur et vital des modifications esthétiques ; et les récits esthético-chirurgicaux, qui exposent l'efficacité des techniques pour obtenir des résultats esthétiques satisfaisants pour les patients.

Dans cette entreprise culturelle entreprise par les chirurgiens plasticiens dans la première moitié du 20e siècle, il y a une note dissonante : il y a des récits qui, au lieu d'exposer les succès, exposent les échecs de ces chirurgies. Ces récits commencent également par la consultation médicale elle-même, au cours de laquelle le patient soulève un problème esthétique et fait référence aux problèmes économiques et subjectifs qui en découlent. Cependant, un soupçon émerge de la rencontre avec ces patients : ils pourraient être de mauvais candidats à la chirurgie esthétique.

La caractérisation de ces patients est à l'opposé des candidats que ces pratiques viennent racheter : ils sont déraisonnables, peu méritants et ingrats. Au contraire, ce sont généralement des personnes qui voient des défauts là où il n'y en a pas, qui demandent des changements esthétiques inhabituels ou irréalistes, et qui sont exigeantes au point de déformer la perception des résultats de la chirurgie. Ce sont également des personnes confortables et accommodantes. Ils sont riches, mais n'ont pas la tempérance morale qui découle de la lente accumulation de richesses, ce qui les rend matérialistes et capricieux. Ce sont des ratés et des pauvres, non pas à cause de leur défaut esthétique, mais parce qu'ils s'y réfugient pour masquer leur refus inhérent de progresser. Enfin, lorsqu'ils ne voient pas se réaliser leurs attentes déréglées de changement esthétique et socio-économique, ils mettent leurs propres frustrations sur le dos des chirurgiens et génèrent des situations conflictuelles. Ce sont, en somme, des patients à problèmes qu'il ne faut pas opérer.

Dans ce cadre, et comme je l'ai montré dans cette thèse, les récits n'aspirent pas seulement à montrer la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique à des tiers, mais aussi à enseigner aux chirurgiens plasticiens comment construire une indication pour ces procédures et comment traiter les candidats à la chirurgie. La catégorisation et la sélection des candidats est un aspect de l'indication, dans lequel certaines positions morales et un pragmatisme basé sur l'expérience sont inextricablement liés. Sur ce dernier point, il convient de noter que les chirurgiens plasticiens n'ont pas aspiré et n'aspirent pas à être des psychologues. Ce sont des chirurgiens qui, à force de côtoyer quotidiennement des patients, apprennent à identifier les indices qui leur permettent de distinguer les candidats qui seront satisfaits du résultat esthétique de ceux qui seront toujours insatisfaits. Les récits médicaux sont, dans ce contexte, des expériences cristallisées sur le papier dont on peut tirer une leçon : observer et écouter attentivement les attentes du candidat à la chirurgie, et essayer de ne pas opérer les patients dont les attentes déformées et exagérées ne peuvent que conduire à des situations conflictuelles.

Outre la mise en garde contre un certain profil de patients, la littérature médicale de la première moitié du 20^e siècle tente de transmettre des connaissances pratiques pour diagnostiquer une anomalie corporelle, établir le type de correction chirurgicale approprié à l'examen et gérer les attentes esthétiques des patients. L'indication esthétique, dans le cas de la rhinoplastie, repose sur un examen global du corps du patient, dans lequel le secteur anatomique à opérer est mis en relation avec le visage et la conformation globale du corps du patient. Le but de cet examen est d'indiquer une correction chirurgicale de l'appendice nasal en harmonie avec l'ensemble du corps.

L'indication esthétique nous renseigne sur une spécialité qui, loin de viser à produire des corps en série pour répondre aux caprices de la mode ou à l'éternité des canons classiques, vise à réaliser des interventions au cas par cas.

Le chirurgien esthétique a affaire à un corps, mais aussi à des patients qui ont une perception de leur corps et du corps auquel ils aspirent. La littérature médicale montre qu'il s'agit d'une préoccupation cardinale dans la pratique de la spécialité, promouvant un certain nombre de conseils pratiques et de dispositifs pour faire face aux perceptions et aux attentes esthétiques des patients. L'une des questions qui ressort de la littérature est qu'il s'agit d'un travail relationnel extrêmement précaire. Le spécialiste ne doit pas inspirer trop de confiance ni trop de pessimisme au candidat. Il doit plutôt l'informer des aspects cruciaux de l'opération et ne pas trop promettre ce qui peut être réalisé. Les préoccupations concernant les perceptions et les attentes des patients se traduisent également par un certain nombre de dispositifs d'appropriation pratiques et de routines conçues pour intégrer le patient dans le processus de planification chirurgicale. Parmi ceux-ci, nous pouvons souligner l'utilisation de la photographie médicale dans la salle de consultation, qui peut être utilisée pour persuader le patient de son défaut esthétique, pour projeter et convenir du résultat de la chirurgie, pour certifier et arbitrer le résultat obtenu.

Le chirurgien est confronté à la subjectivité du patient, mais aussi à l'objectivité de son corps. Il peut trouver de bonnes raisons d'opérer en examinant le patient, mais il peut difficilement indiquer une correction s'il ne dispose pas de techniques et de technologies efficaces pour répondre à la demande du patient. D'une certaine manière, toutes les pratiques médicales sont confrontées à ce défi. La particularité des pratiques examinées est qu'une partie de leur efficacité est mesurée par l'obtention de résultats esthétiquement satisfaisants. La preuve en est la centralité et l'omniprésence de la minimisation et de la dissimulation des cicatrices dans l'histoire des techniques chirurgicales en chirurgie plastique. C'est pourquoi le développement des chirurgies esthétiques endonassales constitue un jalon dans l'histoire de la chirurgie plastique de la première moitié du XXe siècle, car il a permis d'effectuer des manœuvres de coupe sur le secteur anatomique le plus visible du visage, en dissimulant les cicatrices à l'intérieur du vestibule nasal. Sa diffusion internationale en Argentine entre les années 20 et 30 a permis aux chirurgiens plasticiens locaux d'obtenir de bons résultats esthétiques et de faire de la rhinoplastie l'intervention la plus pratiquée au cours de la première et de la majeure partie de la seconde moitié du XXe siècle.

Dans les années 1960, une autre étape fondamentale dans l'histoire des techniques et de la technologie de la chirurgie plastique a été franchie : le développement et la diffusion des prothèses mammaires en silicone. L'acceptation de ce matériau pour les opérations d'augmentation mammaire a été le résultat d'un long parcours d'essais, de succès et d'échecs temporaires avec différents types de matériaux. La reconstitution de cette histoire permet une compréhension complexe de la manière dont les cycles de demande des pratiques esthétiques sont habituellement appréhendés. Sans aucun doute, il existe des facteurs culturels et sociaux qui influencent la consommation de la mastoplastie d'augmentation. Mais la prédominance contemporaine de ces pratiques ne peut être comprise sans tenir compte de l'acceptation controversée du silicone comme matériau inerte offrant de bons résultats esthétiques à long terme.

L'ouverture du domaine technique sur un nouveau secteur anatomique entraîne des continuités et des changements dans la construction de l'indication médicale contemporaine. L'un de ces changements concerne l'importance accordée à l'intimité et au plaisir dans la médicalisation des problèmes liés au faible développement du sein féminin. Ainsi, si les scénarios problématiques déployés dans les récits liés au visage montrent une prédominance de la vie publique et du regard, lorsqu'il s'agit des seins féminins, la vie privée et le toucher émergent comme de nouveaux aspects problématiques. Un changement plus substantiel concerne le type de preuves médicales déployées pour soutenir l'efficacité thérapeutique des implants mammaires. Au moins en ce qui concerne la littérature internationale de la seconde moitié du 20^e siècle, les publications montrent un abandon des récits de cas individuels au profit de méthodes quantitatives dont la validité repose sur l'utilisation de critères de sélection des échantillons, la standardisation des instruments de collecte, l'adoption de groupes de contrôle et la quantification des résultats. Malgré ce contraste évident, les deux approches conservent une similitude suggestive : elles tentent de démontrer la valeur thérapeutique de la chirurgie esthétique en se basant sur la comparaison entre « l'avant » et « l'après » l'intervention.

L'analyse de la construction de l'indication médicale contemporaine de la mastoplastie d'augmentation fait également apparaître certaines continuités. Tout d'abord, la littérature médicale contemporaine continue de mettre en garde contre les patientes à problèmes, incitant les chirurgiens plasticiens à examiner les attentes esthétiques, sociales et économiques des candidates pour déterminer si une correction chirurgicale est médicalement indiquée. Le profil des patients à problèmes qui persiste est celui de candidats qui imputent leurs échecs à la présence de défauts

minimes ou inexistantes et qui, s'ils sont opérés, seront chroniquement insatisfaits du chirurgien parce que leurs attentes de changement n'ont pas été satisfaites.

Une autre continuité est liée à la construction de l'indication esthétique. Comme dans la littérature médicale de la première moitié du 20^{ème} siècle, les publications contemporaines sur la mastoplastie d'augmentation continuent à diffuser des critères d'experts pour la construction d'un diagnostic et continuent à montrer une préoccupation pour la gestion des perceptions et des attentes esthétiques des candidates. Dans ce contexte, une exploration de la littérature médicale internationale sur la chirurgie d'augmentation mammaire a montré qu'au cours du dernier tiers du 20^{ème} siècle, un certain nombre de pratiques et de dispositifs ont été développés pour répondre à cette préoccupation. Dans ces publications, deux approches peuvent être identifiées : la première donne plus de poids à la préférence esthétique de la patiente en se basant sur toute une série de dispositifs de visualisation du résultat ; la seconde est basée sur la détermination par le chirurgien de la prothèse appropriée en fonction des mesures objectives de la candidate à l'opération.

L'analyse des entretiens approfondis avec les chirurgiens et les patientes opérées du sein a permis d'explorer l'appropriation que les chirurgiens plasticiens argentins contemporains font de ces pratiques et dispositifs développés au niveau international pour faire face aux attentes esthétiques des patientes. Comme nous avons pu le constater, si ces pratiques et dispositifs impliquent une ouverture à la participation des patientes au processus décisionnel et un certain degré d'expertise du consommateur, le fait est que cette implication contribue à ce que le chirurgien éduque le regard de la patiente, obtienne son assentiment et ait la possibilité de mobiliser le consentement passé afin de lui attribuer la responsabilité des résultats. En bref, l'autorité de l'expert n'est pas imposée d'en haut, mais par la participation active et l'expertise des patients au cours du processus de planification chirurgicale.

A la fin de la thèse, j'ai retracé le chemin tracé par l'affaire Geoffre, afin de comprendre les conflits qui émergent autour des victimes contemporaines "de" la chirurgie esthétique. Pour ce faire, j'ai analysé les récits atroces présents dans les médias argentins, dans lesquels sont mis en scène les dommages fonctionnels, psychologiques et esthétiques produits par ces pratiques chirurgicales. L'émergence permanente de ces cas constitue un moment critique où s'expriment deux modèles d'attribution de responsabilité, dont on peut tirer différentes conséquences politiques.

Le premier, porté par la montée du féminisme contemporain, remet en cause la résolution chirurgicale des problèmes liés à l'apparence corporelle. Dans cette perspective, les patientes sont victimes de stéréotypes de beauté qui les poussent à surestimer des défauts minimes et à subir un ajustement corporel violent qui entraîne souvent des dommages esthétiques, économiques et psychologiques. Il s'ensuit que ce n'est pas le corps des femmes qu'il faut changer, mais la culture qui exerce une pression sur l'esthétique du corps féminin. L'horizon de ce questionnement est la construction d'une société qui favorise l'acceptation de la diversité corporelle et protège ses membres les plus vulnérables de la tentation de recourir à des pratiques esthétiques potentiellement délétères pour la préservation de la santé.

Cependant, si les critiques de l'oppression du genre et de la suppression de la diversité corporelle sont présentes dans l'interprétation de ces histoires atroces, une deuxième ligne d'interprétation prend le dessus : les patients sont les victimes de chirurgiens qui n'ont pas les compétences techniques et morales nécessaires pour mener à bien les interventions. Selon cette interprétation, l'objet de la condamnation n'est pas la chirurgie esthétique en soi, mais les médecins qui profitent du vide juridique concernant l'exercice des spécialités médicales et se tournent vers une activité lucrative sans les compétences et l'infrastructure appropriées. Les victimes sont ainsi le témoignage dramatique d'un marché mal régulé, offrant une fenêtre d'opportunité pour éduquer la population sur le choix de chirurgiens compétents et pour exiger la promulgation de lois qui donnent aux chirurgiens plasticiens certifiés un monopole sur les pratiques esthétiques.

Dans ce contexte, l'une des caractéristiques a priori déconcertantes de ces scandales prend tout son sens. Outre les journalistes et les victimes, il est courant que les chirurgiens plasticiens agréés aient leur part de participation dans la presse écrite et télévisée. Leur rôle dans ces interventions n'est pas de commenter expressément les particularités de chaque cas, mais plutôt d'agir en tant que porte-parole de leurs associations de spécialistes respectives. Dans leurs interventions, en plus de donner des avertissements et des conseils lors de la décision de subir une intervention chirurgicale, ils diffusent les différents mécanismes de coordination du marché élaborés par les organisations auxquelles ils appartiennent.

C'est ainsi que, croyant commettre une transgression méthodologique en abandonnant la littérature médicale pour me concentrer sur l'espace médiatique, je me suis rendu compte que j'étais en fait au cœur du discours médical contemporain sur la chirurgie esthétique. En tout cas, que ce dernier soit passé inaperçu du regard analytique que j'entendais imposer au corpus empirique est

un signe de la réussite des spécialistes de la chirurgie plastique à imposer une matrice interprétative aux histoires atroces qui émergent fréquemment dans les médias contemporains. A tel point qu'il n'est souvent même pas nécessaire que ces spécialistes interviennent directement pour que les journalistes, voire les législateurs, reproduisent cette version des faits.

INTRODUCCIÓN

Suzanne Geoffre era una ex modelo y asistente del diseñador de modas Paul Poiret, devenida en propietaria de una “maison de couture” situada en un elegante barrio de París. Corría el año 1928, cuando decidió acudir al endocrinólogo Dr. Leopold Levi para encontrar una solución médica a un defecto estético que la perturbaba: sus piernas eran demasiado gruesas. No hallando tratamiento clínico para remediar su mal, Levi le sugirió a la joven que realizara una consulta con el cirujano Charles Dujarier. Esta última, tuvo lugar el 26 de febrero de 1928. Al día siguiente, este eminente especialista en piernas y jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Boicaut, llevó adelante en dicha institución una operación destinada a afinar las piernas de la paciente. A decir verdad, Dujarier solo pudo realizar maniobras quirúrgicas sobre el miembro derecho. La mala calidad de los tejidos no le permitió realizar la sutura, desalentándolo a proseguir con la otra extremidad y obligándolo a colocar un vendaje compresivo sobre la pierna intervenida. En las tres semanas subsiguientes, la gangrena avanzó sobre el miembro de Geoffre, al punto que el cirujano planteó que debía realizarle una amputación para salvarle la vida. En principio, la joven se negó, alegando que prefería morir. Pero luego de que el profesional accediera a que contrajera matrimonio con su prometido la noche antes de la operación, la mujer aceptó. Al día siguiente, el 23 de marzo de 1928, a la flamante Mme. Le Guen le amputaron el tercio inferior de la pierna derecha.

Tiempo después, el matrimonio Le Guen presentaría una demanda civil, reclamando 500.000 francos de indemnización en concepto de daños y perjuicios. El proceso tuvo lugar en febrero de 1929, en el Tribunal Civil del Sena. En las audiencias, Jose Théry presentó a su defendida como una mujer carente de conocimientos médicos, que confió plenamente en el “gran hombre de ciencia”. Tal es así, que no dudó en consentir la intervención, cuando este último afirmó que era una cirugía fácil, rápida y sin riesgos. A criterio de Théry, el cirujano debería haberse negado a realizar una intervención riesgosa, sobre todo teniendo en cuenta que con ella no se perseguía una finalidad terapéutica: ““One does not have the right to operate [...] except if one is in the presence of an illness which cannot be cured by medical treatment, when one is in the presence of suffering so great that the patient cannot stand it”” (Comiskey, 2004: 41)

William Thorp, abogado defensor del cirujano, arguyó que su cliente actuó guiado por el desinterés y aherrojado por un imperativo moral. De hecho, operó a la paciente en una institución pública, respondiendo con presteza a la corrección de un defecto que estaba gravitando seriamente sobre la psicología de la paciente. A tal punto que, presa de la agitación, Geoffre habría esgrimido

un revolver y exclamado: “¡Me voy a suicidar, si tengo que seguir viviendo con mis pantorrillas gordas!”. A criterio de Thorp, estas palabras dejan entrever la intensa vergüenza y el dolor psíquico que experimenta una mujer portadora de piernas feas, sobre todo en un contexto donde la moda dejaba al descubierto sectores del cuerpo anteriormente inaccesibles a la vista:

[At] a time when women, testing the rigor of the seasons, reveal themselves in all weather from feet to waistline and from head to waistline, a woman whose legs are fat or deformed is infinitely unhappy, and if she has defective legs like those of Mme. Le Guen, she finds herself constrained to wearing long dresses like our grandmothers wore, because she has to avoid the looks of men and the mocking smiles of women [...] Hefty legs, saggy breasts cause psychic states ranging from simple unhappiness to neurasthenia, up to madness and suicide (Comiskey, 2004: 41)

La sentencia tuvo lugar el 20 de febrero de 1929. El Tribunal condenó a Dujarier a pagar 200.000 francos, en concepto de daños e intereses, al matrimonio Leguen. El magistrado argumentó su fallo sosteniendo que el cirujano debería haber enfatizado más los riesgos de la operación y que el estado de exaltación de la mujer requería de atención psiquiátrica antes que quirúrgica. Asimismo, consideró que a pesar del alto valor profesional de Dujarier y del desinterés en la intervención,

le fait même d’avoir entrepris une opération comportant des risques d’une réelle gravité, sur un membre sain, dans le seul but d’en corriger la ligne et sans que cette intervention soit imposée par une nécessité thérapeutique, ni même qu’elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l’opérée, constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du Chirurgien (Claoué y Bernard, 1936: 7).

La sentencia generó un amplio revuelo en la comunidad médica y extra-médica, alcanzando las páginas de la prensa local. Para los cirujanos franceses, el fallo sentaba una jurisprudencia que atentaba contra la autonomía médica y el “progreso de la ciencia”. Para los cirujanos estéticos, significaba una condena al ejercicio de su especialidad, en tanto podían ser declarados responsables de daños por el solo hecho de realizar una intervención con fines de embellecimiento. En línea con ello, el caso Dujarier operó como un gran catalizador de voluntades, suscitando el apoyo público de médicos de renombre y de distintas asociaciones gremiales que acompañaron a este profesional en la instancia de apelación. Asimismo, impulsó la producción de numerosas publicaciones en defensa de la cirugía estética (artículos, comunicaciones y libros) y constituyó el puntapié para que los cultores de esta naciente disciplina forjaran una identidad colectiva que se institucionalizó en abril de 1930 con la creación de la “Société Scientifique Française de Chirurgie Repatrice, Plastique et Esthétique”.

Los reverberos de este caso trascendieron las fronteras nacionales francesas. Así lo afirma la literatura académica examinada para escribir este apartado, y así surge de los documentos históricos recogidos para escribir la presente tesis. De esta manera, en fecha temprana como el 29 de agosto de 1929, el médico legista argentino Nerio Rojas publicó en la revista “El Día Médico” un artículo que llevó por título “La Responsabilidad en la cirugía estética”. Allí señala que, en la sentencia dictada a raíz del “reciente y ruidoso caso de París”, “la justicia parece haber afirmado la responsabilidad en el hecho de la operación misma, en la indicación quirúrgica para corregir una deformación visible, y no en la comprobación de una falta de prudencia o de técnica en el acto operatorio”. Más precisamente, la falta del médico consistió “en haber arriesgado la salud de su enfermo con una operación más o menos peligrosa sin buscar una finalidad curativa, pues solamente se buscó un fin estético bajo la presión más o menos frívola del operado”.

Rojas se posiciona en disidencia con este fallo, esgrimiendo dos argumentos centrales. El primero, refiere al avasallamiento de la autonomía médica implicado en esta resolución: “[No] pertenece a los tribunales el apreciar si el empleo de un tratamiento se justifica o no en una especie determinada [...] El médico es el único juez de los métodos a seguir”. El segundo argumento, concierne más específicamente a la disputa por el sentido de las intervenciones estéticas. Desde su perspectiva, es injusto “considerar siempre estas intervenciones como lujos más o menos innecesarios, impuestos por la frivolidad del cliente y aceptados por ligereza o interés del cirujano”. Primero, porque el propio Código Penal argentino reconocía el valor estético del rostro, al establecer penas para quienes ocasionaren una lesión permanente sobre dicho sector anatómico. Segundo, porque “un defecto físico marcado tiene inconvenientes morales, sentimentales y hasta económicos” que confieren un carácter terapéutico a estas prácticas.

Cabe destacar que este respaldo a la cirugía estética, no necesariamente equivale a un apoyo incondicional a cualquier tipo de intervención que tenga por finalidad corregir defectos. En este sentido, Rojas sugiere que el cirujano debe “decidir la intervención con la mayor prudencia”, “no dejarse influenciar a instancias del cliente” e informarlo acerca “de los peligros probables, por lo menos en términos generales”. Para ejemplificar este punto, trae a colación un caso donde ninguna de las dos primeras condiciones parecería haber estado presentes en la indicación de la cirugía estética: “De esa buena vía se apartó el cirujano que hace poco extirpó ambos senos a una automovilista, que buscaba así mayor libertad en sus movimientos para dirigir el volante y sin duda mejor línea para su indumentaria semimasculina” (Rojas, 1929: 15-16).

Una postura diametralmente opuesta y sin ningún tipo de matiz, es la sostenida por Juan Silva Riestra, especialista en derecho penal que en 1938 publicó un folleto que lleva por título “Cirugía Estética y Delito de Lesiones”. A criterio de Riestra, la cirugía estética no es una práctica curativa, sino más bien una práctica peligrosa que recrea “artificialmente” una ilusión de juventud enmascarando la declinación “natural” que implica el pasaje de la juventud a la vejez. Quienes recurren a ella son, por lo tanto, personas superficiales cuyos alegados “trastornos nerviosos” revelan “una situación anormal del espíritu que, entendemos, no se cura con una operación pues ésta produce cicatriz y la cicatriz crea, a su turno, otra preocupación en el paciente”. De esta manera, en sintonía con lo resuelto por el Tribunal del Sena en 1929, Silva Riestra afirma que:

cuando el facultativo amplía por sí y ante sí, la esfera de su acción e interviene, no con el propósito de curar una enfermedad o de corregir una deformidad repulsiva sino con un fin de ‘embellecimiento’ del sujeto [...] produce, innecesariamente, un peligro, crea, un riesgo y como todo el que produce [...] es responsable de sus consecuencias (Silva Riestra, 1938: 1-12).

Casi veinte años después, el caso Dujarier continuaría alimentando la polémica entre los profesionales del derecho. Así lo deja entrever el médico legista José Belbey que, el 6 de agosto de 1957, pronunció una conferencia sobre “Responsabilidad de los médicos” en el Instituto de Ciencia Penal y Criminología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Santa Fe. A su modo de ver, la sentencia del tribunal francés es “una corriente peligrosa”. La justicia debe limitarse a establecer si hubo falta en el proceder quirúrgico del galeno (impericia, imprudencia o negligencia) y no inmiscuirse en asuntos concernientes a la indicación de determinadas prácticas. Aun así, sienta posición en la controversia acerca del valor terapéutico de la cirugía estética.

Argumenta que, lejos de ser un “arte menor” cuyo “peligro” supera con creces el “beneficio obtenido”, la cirugía estética es “curativa” al corregir “defectos físicos” que originan “enfermedades mentales” asentadas en un “complejo de inferioridad”. Asimismo, destaca el valor económico de estas prácticas, sobre todo tratándose de mujeres que se desempeñan en determinadas ocupaciones (“artistas, vendedoras, modelos, etc.”): “ellas, más que nadie, tienen el derecho de exigir que la ciencia los ayude, pues a veces su físico es factor de éxito o de fracaso en la lucha por la vida”. En definitiva, desde la perspectiva de Belbey, “se tiene tanto derecho a la salud o a no sufrir, como a no ser deforme, feo o desarmónico” (Belbey, 1957: 156-158).

El caso Dujarier, y sus derivas en el campo del derecho argentino, permiten circunscribir analítica e históricamente la problemática que será abordada en esta tesis: una socio-historia de los

modos y las razones para hacer en cirugía estética. Analíticamente, porque el caso exhibe el carácter controversial de las prácticas de cirugía estética, al poner de relieve las disputas que suscita la instrumentación de técnicas quirúrgicas aparentemente despojadas de finalidad curativa. Asimismo, permite anticipar las argumentaciones movilizadas por los cirujanos plásticos para conferir a sus prácticas un valor terapéutico. Entre otras, el aporte económico y psicológico de este tipo de correcciones morfológicas. En tercer lugar, deja entrever que esta controversia, lejos de resolverse en el terreno de las argumentaciones abstractas, requiere de un encuadramiento en el terreno de las prácticas médicas concretas. Para dar un ejemplo, en opinión de Rojas resultaría de buen criterio médico embellecer las piernas de una trabajadora que amenaza con suicidarse, más no amputarle los senos a una mujer que desea mayor libertad de movimiento al volante. Por último, el caso Dujarier también es revelador de que los límites que se imponen a las prácticas se sitúan más allá del “bien” y del “mal”, en tanto es el propio cuerpo de los pacientes el que impone límites a la manipulación plástica en manos de los cirujanos. Desde esta perspectiva, Mme. Geoffre no sólo era un ser volitivo, sino también unas piernas recubiertas por tejidos cuya deficiente elasticidad impidieron la sutura de la herida quirúrgica.

A partir de lo sostenido en el párrafo precedente, quedan delineadas los principales ejes a partir de las cuales indagaré primordialmente el discurso médico producido por cirujanos plásticos acerca de sus prácticas. El dilema que plantean es que son ejecutadas por profesionales médicos que, en lugar de dedicarse a tratar problemas de salud de las personas, se dedican a cortar para embellecerlas. La estética corporal es, *a priori*, un problema relativo a la cultura, a la historia y a la subjetividad de las personas. Las preguntas que surgen en este marco, son las siguientes: ¿cómo es que estos profesionales médicos aspiraron y aspiran a naturalizar un problema aparentemente relativo a la cultura, a la historia y a la subjetividad de las personas? ¿cuáles son los desafíos que plantea la politización de los problemas asociados a la apariencia corporal? ¿cómo es que lidian técnica, moral y cognoscitivamente con este tipo de problemas en su práctica diaria? En pocas palabras, ¿cómo construyen la indicación médica en cirugía estética?

En buena parte de este capítulo introductorio, pretendo exponer los motivos por los cuales utilizo el término “indicación médica”. Por lo pronto, cabe destacar que el caso Dujarier también permite delimitar parte del período temporal que será abordado en este trabajo. En este sentido, el fallo de la justicia parisina parecería constituir un punto de inflexión a partir del cual las producciones escritas tendentes a difundir y legitimar las prácticas de cirugía estética se

multiplican y adquieren mayor visibilidad. Así, refiriéndose al contexto francés, Le Hénaff señala que “the discourse defending the therapeutic advantages of cosmetic surgery originally emerged between the end of the First World War and Dujarier’s first trial; however, it became more visible when it was employed in the surgeon’s defense” (Le Hénaff, 2017: 16). En Argentina, este fenómeno parecería replicarse, en la medida en que la mayor parte de las publicaciones médicas recogidas y analizadas en esta tesis se sitúan entre fines de la década del 20’ y comienzos de la del 50’. En la medida en que este trabajo aspira arribar a la actualidad para entender los cambios y continuidades que se manifiestan en la práctica médica contemporánea, también retomo publicaciones médicas posteriores a este período y materiales empíricos de diversa procedencia. A continuación, presento el relato del proceso de recolección y organización de este corpus empírico.

1. Itinerario de investigación

La idea de esta tesis comenzó a gestarse mientras escribía mi tesina de grado, titulada “Estrategias de reproducción en el campo médico” (2014). Allí, intentaba identificar cómo se transmitía generacional e inter-familiarmente el capital acumulado en el ejercicio de la medicina en la ciudad de Santa Fe. En ese marco, entrevisté a profesionales de distintas especialidades de entre 50 y 70 años. Una de las especialidades seleccionadas fue dermatología. Aunque no formaba parte de la guía de preguntas utilizada, la mayoría de estos especialistas señalaron espontáneamente su total y completo rechazo al auge que la dermatología estética estaba teniendo entre las generaciones más jóvenes. Para dar un ejemplo, veamos lo que decía un dermatólogo santafesino de 68 años:

Con este tema del embellecimiento y demás se escucha más hablar de la dermatología. Que la dermatología no debería tener que ver con la parte estética pero la gente lo asocia viste. [...] Es como la pavada la dermatología, porque en la dermatología vos tenes que saber clínica médica para hacer dermatología y ahora lo toman como. Yo digo la nena bien que tiene el papá que tiene guita y que la banca y que le pone el consultorio como ella le pide. Lo ves en estos congresos, y vos decís: ‘Estas minas están en la boludez total, no saben un carajo de medicina’. Antes no era así, era como cualquier especialidad (Molina, 2014: 59).

Fue a partir de esta experiencia, que mi inquietud acerca del vínculo entre estética y medicina se instaló como línea de indagación para esta tesis doctoral. Pero, aunque la dermatología había funcionado como disparador, me incliné por la cirugía estética como objeto de investigación.

Esta elección probablemente se fundó en la permanente presencia de estas intervenciones en los medios de comunicación, pero también en la intuición de que la instrumentación de una terapéutica agresiva sobre pacientes “sanos” sería más redituable analíticamente que la exploración de las prácticas estéticas no invasivas. Con esta idea en mente, pero todavía sin contar con el financiamiento de la beca doctoral CONICET¹⁷, dediqué mi primer año como licenciado en sociología a realizar trabajos de relevamiento y procesamiento en el marco de algunos proyectos de investigación. Fue en ese lapso, que por primera vez puse un pie en una hemeroteca. A partir de la concurrencia prolongada a estos espacios, aprendí a solicitar materiales y a esperar pacientemente a que el sonido de un montacargas eléctrico anunciara que el pedido estaba subiendo desde un depósito ubicado en el subsuelo. También descubrí el enorme acervo de documentación que estas instituciones resguardan, abriendo una ventana para abordar mi objeto a partir de la recolección y el análisis de fuentes históricas. Más allá de los hechos fortuitos que me llevaron a tomar esta decisión, opté por esta estrategia metodológica porque consideré que estos materiales me permitirían responder a la pregunta acerca de cómo la cirugía estética había logrado legitimarse como práctica médica.

Al año siguiente, y ya gozando de la dedicación tiempo completo que habilita la beca, comencé mi largo recorrido por diversas bibliotecas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que pudieran disponer de literatura médica sobre cirugía plástica. Inicé por la hemeroteca de la “Biblioteca Nacional Marino Moreno” (BNMM), para luego desplazarme hacia bibliotecas pertenecientes a instituciones médicas y universitarias como: la “Academia Nacional de Medicina” (ANM), la “Asociación Médica Argentina” (AMA), la “Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires” (FMED-UBA), la “Universidad del Salvador” (USAL) y la “Universidad Católica Argentina” (UCA)¹⁸. A pesar de haberlo intentado por distintos medios,

¹⁷ El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas es el principal organismo dedicado a la promoción de la ciencia y la tecnología en Argentina, dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación.

¹⁸ En todos los casos, antes de acudir personalmente a la consulta, realicé una búsqueda en las plataformas digitales de cada una de estas instituciones. El uso de esta herramienta informática deparó limitaciones y hallazgos más o menos fortuitos. Lo primero, porque luego de intentar infructuosamente rastrear publicaciones en el buscador de la FMED-UBA, me apersoné en dicha biblioteca para descubrir que la mayor parte del material estaba catalogado en unos pesados ficheros de hierro. Lo segundo, porque mi aproximación a la USAL y la UCA estuvo motivada en el hecho de que estas instituciones fueron las primeras en abrir programas de posgrado en cirugía plástica. Sin embargo, navegando en la página de la USAL, me topé con que en su “Biblioteca Histórica” contaba con numerosas publicaciones sobre cirugía plástica pertenecientes a la biblioteca personal de los doctores Enrique y Ricardo Finochietto.

lamentablemente no pude acceder al material disponible en la “Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora” (SACPER). Sobre todo, teniendo en cuenta que allí se encuentran las actas de la SACPER, registro que sin dudas hubiera contribuido a penetrar en los entretelones de una historia “oficial” elusiva a revelar las disensiones internas.

Producto de ese recorrido, recogí literatura nacional e internacional sobre cirugía plástica de distinto tipo: folletos; actas de Congresos; artículos en revistas médicas, especializadas y de divulgación; tesis de doctorado en medicina; y libros orientados al público experto y lego. Complementariamente, realicé un relevamiento de artículos en medios gráficos (que se limitó a la exploración de los archivos periodísticos del diario “Crónica”¹⁹ disponibles en la “BNMM”) y una búsqueda de fuentes primarias internacionales en la web sobre determinados temas específicos. Finalmente, realicé un relevamiento de emisiones televisivas contemporáneas en medios de comunicación argentinos que tomaran por objeto casos de “mala praxis” en cirugía estética. La mayor parte de dicha recolección la realicé a través de la plataforma “YouTube”, incluyendo también algunos videos disponibles en la página de “Instagram” de la SACPER.

El procesamiento de este enorme corpus empírico me llevó varios meses, y lo realicé mediante el programa Microsoft Excel (2016). El procedimiento consistió en catalogar los textos según algunos datos básicos (“Título”, “Fecha”, “Autor”, etc.) y asignar “Categorías” especificando el “Número de páginas” en las que esta aparecía expresada. Clave en este proceso fue la construcción de dichas categorías de clasificación, en la medida en que estas se constituirían en la infraestructura básica para organizar el material empírico. Muchas aparecieron al calor de la lectura veloz que realicé en las bibliotecas, otras cuando procesé el material en mi computadora personal. En cualquier caso, fue la detección de ciertas regularidades discursivas lo que contribuyó a que estas emergieran.

Junto al trabajo de relevamiento de fuentes históricas, entre 2018 y 2019 llevé a cabo 41 entrevistas en profundidad, 25 a cirujanos plásticos y 16 a pacientes. La totalidad de estas últimas, fueron realizadas a mujeres, de las cuales 12 se habían realizado una cirugía de aumento mamario, 2 una estética de la nariz, y las 2 restantes un lifting y una dermolipectomía de abdomen²⁰. Como

¹⁹ “Crónica” es un diario matutino argentino editado en la Ciudad de Buenos Aires, fundado el 29 de julio de 1963. Desde sus inicios, el vespertino se caracterizó por poseer un estilo sensacionalista, que apelaba a grandes titulares, muchas imágenes y textos cortos pero impactantes.

²⁰ La dermolipectomía es un procedimiento quirúrgico para corregir el exceso de grasa y piel de cualquier zona del cuerpo: vientre, piernas, brazos, glúteos, etc.

queda expresado en las cifras, el foco estuvo puesto en las operadas de las mamas, decisión que se fundamentó en el hecho de que este tipo de operaciones actualmente son las que se realizan con mayor frecuencia en Argentina. En cuanto a su lugar de residencia, 9 habitaban en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las otras 7 en la provincia de Santa Fe. En términos etarios, la mayoría se concentraron en los segmentos “30-40 años” (5) y “mayores de 60 años” (6). Aunque la muestra se construyó más función de la accesibilidad que de la representatividad, la búsqueda de la diversidad etaria tuvo un carácter intencional. El motivo, es que pretendía contrastar las experiencias de diversas generaciones de operadas, bajo el supuesto de que variaría el nivel de aceptación social de estas prácticas en los distintos segmentos etarios.

La misma intencionalidad de representar la diversidad etaria, tuve con respecto a los cirujanos plásticos. Pero una mala gestión de los tiempos de investigación y el sesgo inherente a la técnica de “bola de nieve”, me llevaron a construir una muestra que promedia los 64 años. En todos los casos, se trató de profesionales certificados en la especialidad de “Cirugía plástica, estética y reparadora”. Muchos de ellos, se desempeñaron en el sector público, logrando alcanzar posiciones jerárquicas en hospitales y entidades científicas. Todas estas características, contribuyen a señalar que los testimonios recogidos en las entrevistas son “parciales”, en la medida en que no se incluyó a cirujanos más jóvenes o a personas que ejercen la cirugía estética sin contar con el título habilitante. En cuanto a la composición por sexo, entrevisté a 23 hombres y a 2 mujeres. Finalmente, en lo que refiere a la locación geográfica, tuve acceso a 22 especialistas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 3 de la Ciudad de Santa Fe.

Para las entrevistas preparé una guía de preguntas para cirujanos y otra para pacientes. Como desconfío de mi capacidad de improvisar en los encuentros cara a cara, preparé guías extensas y con un elevado nivel de detalle. A grandes rasgos, con las pacientes pude marcar el ritmo y el orden de la conversación, logrando cubrir la mayor parte de los ejes temáticos que había previsto en el instrumento de recolección. Diferente fue el intercambio con los cirujanos, personas que por su oficio disponen de una enorme capacidad de hablar. Por este motivo, aunque nunca solté del todo la certeza que me daba el guion, tuve que aprender a mantener una escucha atenta que me permitiera retomar emergentes perdidos en el fragor de la conversación y a reorientar sutilmente el curso del intercambio cuando consideré que habíamos entrado en terreno infértil.

Otro rasgo saliente de los encuentros, fue la ruptura con ciertas expectativas y prevenciones que tenía acerca de la manera en que se conducirían operadas y especialistas durante la entrevista.

Respecto a las primeras, temía que la conversación sobre un tema íntimo (como la operación de sus mamas) con un entrevistador de género masculino, generara una situación incómoda. Pero ese no fue el caso, en tanto las entrevistadas describieron sin remilgos el estado de sus “tetras” antes de la operación, la dificultad que dicho estado les planteaba en los encuentros sexuales o el tipo de resultado que aspiraban a obtener. De los cirujanos plásticos, por su parte, esperaba formalidad, acartonamiento y estereotipia en el discurso. Sin embargo, más que personas adustas, me encontré con especialistas que apelaron a un lenguaje informal e incluso “brutal” para describir situaciones de su quehacer cotidiano. Puedo conjeturar que esta manera de conducirse obedeció a dos motivos. Por un lado, a su socialización como cirujanos, caracterizada por los propios actores como una experiencia “dura” en la que se inculca el pragmatismo y la agresividad. Por el otro, a la complicidad en el género que suscitó el hecho de que sea hombre, habilitando el uso de términos coloquiales y de metáforas sexuales para referirse a pacientes de género femenino.

Antes, durante y después del trabajo de campo leí producciones académicas del ámbito de las ciencias sociales directa e indirectamente vinculadas a mi tema de tesis. Retrospectivamente, puedo señalar que las preguntas que intentaba responder mediante dicha actividad son las siguientes: ¿cómo organizar e interpretar este corpus empírico? ¿qué enfoques teóricos eran adecuados en vista del material que tenía entre manos? ¿cómo escribir historia siendo sociólogo de formación? Dedico los próximos apartados a responder a estas preguntas. En ellos, marco una distancia con respecto a los abordajes tradicionales sobre la cirugía estética; identifico aportes y limitaciones de los enfoques teóricos que inspiraron el análisis; y brindo argumentos para sustentar la centralidad que tuvo la noción de “indicación médica” para llevar adelante el análisis del corpus empírico presentado.

2. El problema de la demanda de cirugía estética

Buena parte de las producciones académicas sobre cirugía estética se orientan a identificar los factores históricos y culturales que explican la demanda de este tipo de prácticas. La mayoría de ellas, movilizan una perspectiva feminista para analizar el fenómeno, tendencia que responde al hecho de que la cirugía estética constituye una expresión palmaria de las presiones sociales que recaen sobre el cuerpo femenino. Las publicaciones más tempranas convergen en la inquietud por analizar los motivos que las mujeres esgrimen para convertirse en receptoras de intervenciones

quirúrgicas con fines estéticos (Heyes C. y Jones M., 2009). Un primer conjunto de investigaciones parte de una interpretación que destaca la preeminencia de la estructura en la configuración de las prácticas de belleza. Subrayan el carácter normalizador de la cirugía estética y el desempoderamiento de las mujeres que se someten a estas prácticas (Bordo, 1990; Morgan, 1991; Bartsky, 2002). En oposición a estos enfoques, una serie de producciones rescatan el carácter reflexivo de los agentes que, confrontados a los constreñimientos estructurales, deciden someterse a estas prácticas. De esta manera, insertan a la cirugía estética dentro del proyecto identitario de los agentes, y afirman que estas prácticas empoderan a las mujeres (Davis, 1991, 2005; Gimlin, 2000).

Posteriormente, estas perspectivas serían criticadas por pretender hallar en el discurso la “verdadera” interioridad de los sujetos, haciendo abstracción del contexto en el cual y para el cual se pronuncia. El término contexto refiere tanto al marco histórico, social y cultural como a la situación de interacción particular de la entrevista. Dentro de esta línea, Gimlin (2002) afirma que las narrativas de las operadas constituyen esfuerzos para justificar intervenciones que portan un halo de inautenticidad y que suscitan juicios negativos sobre la personalidad de las pacientes. Ancheta (2002), por su parte, remarca el carácter defensivo que presentan las narrativas femeninas sobre cirugía estética, en las que se minimizan los riesgos y se acentúa la autonomía personal en la decisión de operarse.

En sintonía con esas investigaciones, los enfoques posestructuralistas se basan en el supuesto del discurso sobre la cirugía estética como una construcción social. No obstante, en lugar de colocar el foco en la construcción discursiva que los agentes realizan sobre las prácticas de cirugía estética, se centran en el modo en que los discursos en torno a la cirugía estética construyen a estos agentes. Fraser (2003) y Pitts-Taylor (2007) comparten esta perspectiva, aunque parten de preguntas diferentes. La primera, explora los repertorios de la naturaleza, la agencia y la vanidad presentes en una multiplicidad de discursos, con el objeto de dilucidar el modo en que son producidas las normas contemporáneas de género. La segunda, pone el acento en la construcción social del sujeto de la cirugía estética, que surge en distintos campos discursivos.

Siguiendo el mismo enfoque, centrado en dilucidar las fuerzas sociales y culturales que subyacen al consumo de cirugía estética, otras investigaciones colocan el foco en la raza como factor que impulsa la demanda de intervenciones correctoras. Desde una perspectiva histórica, destacan las producciones de Sander Gilman, historiador de la cultura norteamericano que acuñó

la noción de “surgical passing” para referir al modo en que la cirugía estética (especialmente de la nariz) constituyó una estrategia utilizada por las minoría étnicas y raciales para asimilarse a los criterios estéticos dominantes en la sociedad estadounidense de principios del siglo XX (Gilman, 1998; 1999). El tópico de la cirugía étnica es retomado para dar cuenta de su desenvolvimiento contemporáneo, en investigaciones sobre cirugía de nariz orientadas reducir o erradicar la visibilidad étnica (Macgregor, 1967), en trabajos acerca de las cirugías de occidentalización del rostro de pacientes con rasgos asiáticos (Kaw, 1993, 1994; Wen Hua, 2013) y en indagaciones en torno a las polémicas suscitadas por este tipo de intervenciones (Davis, 2003).

En Latinoamérica, hay escasas publicaciones acerca de la cirugía estética. Todas ellas, colocan el foco en comprender y explicar la demanda de este tipo de procedimientos. En Argentina, destaca la producción de Marcelo Córdoba, que desde una perspectiva semiótica se enfoca en analizar el discurso mediático y experto en torno a la cirugía estética en tanto dispositivos de subjetivación que contribuyen a normalizar el consumo de estas prácticas (Córdoba, 2010, 2019a, 2019b). Sobre el caso de Brasil, la producción más prolífica estuvo en manos del antropólogo inglés Alexander Edmonds, cuya etnografía da cuenta del modo en la raza, la clase social y la economía libidinal del neoliberalismo aparecen entrelazadas en el consumo de estas prácticas en los sectores populares brasileños (Edmonds, 2007, 2010). En México, Ochoa Avalos y Martín Gabriel (2011), se ocupan de mostrar la paradoja de la elección en las consumidoras de cirugía estética, exhibiendo que el discurso de la agencia femenina implica una sujeción a los dispositivos de saber-poder propio de los discursos en torno a estas prácticas. En Ecuador, Herrera Caicedo (2012), analiza el consumo de cirugía estética entre mujeres de clase alta de la ciudad de Ambato, mostrando el modo en que estas prácticas se naturalizan y contribuyen a la mercantilización del cuerpo femenino.

Aunque esta literatura focalizada en las motivaciones de los pacientes brinda herramientas analíticas sugerentes, la vía de entrada adoptada en esta tesis es diferente. En principio, porque el material que examino es el discurso producido por cirujanos plásticos. Y si bien nada impedía adoptar este enfoque para abordarlo, consideré más apropiado analizarlo a la luz de su propio contexto de producción y teniendo en cuenta el carácter de las apuestas en juego. Más concretamente, concebí las publicaciones como material producido por y para médicos, enfatizando en las argumentaciones orientadas a justificar a estas prácticas. Dicho de manera más sucinta, la pregunta a partir de la cual me aproximé a la documentación histórica no fue identificar

los motivos que impulsan a las mujeres o a algún otro grupo en particular a realizarse una cirugía estética, sino más bien las razones esgrimidas por los cirujanos plásticos para realizar intervenciones con fines estéticos. Como veremos, adoptar este interrogante no necesariamente significa abandonar el terreno de las motivaciones que llevan a la cirugía estética, aunque estas aparecerán resituadas en el contexto del discurso de los cirujanos plásticos definen a las intervenciones estéticas como un medio eficaz para resolver un problema médico. En pocas palabras, parte del foco de esta tesis está puesto en indagar en torno a cómo la literatura médica incorpora la experiencia de los pacientes y medicaliza los problemas asociados a la estética corporal.

3. La medicalización de la estética corporal

Un aporte teórico fundamental para efectuar dicho desplazamiento hacia las motivaciones médicas para realizar cirugías estéticas, es el profuso campo de producciones que orbitan en torno a la categoría de “medicalización”. Inspirado en la antipsiquiatría y las críticas al funcionalismo parsoniano, el término “medicalización” apareció por primera vez en el ámbito la sociología en un trabajo de Jesse Pitts (1968), y fue retomado con posterioridad en un influyente artículo de Irving Zola (1972). En las décadas subsiguientes, esta noción sería incorporada a varios campos disciplinares (historia, antropología, salud pública, estudios de género, etc.) y se movilizaría para abordar diferentes áreas temáticas como: comportamientos desviados (la locura, las adicciones, la homosexualidad, etc.); eventos o procesos naturales de la vida (calvicie, menopausia, andropausia, embarazo); problemas de la vida cotidiana y experiencias problemáticas (timidez y obesidad); y prácticas orientadas a mejorar el cuerpo o las capacidades mentales en personas saludables (Conrad, 1975; Schneider, 1978; Crawford, 1980; Bell, 1990; Barker, 1998; Scott, 2006).

En América Latina, los estudios de la medicalización datan de las últimas tres décadas, pudiéndose identificar una orientación de fuerte raigambre foucaltianas sobre la biopolítica que “en muchas ocasiones no evaden la tentación de su aplicación sin que medie una investigación empírica que muestre su adecuación para la comprensión de los procesos en la región” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016). En Argentina, la noción ha sido adoptada por las ciencias sociales, orientando la mayor parte de los esfuerzos a analizar procesos contemporáneos de medicalización y medicamentación de problemas asociados a la salud mental (Arizaga, 2007; Bianchi, 2010,

2015, 2016; Faraone et. al., 2010; Barcala, Bianchi y Poverene, 2017; Bianchi et. al. 2016; Bianchi et. al., 2017; Faraone y Bianchi, 2018). Esta perspectiva teórica también fue incorporada a análisis acerca de la medicalización del embarazo y el parto (Ceccetto, 1994; Eraso, 2001), el consumo de drogas (Epele en Cannellotto y Luchtenberg ed., 2008), la sexualidad (Jones y Gogna, 2012), la desnutrición (Hercovits, 2012) y los cuidados al final de la vida (Alonso, 2013).

En su devenir histórico, la noción de medicalización experimentaría diferentes modulaciones como herramienta analítica para aprehender el creciente peso que asume la medicina en la definición y la resolución de problemas en las sociedades occidentales contemporáneas. De esta manera, la mayoría de las reseñas históricas sobre la materia, coinciden en señalar que durante la década de los 70' y los 80' parece haber primado un énfasis en el dominio de la profesión médica, en la pasividad de los legos y en las consecuencias negativas de estos procesos. Posteriormente, esta visión se vería atenuada al identificarse la heterogénea red de actores involucrados en los procesos de medicalización (organizaciones de la sociedad civil, industria farmacéutica, consumidores, etc.); al adoptarse una lectura menos normativa y más centrada en la descripción de procesos; y al incorporar a los legos como parte activa en la promoción o la resistencia a la medicalización (Conrad, 2005).

Como señalé más arriba, esta vertiente teórica fue clave para construir mi problemática de investigación, en la medida en que propone un abordaje constructivista y procesual de los fenómenos asociados al mundo médico. Más precisamente, brinda una grilla de análisis a partir de la cual pensar el modo en que históricamente “non medical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders” (Conrad, 1992: 209). La pregunta que emerge a partir de esta perspectiva teórica es, por lo tanto, ¿cómo se construye la apariencia corporal en un problema médico? En buena medida, tal como veremos en los capítulos centrales de esta tesis, la medicalización tiene lugar a través del establecimiento de prácticas, dispositivos y categorías de clasificación que permiten diagnosticar los defectos estéticos y establecer el tipo de corrección quirúrgica correspondiente. Sin embargo, más allá de esta aproximación “objetivista” al cuerpo del paciente (Neto y Caponi, 2007), el núcleo central del discurso medicalizador en cirugía plástica pasa por recuperar la experiencia subjetiva de los candidatos a la cirugía estética.

En línea con ello, la perspectiva teórica propuesta, permite delinear uno de los nudos problemáticos centrales que serán abordados en esta tesis: analizar el modo en que el discurso médico narra la experiencia problemática de tener y ser un cuerpo en sociedad, y las soluciones

tecnológicas que promueve para resolver los problemas que dicha experiencia acarrea. Esta manera de construir el objeto de la intervención médica, introduce una distancia con respecto al modelo biomédico tradicional y establece una afinidad con respecto al modelo interpretativo propuesto por las producciones feministas. Para ser más preciso, tanto en uno como en otro caso, los pacientes son escenificados como víctimas de las sanciones que impone la sociedad sobre los cuerpos desviados de las normas estéticas imperantes. La diferencia reside, en todo caso, en las consecuencias que se extraen de esta constatación inicial. De esta manera, mientras que las producciones feministas formulan una crítica tendente a modificar la sociedad, el discurso médico procura modificar a las víctimas para ajustarlas a la sociedad. La medicalización promueve, por lo tanto, una lectura despolitizadora de los problemas asociados a la estética y una solución individualista a problemas sociales (Zola, 1972; Conrad y Schneider, 1992; Lock, 2007).

En suma, la noción de medicalización permite disponer de un marco teórico adecuado para analizar el proceso de construcción del problema médico que la cirugía estética vendría a resolver. No obstante, considero que los estudios efectuados desde esta perspectiva, presentan algunas limitaciones al momento de explotar analíticamente los objetos de investigación en toda su complejidad. La primera limitación, es que tienden a acentuar la faceta política de los procesos de medicalización, descuidando muchas veces un análisis fino de la construcción de la evidencia médica que sustenta la definición del problema. La segunda, es que ponen el foco en la etapa definicional del proceso de medicalización, pero rara vez avanzan hacia un análisis del papel que cumple el discurso acerca de la eficacia de las prácticas médicas en dicho proceso. La tercera limitación, reside en el hecho de que usualmente reconstruyen los procesos macro-sociales que contribuyen históricamente a la medicalización de un problema, pero dejan de lado una aproximación interaccional en el análisis de las fuentes documentales (Halfmann, 2012). Para salvar las lagunas que presentaba este enfoque, apelé a otras vertientes teóricas que me permitieron organizar analíticamente aquellas intuiciones que surgieron de la lectura del corpus empírico. Los próximos apartados se orientan a abordar este punto.

4. La cirugía estética a prueba

No hizo falta profundizar demasiado en el corpus empírico para toparme con una constatación: la literatura médica producida por cirujanos plásticos remarca el valor curativo de

sus prácticas, destacando los beneficios psicológicos y económicos que la corrección de defectos estéticos acarrea. Este hallazgo, aunque novedoso en el campo de producciones académicas nacionales, nada tiene de original con respecto a las investigaciones internacionales que tomaron por objeto la historia médica de la cirugía estética. Enfocada en la historia de la especialidad en Estados Unidos, Elizabeth Haiken (1997) muestra la consolidación institucional de la cirugía plástica en las primeras décadas del siglo XX y las estrategias adoptadas por las asociaciones para desligar a la cirugía estética de connotaciones negativas. En este marco, destaca la diferenciación con respecto a los “irregulares”, pero también las justificaciones tendentes a exhibir a la cirugía estética como terapéutica psicológica que resuelve el “complejo de inferioridad” así como la ligazón de estas prácticas con la cultura norteamericana del “self-improvement”.

Sander Gilman (1998), por su parte, se centra en el análisis de las justificaciones tendentes a mostrar a la cirugía estética como una práctica médica respetable y necesaria, explorando las distintas teorías psicológicas articuladas a lo largo del siglo XX que procuraban exhibirla como una teoría psicósomática inversa. Según ellas, estas prácticas permiten a los pacientes modificar rasgos indeseables y connotados negativamente, contribuyendo a la cura del alma o del espíritu de los operados. Otro antecedente de relevancia es un trabajo de Guirimand (2005), que explora la historia de la cirugía plástica en Francia durante el período de entre-guerras. Según afirma, la primera guerra mundial constituyó un hito histórico que contribuyó al desarrollo y la consolidación de la cirugía plástica, dando lugar a que se cultivara en distintos servicios de especialidades afines. Sin embargo, aunque la cirugía estética se benefició de este afianzamiento, sus cultores debieron articular una serie de justificaciones psicológicas y económicas para legitimarla. Desde la perspectiva de estos pioneros, estas prácticas contribuían a la cura de los neuróticos y como facilitador de la integración económica femenina en el mercado de trabajo.

La coincidencia con las publicaciones internacionales, me planteó una primera dimensión de análisis de los materiales que había pasado por alto en la etapa de formulación de mi proyecto de investigación. A saber, que las argumentaciones desplegadas por los cirujanos argentinos, retoma tópicos y nociones elaborados por sus pares europeos y norteamericanos. En este marco, durante la escritura de esta tesis, procuré reconstruir el itinerario de circulación internacional de estas ideas. Planteado este primer punto, el interrogante que me surgió fue: ¿cómo analizar estas aseveraciones acerca del valor psicológico y económico de la cirugía estética? ¿Resultaba pertinente retomarlas críticamente para develar las estrategias de personas en el fondo interesadas

en defender una práctica lucrativa? ¿O acaso era más adecuado recogerlas en su valor superficial para acceder de manera directa a la descripción de un contexto histórico?

Los trabajos elaborados desde la perspectiva de la medicalización, me conducían a adoptar la primera postura. Siguiendo esta vertiente, las argumentaciones de los cirujanos no tendrían un valor en sí mismo, sino que debían ser interpretadas como la expresión de una relación de poder en la que grupos dominantes buscan imponer una definición médica del “comportamiento desviado” y establecer mecanismos de “control social” sobre grupos dominados. Retomando los enfoques desplegados en los apartados anteriores, el discurso médico no sería más que una estrategia destinada a medicalizar la apariencia femenina y reproducir los estereotipos de belleza. El género, como variable central de análisis, podría ser reemplazada por la raza tal como lo realiza Gilman (1999) en su libro “Making the body beautiful”. Aunque su trabajo resulta valioso para desplazar al género como única variable interpretativa, el modo en que moviliza la evidencia empírica presenta la misma inclinación que los enfoques sobre la medicalización: el discurso médico no es más que la expresión de una relación de poder, en la que los cirujanos operan cultural y quirúrgicamente para corregir la apariencia desviada.

Habiendo analizado mi material de archivo, puedo decir que esta constatación es acertada. Más concretamente, no hizo falta disponer de una visión analítica muy aguzada, para encontrar a cada paso referencias al “eterno femenino” y al “canon de belleza griego”. De esta manera, la evidencia estaba al alcance de la mano para develar el proyecto de poder detrás de la pátina del discurso científicista. Sin embargo, formular este tipo de crítica externalista no sólo implicaba el riesgo de incurrir en un anacronismo, al juzgar según un punto de vista contemporáneo discursos producidos en otro contexto histórico. Sino que también suponía colocar un énfasis excesivo en las fuerzas culturales que operan a espaldas de estos actores, perdiendo de vista la capacidad (Lemieux, 2018) de estos últimos de producir un sentido sobre sus prácticas articulando saberes provenientes de múltiples disciplinas biológicas y del campo de las ciencias sociales. Entre estas últimas, podría mencionar la historia del arte, la filosofía, la psicología, la antropología y la sociología. Ante semejante despliegue, tenía la sensación de que poco podía añadir analíticamente en mi papel de sociólogo abocado a la historia, más allá de la necesaria tarea de organizar, periodizar y reconstruir el itinerario de estos saberes.

Para ilustrar el punto anterior, vale la pena traer a colación algunos ejemplos. Mientras analizaba la literatura médica referida a los aportes psicológicos de la cirugía estética, encontré

que la manera en que los cirujanos describían la experiencia de los portadores de “defectos estéticos” tenía un aire de familia con las nociones de “carrera moral” y “estigma” desplegadas por Goffman (2015) en su libro “Estigma. La identidad deteriorada”. Por este motivo, decidí movilizar estas nociones teóricas, en tanto operaron como conceptos que me permitieron interpretar y organizar la evidencia empírica en el marco de una producción sociológica. Sin embargo, la poca distancia que percibí entre interpretación sociológica e interpretación de los médicos, me llevaron a entender que estaba frente a actores que disponían de capacidad para (re)interpretar la experiencia problemática de ser y tener un cuerpo en sociedad.

Asimismo, en otros tramos de mi producción, la distancia se acotaba hasta el punto de plantearme el dilema de cuál era la cita de autoridad a la que debía apelar para sustentar mis argumentos. Más concretamente, dado que registraba más confluencias que divergencias, el dilema que surgía era si al momento de analizar la cirugía de aumento de busto debía apelar a “La historia del pecho” de la historiadora norteamericana Marilyn Yalom (1997) o reproducir el relato histórico presente en el libro “La Mama” (1977) publicado por el mastólogo argentino Julio V. Uriburu. En ambos casos, aunque diferentes en la profundidad y la extensión del análisis, las dos producciones movilizan representaciones artísticas del pecho femenino para reconstruir la variación en los sentidos del seno en distintos períodos históricos. Tanto en uno como en otro caso, señalan su doble encarnación simbólica como ideal de la maternidad y como medio de seducción amorosa. Asimismo, apelan a una profusión de imágenes provenientes del mundo artístico, mostrando algunas sugerentes afinidades (Figura 1).

A partir de los ejemplos precedentes, no pretendo sostener que exista una coincidencia punto por punto entre las interpretaciones sociológicas y aquellas efectuadas por los cirujanos plásticos. Sino más bien, que la crítica externalista que hubiera podido esgrimir ante el discurso médico, difícilmente habría añadido algo que no estuviera ya presente y transparentado en la voz de estos actores. En este marco, se me hizo claro que en lugar de relativizar este discurso a la luz del contexto histórico y a la sombra de la conciencia de los actores, resultaba más fructífero analizarlo en sus propios términos: como un discurso con pretensiones de verdad científica producido por actores reflexivos y comprometidos con el carácter humanitario de la empresa moral que estaban asumiendo (Becker, 2009).

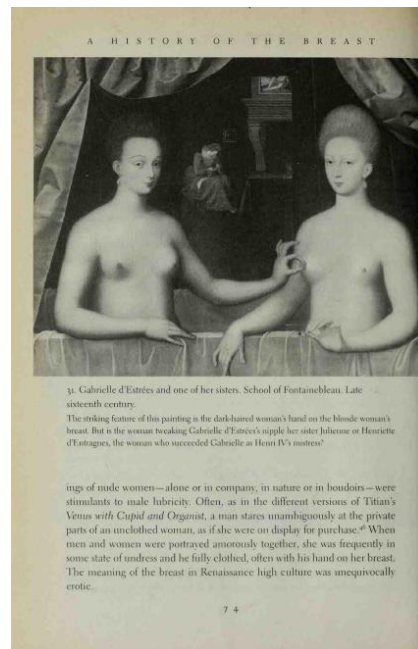
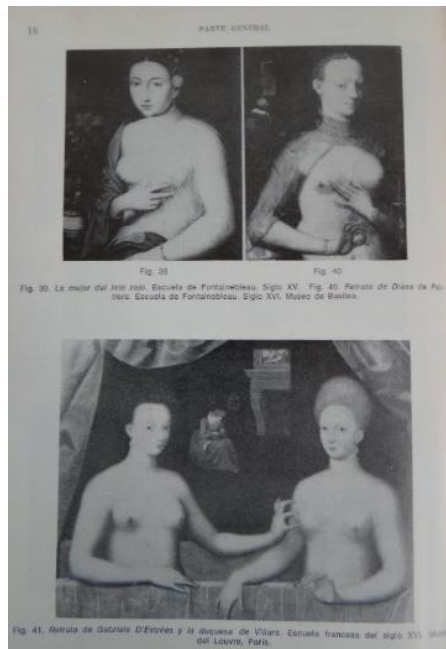


Figura 1. Retrato de “Gabriel D’Estrées y una de sus hermanas” (1594) reproducidos en una publicación médica y en el libro de una historiadora y autora feminista norteamericana. En Uriburu (1977), pág. 18 y Yalom (1997), pág. 74

En otras palabras, lo que se imponía era la adopción de un enfoque simétrico (Bloor, 1997), que procurara reconstruir la lógica interna de este discurso utilizando las mismas herramientas con las que me aproximaría a conocimientos asumidos como verdaderos por la comunidad médica. En cierto modo, el gesto teórico-metodológico que estoy proponiendo sería inverso al desplegado por Latour y Wooglar (1986) en su etnografía sobre el trabajo en los laboratorios. De esta manera, si estos últimos procuraron desnaturalizar aquello que parece pertenecer al ámbito de la naturaleza pura, yo me propuse naturalizar aquello que aparece a priori desnaturalizado por su fuerte inscripción en el mundo de la cultura.

En este sentido, este trabajo se inserta en el marco de lo que podríamos denominar una sociología del conocimiento médico (Berg, 1992; Atkison, 1995; Latimer et. al., 2006). Las implicancias de este enfoque son claramente explicitadas por Atkinson en su libro “Medical Talk, Medical Work” (1995). En esta obra, basada en una etnografía del trabajo cotidiano desarrollado en distintos servicios de hematología, el autor inglés esgrime una crítica a una serie de dicotomías que estructuraron y delimitaron el campo de producciones de las ciencias sociales acerca del mundo médico: “disease/illness; biology/culture; signs/symptoms; professional/lay; medical/sociological” (Ibídem.: 23). Según afirma, la mayor parte de las publicaciones tomaron

como territorio de sus indagaciones los fenómenos que recaerían en el segundo término de las dicotomías, dejando de lado la exploración de aquello que por pertenecer al ámbito de la “naturaleza” parecería ser un terreno exclusivamente médico. En este marco, coloca el foco de su indagación en las interacciones expertas desplegadas en el marco de una organización médica, con el objetivo de identificar “how the facts of medically defined disease are produced and shared between medical practitioners and others; how they persuade one another of the facts of the case; equally, how they construct the case itself” (Ibídem.: 5).

Inspirado en esta lectura internalista (Lemieux, 2018) del conocimiento médico, es que me propuse indagar la literatura médica sobre cirugía plástica. La asunción a partir de la cual partí es que, al igual que cualquier otra especialidad nascente, sus promotores despliegan una serie de evidencias médicas orientadas a definir un ámbito problemático y a delimitar su terreno de expertise. En los próximos apartados, veremos el tipo de evidencia desplegada por los cirujanos plásticos para dar una definición médica de un problema en apariencia mundano, pero también podremos constatar la relevancia que asumen las pruebas acerca de la eficacia de estas prácticas para dar cuenta del valor terapéutico de la cirugía estética. En pocas palabras, veremos que el “diagnóstico” y la “cura” aparecen como dos momentos indisociablemente ligados de la principal unidad de análisis movilizadas para esta tesis: las narrativas de casos de cirugía estética, en las que aparece desplegada la experiencia problemática de “ser” y “tener” un cuerpo en sociedad.

4.1. La cura narrada

Como señalé al inicio del apartado anterior, sólo bastó una lectura superficial del corpus empírico para encontrar aseveraciones acerca del valor psicológico y económico de la cirugía estética. La lectura reiterada y atenta, por su parte, me llevaron a encontrar un patrón que se vinculaba más a la estructura que al tema abordado en el discurso médico (Riessman, 2008). Más concretamente, identifiqué que los relatos de casos de pacientes operados, presentaban una estructura narrativa básica organizada temporal y secuencialmente en la identificación de un problema (un “antes”) y su resolución (un “después”). Había dado, finalmente, con la principal evidencia presentada por los cirujanos plásticos y con una manera de analizarla.

Antes de pasar a examinar las particularidades que presentan estas narrativas de casos, cabe destacar que emergen como una suerte de muestra a pequeña escala de los problemas que acarrea

ser y tener un cuerpo en sociedad en el marco de los procesos de modernización económica y social. Esto último, no constituye una interpretación sociológica de segundo grado, sino que aparece claramente articulado en las narrativas de cambio histórico producidas por los propios cirujanos. Entre estos cambios que dan lugar a los problemas modernos, cabe mencionar: el armamento moderno utilizado en las guerras y la emergencia de heridas sin precedentes; la industrialización y el incremento de los accidentes de trabajo; la competencia exacerbada en el mercado de trabajo; la emergencia del cinematógrafo y la exhibición a gran escala del rostro de los artistas; la feminización de la vida pública y la creciente visibilidad del cuerpo de las mujeres; la reforma antes que la punición del comportamiento desviado en el marco de la escuela y la cárcel. La cirugía plástica emerge, en este marco, como una solución moderna ante problemas modernos.

Ahora bien, es en este escenario de cambio histórico, en el cual se desarrolla el drama que los cirujanos plásticos construyen y presentan ante los ojos del lector: hay personas que sufren por el hecho de ser y tener un cuerpo defectuoso. Señalo que los cirujanos construyen estas narrativas, para resaltar el carácter artefactual y performado de estos hechos médicos. En otras palabras, a través de las narrativas médicas no disponemos de un acceso directo a los sucesos acaecidos en el devenir de estos casos, sino más bien de un ensamblado de sucesos recogidos, interpretados, seleccionados y organizados por los profesionales médicos para sostener una idea en el marco de una publicación experta (Smith, 1974; Atkinson, 1997; Atkinson y Delamont, 2006). Las narrativas son, en este sentido, “narraciones de narraciones” en las que “the patient’s story is encapsulated and retold in the physician account of the process of disease in this one individual. The act of telling the medical history is likewise a redaction of the patient’s own presentation” (Hunter, 1991: 51).

En la construcción de esta visión procesual y fabricada de los hechos médicos, tuvieron un papel fundamental una serie de trabajos que toman como objeto la producción del saber médico y el lugar que ocupa la experiencia de los pacientes. Dentro del universo de producciones de corte historiográfico, podemos ubicar todos aquellos trabajos que se ocupan de analizar las transformaciones en las formas de producción del saber médico y los desplazamientos que estas implican en las formas de entender la enfermedad. Según argumentan estos trabajos, el advenimiento del hospital moderno y el desarrollo de tecnologías de examen médico entre mediados y fines del siglo XIX, dio lugar al desarrollo del modelo biomédico. Su principal característica, es la progresiva subsunción y supresión de la experiencia del paciente, en favor de

la construcción de una mirada objetivista que entiende la enfermedad como un estado situado en el interior del organismo y que solo la mirada experta puede revelar (Foucault, [1975] 2012; Jewson, 1976; Reiser, 1978).

El abordaje biomédico de atención de la enfermedad, también constituye una fuente de preocupación de las disciplinas sociales abocadas al análisis de procesos más contemporáneos. Focalizado en los trabajos sobre narrativas, y siguiendo el esquema de división propuesto por Hydén (1997), es posible sostener que la mayor parte de las investigaciones se focalizan en la “enfermedad como narrativa”. Más precisamente, se orientan a indagar y revalorizar la experiencia de los pacientes. Remarcan el papel que las narrativas cumplen en la reconstrucción de una trayectoria fracturada por la irrupción de la enfermedad (Bury, 1982, 2001; Williams 1984; Charon, 1986) y en conferirle un sentido a un sufrimiento que de otra manera aparecería desarticulado e invisible a la mirada biomédica (Kleimann, 1988; Good, 1993).

Otro tipo de trabajos colocan la mirada en las “narrativas acerca de la enfermedad”, centrándose principalmente en el proceso de reducción de la experiencia de los pacientes a los marcos impuestos por el saber biomédico. De este modo, es la asimetría que caracteriza la dinámica de intercambio entre médicos y pacientes (Waitzkin, 1991; Clark y Mishler, 1992) y su posterior transformación en un registro médico escrito (Barret, 1988) lo que daría lugar a las narrativas biomédicas. En un contundente artículo sobre estas últimas, Anspach (1988) desglosa sus características principales, entre las que se destacan la “despersonalización” (la separación de los procesos biológicos de las personas) y el uso de “account makers” (que enfatizan la subjetividad del relato de los pacientes utilizando comillas).

Lo dicho en último término me lleva a introducir el segundo comentario, referente a las particularidades de las narrativas en cirugía plástica con respecto al modelo biomédico. En este sentido, cabe destacar que la distancia que este discurso pretende introducir con respecto a la experiencia subjetiva de los pacientes parece desdibujarse. En ocasiones, tal como es el caso de las “cartas de agradecimiento” reproducidas en la literatura médica, la mediación parece reducirse a su mínima expresión: la voz de los pacientes opera como un testimonio directo del padecimiento previo a la intervención y de los cambios positivos experimentados después de la operación quirúrgica. Pero incluso en las narrativas médicas, la dimensión experiencial de ser y tener un cuerpo en sociedad asume un primer plano. En este sentido, lejos de despersonalizar al realizar una aproximación objetivista al defecto estético, el cuerpo defectuoso aparece como una textura

abierta a la mirada de los “otros” y la persona defectuosa como alguien que padece las consecuencias de esa mirada.

Cabe destacar que esta manera de aproximarse al problema de los pacientes, no es exclusivo de la cirugía plástica. De hecho, pueden identificarse varias producciones académicas que identifican el despliegue de marcos que exceden la mirada biomédica en diferentes momentos históricos y especialidades. De esta manera, a partir del análisis de manuales de clínica médica, Armstrong (1984) identifica el progresivo desplazamiento del modelo biomédico en favor de una mirada que incorpora el punto de vista del paciente y que problematiza la enfermedad en términos sociales. Por su parte, mediante técnicas etnográficas y de análisis del discurso, distintos trabajos reponen la multiplicidad de marcos a partir de los cuales algunas especialidades interpretan el discurso de los pacientes y definen un curso de acción. De esta manera, junto al enfoque clínico clásico fundado en la identificación de signos corporales objetivos de la enfermedad, estos trabajos identifican marcos en los que la experiencia, la psicología y el entorno de los pacientes adquieren relevancia en la configuración y la gestión de casos (Peräkylä A., 1989; Silverman y Bloor, 1990; Baszanger, 1992; Dodier, 1994; White, 2002).

En suma, las diversas producciones en torno a la construcción de narrativas médicas, me brindaron herramientas teóricas centrales para abordarlas como evidencia producida por los cirujanos plásticos en las que la experiencia problemática de los pacientes ocupa un lugar central y en las que la cirugía estética opera como punto de inflexión en sus trayectorias. En este marco, no sólo muestran un escenario problemático en el que los defectos dan lugar a la “enfermedad”, sino que también exhiben el valor curativo de la cirugía estética en tanto muestran el desenvolvimiento pos operatorio de los pacientes. En otras palabras, las narrativas muestran a estas prácticas como el punto de pasaje de la “fealdad” a la “normalidad”, de la “reclusión” a la “apertura”, de la “tristeza” a la “alegría”, de la “pobreza” a la “riqueza”, etc. Este contraste también apareció replicado en otro de los insumos centrales de la tesis, donde la estructura narrativa también se hace presente: las fotografías de casos en cirugía estética.

4.2. La cura en imágenes: fotografía en cirugía plástica

Resultaba tentador, ante la profusión de imágenes presentes en las publicaciones médicas, utilizarlas como materiales ilustrativos que apelando a los sentidos realizara e hiciera más atractivos

ciertos argumentos de la tesis. Otra posibilidad, era realizar interpretaciones de segundo grado sobre estos materiales, dilucidando sentidos históricos ocultos en las imágenes en blanco y negro impresas sobre el papel. Aunque no descarté completamente estas vías, la constatación de que las fotografías se presentaban usualmente por pares y que representaban temporalmente el “antes” y el “después” de la cirugía me persuadió de que constituían otra manera de narrar los casos. En este marco, al igual que las narrativas escritas, me aboqué a la tarea de realizar una lectura internalista de estas fotos al concebirlas como otra de las evidencias que los cirujanos plásticos desplegaban para dar cuenta del valor terapéutico de sus prácticas.

Esta manera de concebir los registros, me colocaron una vez más en línea con las producciones que orbitan en torno a la sociología de la ciencia. Particularmente, aquellos trabajos que toman por objeto las representaciones visuales de objetos de la naturaleza. Con el ojo puesto en los procesos de consolidación de la evidencia, sus autores procuran identificar la organización disciplinaria de las actividades de producción de visibilidad, el carácter aprendido y negociado de las interpretaciones, y las prácticas destinadas a presentar estos productos al escrutinio de los pares (Lynch, 1985; Amman y Cetina, 1988; Lynch y Wooglar ed., 1990).

En el área propia de las ciencias médicas, se destaca el trabajo de Pasveer (1989), abogado a estudiar la historia de la introducción de las imágenes producidas mediante Rayos X al universo de prácticas diagnósticas. Según afirma, la interpretación de estas imágenes requirió de la consolidación de prácticas y saberes expertos destinados a transformar la confusión de las sombras en “representaciones de la realidad” sobre el interior del organismo. Un enfoque similar es el seguido por Yoxen (1990) en su análisis acerca de la producción e interpretación de las imágenes médicas generadas por ultrasonido. En este texto, afirma lo siguiente: “Nature is rendered in ways that accentuate certain features of interest. It is imaged, in a transitive sense, by operations on it. For such images to be relied on as evidence, there must be general agreement as to their value and reliability, and there must exist a set of procedures for generating them” (Yoxen, 1990: 282).

Al igual que las imágenes por Rayos X y por ultrasonido, las fotografías de casos de cirugía estética constituyen registros médicos con pretensiones de objetividad. Esta última, se funda en el rechazo a un montaje que falsifique intencionalmente el relato visual del cambio y en la estandarización de las técnicas de producción específicas a este tipo de género. Respetar estos criterios, asegura no solamente la comparabilidad entre los distintos registros de casos, sino que también resulta esencial para asegurar una comparación fidedigna entre el “antes” y el “después”

de la cirugía. En pocas palabras, para constituir evidencia con pretensiones de validez científica, la fotografía requiere ajustarse a las convenciones de producción (Lynch, 1985) históricamente consolidadas por la comunidad de cirujanos plásticos.

Representaciones mudas de un tiempo pasado, estos registros dejan algunos rastros posibles de ser interpretados sociológicamente, pero fundamentalmente hablan a través de la voz de los propios cirujanos plásticos. Predominante en la interpretación de las fotografías, es indudablemente la exhibición del “antes” y el “después” en términos del resultado estético obtenido. La centralidad de esta dimensión responde a la importancia que asume la visibilidad de los resultados en esta rama quirúrgica, donde el cambio en la apariencia corporal viene a certificar la eficacia de determinada técnica en manos de determinado operador. Sin embargo, lejos de limitarse a objetivar la corrección morfológica efectuada, en muchas ocasiones los cirujanos se focalizan en el cambio en la gestualidad del rostro y de las posturas corporales en tanto signos que externalizan cambios en la vida interna de los pacientes operados. En este marco, miradas y posturas corporales son enfatizadas en el discurso médico como evidencias del papel redentor de la cirugía estética.

Según hemos visto hasta aquí, las fotografías constituyen dispositivos de representación visual que, para ser movilizadas como evidencia, requieren de una estabilización en las convenciones de producción de los registros y el despliegue de una actividad interpretativa fundada en una teoría médica acerca de las formas de sentir de los portadores de defectos estéticos. Producción e interpretación de los registros aparecen subsumidos en una estructura narrativa que, organizada temporalmente, procura dejar sentado el valor terapéutico de la cirugía estética. No obstante, más allá de estos cuerpos que hablan de la cura a través de la gestualidad, es importante no perder de vista que el objetivo central de muchas fotografías es mostrar correcciones estéticas *per se*. Más específicamente, exhibir “tipos de defectos” antes que “personas defectuosas” y la eficacia de determinadas técnicas para obtener buenos resultados estéticos desde un punto de vista médico. Este retorno a la técnica y a la estética corporal objetivada a través de categorías del pensamiento médico, serán materia de las páginas que siguen.

5. El cuerpo irreductible

Aunque consideraba que había logrado avances sustanciales al identificar en las narrativas escritas y visuales un punto de acceso privilegiado a la construcción de la evidencia médica, tenía la sensación de permanecer en la periferia de la literatura médica. Cuando digo periferia me refiero a que, en buena parte de las publicaciones, las referencias a los beneficios de la cirugía estética se sitúan en las primeras páginas dedicando el resto del trabajo a cuestiones vinculadas con la técnica quirúrgica. En este marco, corría el riesgo de reproducir en el uso de estos materiales, la división de territorios disciplinares más arriba mencionada: la cultura para los sociólogos, la técnica para los cirujanos. Con esto, no pretendo sostener que los trabajos sobre historia de la cirugía estética producidos por sociólogos e historiadores, hayan obviado esta materia. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el abordaje se reduce a una reconstrucción histórica sucinta en la que la asepsia, la antisepsia y la anestesia tienen un rol protagónico. Indudablemente, la lucha contra la infección y el dolor fueron fundamentales para ampliar el campo de indicaciones quirúrgicas, pero es un proceso que no cuenta nada específico acerca del devenir técnico de la cirugía estética propiamente dicha.

La disciplina con la que estamos lidiando tiene una particularidad que la diferencia del resto de las especialidades quirúrgicas: realiza maniobras de corte para mejorar la estética corporal. En este marco, aunque cada cual evalúa la eficacia de una práctica médica según los parámetros de su tiempo histórico, difícilmente cirujanos y pacientes se hubieran embarcado en esta empresa si para modificar un defecto menor debían pagar el tributo de una cicatriz visible. En otras palabras, podríamos decir que el cuerpo narrado es una materia maleable discursivamente, pero que en la materialidad de sus tejidos impone resistencias (Lemieux, 2018) a la maleabilidad del bisturí. Ocultar o disminuir las cicatrices, por lo tanto, constituyen una preocupación omnipresente en la literatura médica y el eje en torno al cual gravitan buena parte de los desarrollos técnicos en la historia de la especialidad (Mimoun, 2006).

Ahora bien, aunque la técnica colabore en el ocultamiento y la minimización de las cicatrices, la resistencia se hace presente en el dominio siempre parcial sobre el cuerpo biológico. En este sentido, se puede ejecutar una técnica quirúrgica impecable, pero no siempre resulta posible anticipar si una cicatrización viciosa malogrará el resultado de la cirugía. Esta resistencia de la biología humana a la manipulación externa, también ocupará un papel central en la historia de la cirugía estética. Particularmente, en lo que refiere no ya a las maniobras quirúrgicas, sino más bien a los materiales y a las sustancias de inclusión utilizados como soporte y como relleno.

Elocuente en este sentido, es la larga historia de experimentación con sustancias y materiales para el aumento del busto femenino, cuyo desarrollo está marcado por fracasos y desenlaces fatales (Jacobson, 2000). El advenimiento de las prótesis rellenas de gel de silicona a comienzos de la década del 60', permitiría la consolidación (plagada de controversias) de las cirugías de aumento mamario.

Según vemos, incorporar técnicas y tecnologías en esta historia de la cirugía estética, constituye mucho más que un ejercicio de erudición destinado a rellenar las lagunas presentes en las producciones académicas que me precedieron. Más bien, tiene el papel fundamental de ponernos en guardia frente a los modelos de explicación que ponen un énfasis exclusivo en los factores socio-culturales para dar cuenta del auge de determinadas prácticas de embellecimiento. Asumiendo esta perspectiva, podríamos conjeturar que el pasaje de la nariz a los pechos que se registra estadísticamente en Argentina durante el último tercio del siglo XX, responde a una moral sexual más laxa y a la liberación del cuerpo femenino. Aunque esta hipótesis es perfectamente factible, es posible que la demanda de aumento de busto haya precedido a su consolidación efectiva, y que esta haya tenido lugar como consecuencia del consenso inestable en torno a la inocuidad y resistencia de las prótesis mamarias rellenas de gel de silicona.

Irreductible biológicamente, el cuerpo también lo es culturalmente. No sólo porque la definición de lo "normal" y lo "patológico" constituye un territorio de eternas disputas históricas (Foucault, 2007), sino particularmente por tratarse de una especialidad abocada a una materia tan opinable como la estética corporal. En otras palabras, trabaja sobre un cuerpo visible y social, que desborda sentidos y suscita sentimientos. En línea con ello, en la literatura médica se movilizan saberes, prácticas y dispositivos destinados a transformar el cuerpo social en un objeto de cognición y de intervención médica (Neto y Caponi, 2007). En estas producciones, la historia está a la orden del día para marcar las variaciones en los ideales de belleza, pero también para establecer la consumación de estos ideales en los cánones de belleza clásicos. No obstante, lejos de impulsar una rectificación indiscriminada de determinados sectores anatómicos para ajustarlo a estos ideales, los cirujanos sugieren una aproximación global y particularizada al cuerpo de los pacientes.

La imagen que surge del párrafo anterior, contribuye a introducir ciertos matices a las aproximaciones académicas y del sentido común sobre la hegemonía de los estereotipos de belleza. Según estas perspectivas, la cirugía plástica no sería más que otra instancia de reproducción

maquinal de los ideales imperantes en determinado período histórico. Sin embargo, aunque imbuida de definiciones normativas acerca de la belleza, la literatura médica establece sus propias definiciones y procedimientos expertos para establecer qué es un defecto y según qué criterio estético corregirlo. En otros términos, no son “idiotas culturales” (Garfinkel, 1967) carentes de reflexividad y de control sobre sus prácticas, indistinguibles de la masa de “idiotas culturales” que acuden a su consultorio. Por el contrario, son profesionales médicos que aspiran a imponer su propio criterio estético experto, pero que deben lidiar con personas que disponen de sus propias percepciones y anhelos en materia estética. A explorar esta división entre expertos y pacientes, y sus importantes implicancias para la construcción del objeto de estudio, dedico el próximo apartado.

6. De la medicalización a la indicación en cirugía estética

Como señalé más arriba, las narrativas escritas y visuales de casos en cirugía estética constituyeron la principal materia prima a partir de la cual analicé la construcción de evidencia médica acerca del valor terapéutico de estas prácticas. Sin embargo, aunque también presentaban una estructura narrativa, había una serie de relatos de casos que no se acomodaban a este planteo. La particularidad de estas narrativas, es que no exhibían los éxitos de estas intervenciones, sino más bien los fracasos. La pregunta que surgía a partir de este material era la siguiente: ¿cómo se acomodan las narrativas de fracaso a un discurso médico que aspira a conferir legitimidad médica a un conjunto de prácticas aparentemente despojadas de finalidad terapéutica? Para comenzar a responder a esta pregunta resulta pertinente señalar que, en la mayoría de los casos, la atribución de responsabilidad (Holstein y Miller, 1990) sobre estos fracasos no recae sobre los cirujanos, sino sobre los pacientes.

Dichos pacientes, presentan una serie de características morales contrapuestas a las virtuosas víctimas que la cirugía estética viene a redimir: no son razonables, no son meritorios y no son agradecidos. Por el contrario, suelen ser personas que ven defectos donde no los hay, que solicitan cambios estéticos insólitos o irrealizables, y que son exigentes hasta la distorsión en la percepción de los resultados de la cirugía. Asimismo, son personas acomodadas y acomodaticias. Son ricas, pero carecen de la templanza moral que da la lenta acumulación de riqueza, tornándolos materialistas y caprichosos. Son fracasados y pobres, pero no por su defecto estético, sino porque

se refugian en este para disfrazar su inherente falta de voluntad para el progreso. Por último, al no ver realizadas sus trastornadas expectativas de cambio estético y socio-económico, achacan sus propias frustraciones sobre las espaldas de los cirujanos y generan situaciones conflictivas. Son, en pocas palabras, pacientes problemáticos a los que conviene no operar.

Sin dudas, en aras de la coherencia, podría haber dejado de lado estas narrativas que irrumpían en el tono de optimismo y progreso que prevalece en esta literatura médica. La otra alternativa, era disponer este material bajo la rúbrica de la retórica profesionalista: los cirujanos lavan públicamente sus culpas, desligándose de la responsabilidad de sus propios fracasos. Sin embargo, una relectura de estos materiales a la luz de algunas producciones académicas de corte etnográfico, me ayudaron a entender que había caído una vez más en la trampa de la interpretación externalista. Hasta entonces, había considerado las narrativas y las publicaciones médicas como artefactos culturales destinados a terceros: representaciones de los hechos destinados a probar ante el escrutinio de la comunidad médica, los jueces y el gran público el valor terapéutico de estas prácticas. Lo que había pasado por alto, era un hecho más que evidente, pero que la ceguera en mis hábitos de interpretación sociológica había mantenido en las sombras. Lo que tenía entre manos era, en buena medida, literatura producida por cirujanos plásticos para cirujanos plásticos. Eran manuales, artículos especializados y ponencias en congresos de cirugía plástica destinadas difundir avances entre los pares y a educar a los aspirantes en los rudimentos de la disciplina.

En este marco, las narrativas de éxitos y fracasos adquirieron un nuevo cariz. En primer lugar, pasé a considerarlas como instrumentos pedagógicos, destinados a socializar a los cirujanos en las formas del pensamiento médico y a transmitir un conocimiento práctico sobre el ejercicio de la especialidad. Esta manera de concebir los relatos, se encuentra en línea con lo sostenido por Hunter (1991) y Atkinson (1995), que en sus etnografías en contexto de educación hospitalaria pudieron constatar que la formulación de casos bajo una forma narrativa constituye el principal instrumento de producción y reproducción del conocimiento médico. Según afirman, la pervivencia de este antiguo arte de narrar en el marco de la medicina contemporánea, responde al hecho de que permiten operacionalizar principios de pensamiento abstracto. De esta manera, tal como señala Hunter (1991): “Although it draws on the principles of the biological sciences and owes much of its success to their application, medicine is (as it always has been) a practical body of knowledge brought to bear on the understanding and treatment of particular cases” (Hunter, 1991: 8).

En segundo lugar, comprendí que lo que estos instrumentos pedagógicos intentaban transmitir, eran categorías del pensamiento práctico destinadas a establecer en qué casos operar y en qué casos no operar. En la iluminación de este aspecto de la actividad médica, tuvieron un papel fundamental una serie de investigaciones etnográficas sobre el trabajo en los servicios de emergencia médica. Según los autores, estos servicios se caracterizan por una afluencia indiscriminada de pacientes, lo que conduce al personal de atención a movilizar clasificaciones morales para establecer una jerarquía en los cuidados y mantener el orden institucional (Roth, 1972; Jeffery, 1979; Dingwall y Murray, 1983). Al igual que el personal de emergencia, los cirujanos establecen una categorización entre “buenos” y “malos” pacientes, sólo que lo hacen a posteriori y con vistas al resultado de sus prácticas. Más precisamente, como cirujanos que ya transitaron una especialidad en el proceso de hacerse, intentaron dejar plasmado en letra vívida que el éxito de la cirugía depende de una evaluación integral y una buena selección de los candidatos a la intervención.

La centralidad de la categorización y la selección de pacientes entre los cirujanos plásticos se torna palpable examinando algunas investigaciones sociológicas contemporáneas sobre la materia. Entre ellas, podemos destacar el libro “Surgery Junkies” de Pitts-Taylor (2007) que, entre otras cosas, muestra la patologización de determinado perfil de la demanda que surge del discurso de los cirujanos plásticos y psiquiatras que entrevistó para su investigación. Para el contexto francés, Le Hénaff (2013) aborda la categorización de pacientes a partir de entrevistas en profundidad a especialistas en cirugía plástica, mostrando que estos últimos suelen tener una visión negativa de los pacientes de género masculino en tanto sospechan de la presencia de alguna patología psiquiátrica y eluden intervenirlos movilizando distintos pretextos. A una constatación similar arriba Carpigo (2016) que, enfocada en los malentendidos que atraviesan la relación médico-paciente en cirugía estética, describe el proceso de evaluación y selección de los candidatos a la cirugía que surge del discurso de los especialistas franceses.

A la luz de este giro interpretativo, el corpus empírico comenzó a tomar otra consistencia y la categoría de “medicalización” comenzaba a hacerse cada vez más estrecha. Lo que tenía entre manos, no solamente me permitía establecer el proceso de transformación de un problema no médico en un problema médico. Sino que también tenía acceso a un recuento histórico y micro-sociológico de las prácticas en terreno, de las incertidumbres que las atraviesan y los saberes puestos en juego para dominarlas. Desde ya que, al menos formalmente, la perspectiva de la

medicalización da lugar a una exploración a nivel interaccional, a la resistencia de los pacientes y a la reversión de estos procesos (Conrad, 2005; Halfmann, 2012). Pero dentro de esta perspectiva, todo se reduce a determinar si determinada condición es definida como médica o no, dejando en la sombra el carácter práctico y situado de los saberes médicos. Retomando el ejemplo anterior, la medicalización permitiría responder a la pregunta de por qué estos cirujanos operan, pero no a la cuestión acerca de cómo determinan a quién operar y a quién no operar. Para dar cuenta de estas dos dimensiones indisolublemente ligadas, es que opté por utilizar el término indicación, en tanto consideré que me permitía reponer la dimensión práctica y procesual presente en la literatura médica examinada.

A tono con el foco puesto en la dimensión práctica de la literatura examinada, es que también pude resignificar el papel de las fotografías en cirugía plástica. Fue a partir del hallazgo de algunas fotografías de casos en el archivo periodístico consultado y el hecho de acceder a una tesis en que las fotos aparecían pegadas sobre el papel, que entendí que estaba frente a imágenes reproducibles técnicamente y fáciles de transportar (Benjamin, 1979). De esta manera, ya no sólo eran imágenes capaces de reflejar el cambio estético, psicológico y económico que conlleva este tipo de cirugías. También eran imágenes que circulaban y eran capaces de resignificarse en función de su contexto de uso: propaganda de guerra, manifiestos anti-belicistas, movimientos de deformados del rostro, museos, notas periodísticas, publicidad y el propio consultorio de los cirujanos plásticos (Panchasi, 1995; Lyford, 2000; Reznick, 2004; Callister, 2007; Helmers, 2010; Biernoff, 2011; Pichel, 2016). En este último contexto, la fotografía constituye el ejemplo por excelencia de una serie de dispositivos de coordinación (Callon, 2014; Karpic, 2010) puestos en juego por los cirujanos en los momentos anteriores y posteriores al proceso de interacción con los pacientes. El archivo de fotografías de casos previos, permite que los pacientes se hagan una idea de cuál será el resultado. La fotografía de los propios pacientes, sirven para planificar la intervención y operan como terceros “imparciales” en la resolución de disputas en caso de disconformidad con el resultado estético obtenido.

En suma, con la pregunta acerca de cómo se construye la indicación médica en cirugía estética, me propuse entender no sólo cómo estas prácticas adquieren legitimidad en el mundo médico. Sino también, entender cómo es que estas prácticas al hacerse en el papel, procuran transmitir técnicas quirúrgicas, procedimientos de examen diagnóstico, una moral médico-práctica, criterios de categorización y selección de pacientes, dispositivos de coordinación, etc. En

otras palabras, procuré construir una aproximación micro-sociológica de las fuentes con la pretensión de mostrar que la literatura médica constituye un reservorio de experiencias y aprendizajes, que aspira a institucionalizar formas de ser y de hacer en cirugía plástica para las generaciones venideras (Barthe et. al., 2019).

7. Relación médico paciente

La idea de una indicación médica en cirugía estética es, a todas luces, contra intuitiva. El imaginario popular en torno a estas prácticas, es que los cirujanos estéticos no son más que comerciantes de la medicina, que explotan a pacientes vulnerables para extraer rédito económico o que responden sin más a las extravagantes demandas de una clientela perturbada. Buena parte de las producciones académicas sobre cirugía estética, van en este sentido. Según esta perspectiva, la cirugía estética constituye la expresión por excelencia del consumismo posmoderno, en el que personas sacudidas por la incertidumbre económica y la cultura de las celebridades gestionan individualmente el riesgo invirtiendo en sus propios cuerpos (Elliot, 2008). Asimismo, estas prácticas constituirían la expresión más elocuente de la penetración del comercialismo en la medicina, en el que los cirujanos plásticos generan una demanda por estos procedimientos a través de la publicidad (Conrad y Leiter, 2004) y ceden su autonomía experta en un contexto caracterizado por una competencia exacerbada en el mercado de cirugía estética (Sullivan, 2004).

La presente tesis, tiene por objetivo matizar esta imagen. No sólo porque muestra los principios que rigen la construcción del diagnóstico, la categorización y la selección de pacientes en la especialidad. Sino también porque procura examinar la indicación médica en relación a las demandas y las expectativas estéticas de los pacientes. Para abordar este punto, escasamente explorado en la literatura sociológica sobre cirugía plástica (Parker, 2009; Carpigo, 2016), disponía de tres modelos teóricos acerca de la relación médico-paciente (Brown et. al., 2013). En primer lugar, el modelo paternalista (Parsons, 1951) que supone autonomía del médico en la indicación y aceptación pasiva del paciente. En segundo lugar, el modelo del paciente consumidor (Reeder, 1972; Lupton et. al. 1991; Lupton et. al., 1997; Light, 2000; Henwood et. al, 2003) en el que este último dispone de dinero e información para decidir y el médico cede su autonomía para responder a las demandas del cliente. En tercer lugar, el modelo de la cooperación o co-producción (Charles

et. al. 1999; Shutzberg, 2021), que implica diversos grados de participación del paciente en el tratamiento a los efectos de conseguir una atención focalizada en las particularidades de su caso.

En la presente tesis, propongo un modelo alternativo para aproximarme al vínculo médico paciente en cirugía estética. Desde ya, no pretendo sugerir que sea el único modelo, ni tampoco el dominante. Más bien, sugiero una clave interpretativa que trascienda la oposición entre autoridad experta y participación del paciente, procurando mostrar la complementariedad entre ambas dimensiones. De esta manera, siguiendo la vía traza por Eyal (2013), exploro la larga historia de las prácticas y dispositivos de coordinación presentes en la literatura médica con la pretensión de entender cómo estos especialistas aspiran a gestionar el deseo y las expectativas de transformación estética de los pacientes. Según veremos, aunque dichas prácticas y dispositivos suponen una apertura a la participación del paciente en el proceso decisorio y cierto grado de expertización de las consumidoras (Pecheny et. al., 2002), lo cierto es que dicha implicación contribuye a que el cirujano eduque la mirada del paciente, gane su asentimiento y disponga de la posibilidad de movilizar el consentimiento pretérito para atribuirle la responsabilidad de los resultados (Holstein y Miller, 1990). Siguiendo esta perspectiva, la medicalización no se produciría mediante la imposición desde arriba de una autoridad experta, sino a partir del involucramiento y el asentimiento de los propios pacientes.

8. Organización de la tesis

La tesis se estructura en cinco capítulos. En el primero, realizo una reconstrucción del nacimiento y la consolidación institucional de la especialidad en cirugía plástica en Argentina. Comienzo haciendo un breve repaso de las primeras publicaciones sobre la materia entre fines del siglo XIX y principios del XX, para luego abocarme a analizar la incidencia que tuvieron las dos conflagraciones mundiales en el desarrollo y la circulación internacional de la cirugía reconstructiva. En los apartados subsiguientes, coloco el foco en los principales actores y centros especializados que contribuyeron al afianzamiento de la cirugía plástica argentina en el período de entreguerras, abocándome a continuación a analizar el proceso que llevó a la creación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica en 1940 y de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica en 1952. Al cierre, exploro algunas fisuras institucionales que atravesó la cirugía plástica en la década del 70' así como la creación de centros de formación de posgrado en la especialidad.

En los tres capítulos que siguen, movilizo literatura médica y de divulgación sobre cirugía plástica publicado durante la primera mitad del siglo XX, a los efectos de explorar tres tipos de indicaciones: la indicación económica, la indicación psicológica y la indicación estética. En el capítulo 2, me enfoco en la indicación económica de cirugía plástica en distintos grupos socio-ocupacionales: la cirugía reconstructiva de la mano del obrero traumatizado, la cirugía de nariz en actores y actrices de cine, el lifting en las trabajadoras y los trabajadores del sector de servicio. En primer lugar, analizo las narrativas fisio-quirúrgicas que exhiben la rehabilitación funcional y la reintegración al trabajo de los obreros manuales en un contexto caracterizado por la multiplicación de los accidentes a raíz de la incorporación de maquinaria al proceso industrial. En segundo lugar, analizo las narrativas socio-quirúrgicas que escenifican el valor económico de la cirugía estética al permitir el pasaje del teatro al cine de los actores y al conferir una fisonomía adecuada a los trabajadores de servicio. Destaco, asimismo, el papel que ocupa el mérito en la construcción de la indicación económica en cirugía estética. Al cierre, marco la preocupación de los cirujanos plásticos por tornar accesibles estas prácticas, en la medida en que son definidas como necesarias y útiles.

El capítulo 3 me aboco a la indicación psicológica de cirugía estética en distintos grupos de personas y contextos institucionales: la cirugía de orejas en la escuela, la cirugía de nariz durante la adolescencia y la vida adulta en el marco de los vínculos afectivos y laborales, y la cirugía en el rostro de los reclusos. Analizo las narrativas psico-quirúrgicas, que muestran el pasaje de la retracción y el resentimiento a la sociabilidad expansiva de los pacientes, poniendo de relieve el carácter preventivo y terapéutico de la cirugía estética. Según afirmo, la noción de “complejo de inferioridad”, acuñada por Alfred Adler en los primeros decenios del siglo XX, fue clave en la configuración del problema psicológico que la cirugía estética vendría a resolver. Asimismo, según veremos a lo largo de todo el capítulo, las narrativas brindan principios para la clasificación y selección de paciente basada en la relación entre magnitud “objetiva” del defecto y nivel de padecimiento “subjetivo” del paciente.

En el capítulo 4 tomo por objeto la indicación estética, focalizándome principalmente en las rinoplastias (cirugía de nariz). Comienzo por destacar la relevancia de la cirugía endonasal que, al ocultar las cicatrices al interior de la nariz, permitió expandir la indicación de este tipo de cirugías. Acto seguido, realizo una lectura procesual y relacional de las fuentes históricas a los efectos de reconstruir los criterios expertos que rigen la indicación estética en las rinoplastias, así

como las prácticas y dispositivos puestos en juego por los cirujanos para imponerla. Según afirmo, la comunicación y las fotografías ocupan un lugar central en este proceso, al modular las expectativas de los pacientes en las consultas pre-quirúrgicas y al arbitrar la apreciación de los resultados en caso de disconformidad por parte de los operados. Al cierre, procuro analizar una narrativa estética quirúrgica, que muestra la satisfacción desbordante de una paciente al contemplar el resultado de la rinoplastia frente al espejo.

En el capítulo 5 retomo los tres tipos de indicación en la cirugía del busto femenino. Inicio explorando la indicación en la cirugía de reducción de mamas, a partir del análisis de narrativas fisio-quirúrgicas y psico-quirúrgicas. Según veremos, la función y la psicología constituyen aspectos problemáticos indisolublemente ligados al excesivo desarrollo del busto, pero es recién a partir del dominio técnico de estos procedimientos que se amplía la indicación para incluir la segunda dimensión. Acto seguido, me sumerjo en la cirugía de aumento mamario. Comienzo por hacer un recuento del ciclo de ilusión y desencanto que atravesaron los distintos materiales experimentados para agrandar los pechos, hasta arribar a las prótesis de silicona a inicios de la década del 60'. A continuación, indago en torno a la indicación psicológica del aumento de busto, mostrando un viraje a nivel internacional hacia el uso de las estadísticas, así como la preeminencia que asume la intimidad y la sexualidad en la indicación de estas cirugías. Finalmente, desarrollo la historia internacional de los dispositivos de coordinación en materia de aumento mamario, para luego explorar las adaptaciones prácticas que realizan los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos a los efectos de incorporar a las pacientes en el proceso decisorio e imponer la indicación estética en las mastoplastias de aumento.

En el capítulo 6, retomo la vía trazada al inicio de la tesis, para abordar los escándalos contemporáneos en Argentina en torno a las víctimas “de” la cirugía estética (Barbot y Cailbault, 2012), a los efectos de establecer si estamos ante un escenario en el que vuelven a plantearse cuestionamientos en torno al valor terapéutico de estas prácticas. Para responder a esta inquietud, realizo un análisis de las narrativas atroces acerca de las víctimas “de” la cirugía estética en los medios gráficos y audio-visuales argentinos contemporáneos. Estas narrativas organizan y secuencian temporalmente los hechos solo que, en lugar de remarcar los beneficios de la cirugía estética, ponen de relieve el daño económico, psicológico y estético acaecido sobre el cuerpo de las víctimas. Según planteo en este capítulo, aunque la emergencia de estas víctimas abre la puerta a una crítica de estas prácticas en clave feminista, lo cierto es que la exhibición del daño infringido

sobre las víctimas opera como una herramienta pedagógica de mercado destinada a educar a las potenciales pacientes acerca del consumo “seguro” de cirugía estética y contribuye a apuntalar los reclamos jurisdiccionales de los cirujanos plásticos certificados.

En las conclusiones, realizo una síntesis de los principales aportes del trabajo, con la pretensión de destacar la relevancia que asume la noción de indicación médica para realizar una aproximación micro-sociológica, interaccional y procesual de las fuentes históricas. Asimismo, destaco algunos de los aportes teóricos y metodológicos de la tesis a distintas áreas de producción en las ciencias sociales: la relación médico-paciente, el cuerpo, la violencia y el uso de las imágenes como insumo clave en las investigaciones.

Capítulo 1: Historia de la institucionalización de la cirugía plástica argentina



El hombre de lentes y saco claro, parado en el centro de la primera fila en la fotografía (Quaife, 1977: 90), es Archibald McIndoe (1900-1960). McIndoe fue un importante cirujano plástico inglés que despuntó en la actividad a raíz de su desempeño en el tratamiento y rehabilitación de los quemados durante la Segunda Guerra Mundial. La fecha y el lugar de la fotografía son por demás elocuentes: el Hospital Rawson de Buenos Aires en 1952. El servicio de cirugía del Rawson fue una importante escuela quirúrgica argentina, que tempranamente cultivó la cirugía plástica y que en 1939 creó una sección de la especialidad. Allí se formarían importantes cirujanos plásticos argentinos. En el año 1952 se realizó la “Primera Reunión Científica” de la recientemente creada Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACP), en la que Mc Indoe pronunció una conferencia sobre “Reconstrucción total de la cara” y fue nombrado como uno de los miembros honorarios de la entidad. A su paso por Argentina, además de participar de este evento, visitó y realizó demostraciones operatorias en el Hospital Rawson quedando como testimonio la fotografía insertada más arriba.

En este capítulo, me propongo desarrollar la historia de la cirugía plástica argentina, colocando el foco en los principales referentes de la especialidad y en los hitos de la consolidación institucional de la disciplina en nuestro país. Comienzo por explorar las primeras publicaciones en

la materia que datan de fines del siglo XIX y principios del XX, destacando la importancia que asumieron los procedimientos de reconstrucción de nariz. A continuación, hago un recuento de los principales avances que significaron las dos conflagraciones mundiales para el desarrollo de la cirugía plástica y algunos eventos claves que marcan la circulación internacional de conocimientos médicos desde los países centrales a la Argentina.

En los siguientes apartados, ingreso de lleno en la historia de la institucionalización de la cirugía plástica argentina. Comienzo por describir la emergencia de centros especializados en la materia en varios servicios de cirugía de hospitales y la trayectoria de los referentes de dichos centros durante el período de entre-guerras. A continuación, refiero a dos hitos institucionales en la historia de la especialidad: la fundación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica (SLACP) en 1940 y de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACP) en 1951. Al cierre, hago un breve repaso de dos eventos que tuvieron lugar durante la década del 70: por un lado, la creación y posterior disolución de la Sociedad Argentina de Cirugía Estética (SACE); y por el otro, la formación de las primeras carreras de posgrado en cirugía plástica que formalizan el entrenamiento y los requisitos para ejercer como cirujano plástico.

1. Los primeros esbozos de la cirugía plástica en Argentina

La cirugía plástica es una rama de la medicina que, mediante operaciones hechas con la mano o con instrumentos, tiene por objeto modificar la apariencia corporal reestableciendo, en ocasiones, la función del sector anatómico intervenido. Aunque el sufijo “-plastia” fue utilizado por primera vez en 1818 por el cirujano berlinés von Graefe en su monografía “Rinoplastia”, la expresión “cirugía plástica” fue introducida en 1838 por Eduardo Zeis al emplearla como título de un manual sobre la materia. Aunque los límites son laxos, la cirugía plástica involucra dos sub-ramas: la cirugía reparadora y la cirugía estética. La primera suele situarse en el terreno de lo “patológico”, al (re)construir anatómica y funcionalmente defectos físicos congénitos o adquiridos. La segunda rectifica aspectos de la apariencia corporal que caen dentro de la “normalidad” con el fin de realzarlos o embellecerlos. En otras palabras, según el cirujano plástico argentino Correa Iturraspe (1977), la cirugía estética “trata de hacer Adonis (es decir, seres bonitos), mientras que la reparadora, menos exigente, se conforma con hacer Adanes (es decir, seres ‘humanos’)” (Ibídem.: 75).

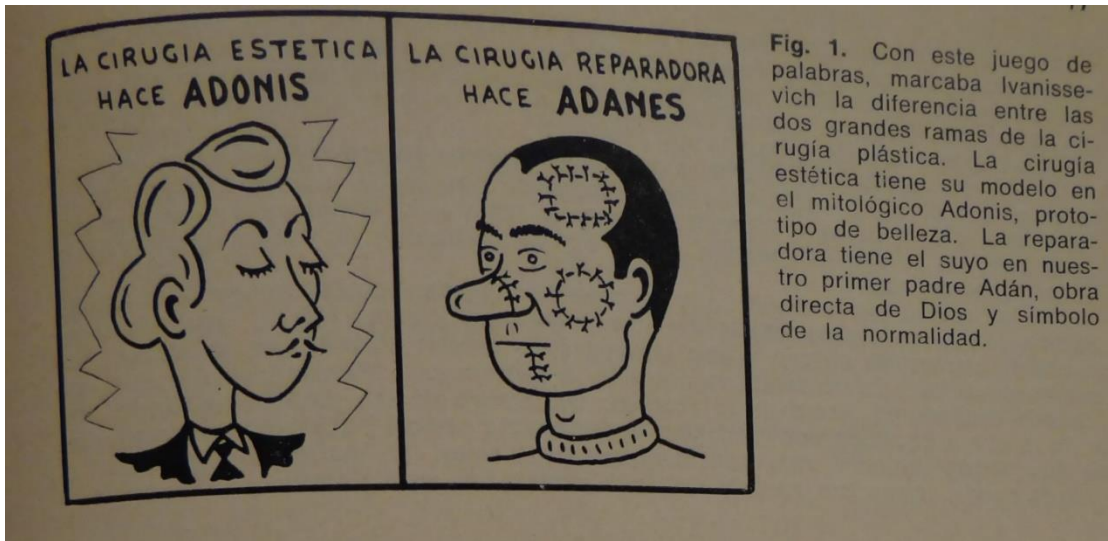


Fig. 1. Con este juego de palabras, marcaba Ivanissevich la diferencia entre las dos grandes ramas de la cirugía plástica. La cirugía estética tiene su modelo en el mitológico Adonis, prototipo de belleza. La reparadora tiene el suyo en nuestro primer padre Adán, obra directa de Dios y símbolo de la normalidad.

Figura 2. Diferencia entre cirugía estética y cirugía reconstructiva según el cirujano plástico argentino Correa-Iturraspe (1977), pág. 75

El antecedente más remoto de este tipo de prácticas suele remitirse a los Sushruta Samhita, compendio de medicina india de alrededor del 600 ac. en el que se describe una técnica de reconstrucción de nariz mediante el uso de un colgajo²¹ tomado de la frente. El desarrollo de este procedimiento, que posteriormente sería conocido como el “Método Indiano”, surgió como una respuesta a la frecuencia con que las autoridades practicaban la amputación de la nariz como castigo ante el adulterio, la delincuencia o la conquista. La siguiente escala de este raudo viaje espacio-temporal, nos conduce a suelo italiano en el siglo XVI, período en el cual se desarrolló un método de reconstrucción de nariz que más tarde se daría a conocer como el “Método italiano”. Aunque la paternidad de la técnica no está clara, suele atribuirse a Gaspare Tagliacozzi (1546-1599) el mérito de haberlo dejado sentado por escrito en la obra póstuma "De curtorum chirurgia" (1597), con 22 grabados que la ilustran. A diferencia del “Método Indiano”, la reconstrucción se realizaba mediante un colgajo tomado del brazo de la persona afectada, cuya extremidad debía permanecer pegada a la zona receptora para asegurar la vascularización del tejido.

En los siglos XVIII y XIX, estos antiguos métodos de reconstrucción de la nariz serían retomados por cirujanos europeos, especialmente ingleses y alemanes. Entre los primeros, destaca

²¹ Un colgajo es un bloque vascularizado de tejido que se moviliza a partir de un sitio donador y se transfiere a otra ubicación, sea adyacente o distante, con fines de reconstrucción.

particularmente la figura de Joseph Constantine Carpue (1764-1848) que, luego de entrevistar a soldados ingleses que habían servido en la India y practicar la intervención en cadáveres, llevó a cabo dos reconstrucciones de nariz que quedaron plasmadas en 1816 en una publicación que llevó por título: “An account of Two Successful Operations for Restoring a Lost Nose, Including Descriptions of the Indian and Italian Methods”. Entre los segundos, resalta Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840), cuya obra da cuenta de la utilización de los métodos descriptos a los efectos de reparar combatientes lesionados durante las Guerras Napoleónicas. A lo largo del siglo XIX, distintos cirujanos europeos irían incorporando y perfeccionando estas antiguas técnicas, añadiéndose en 1830 el “Método francés” de reconstrucción de nariz mediante tejido tomado de la mejilla. A modo de cierre de esta escueta síntesis, podríamos señalar que, aunque se producirían avances en el tratamiento de otras afecciones, la reconstrucción de nariz continuaría dominando el paisaje de desarrollo técnico de la cirugía plástica entre fines del siglo XIX y principios del XX.

Argentina, no fue una excepción al respecto. Las primeras publicaciones en materia de cirugía plástica datan de fines del siglo XIX y principios del XX. Con algunas excepciones, una buena proporción de ellas versan sobre reconstrucción de nariz. La primera data de 1892, y es una tesis presentada por Adolfo D. Mercado para obtener el doctorado en medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (FCM-UBA). Bajo el título “De la rinoplastia sobre aparato de prótesis”, el autor señala la tendencia al aplastamiento de las narices reconstruidas mediante las técnicas disponibles, sugiriendo la incorporación de un armazón de platino que permita dar un sostén al apéndice nasal. En el trabajo, expone el caso de un teniente coronel que perdió parte de la nariz en un duelo, y al que se le intentó llevar adelante una reconstrucción mediante el método italiano en el Hospital Militar de Buenos Aires. La insostenible posición a la que obligaba este método (Figura 3.), hizo que finalmente se reintentara exitosamente la operación mediante la técnica indiana.

La segunda publicación remite a 1910, fecha en la que Pedro Tessone presenta su tesis doctoral “Parafino-prótesis en rinología” en la FCM-UBA. En este trabajo, no apela a las técnicas mencionadas hasta aquí, sino que promueve las inyecciones de parafina²² reblandecida bajo presión con el objeto de corregir las deformaciones nasales producto de traumatismos o de

²² La parafina es un aceite mineral derivado principalmente de hidrocarburos (petróleo) y de otros minerales como el carbón. Puede presentarse en forma sólida o líquida y tiene múltiples aplicaciones en distintas industrias, especialmente la farmacéutica y la cosmética.

procesos infecciosos. Destaca la necesidad de efectuar estas correcciones fundándose en el hecho de que los defectos nasales pueden “impedir la realización de proyectos”, produciendo “alteraciones psíquicas y por ende ideas de suicidio” (Tessone, 1910: 28). Al cierre de la tesis, el autor describe una serie de casos tratados con esta técnica en la Clínica Otorinolaringológica del Hospital de Clínicas a cargo del Dr. E. Obejero. Aunque según Tessone la evolución de los pacientes fue satisfactoria, en unos pocos años la técnica sería completamente descartada por la tendencia de la parafina a desplazarse y a ocasionar graves problemas para la salud.

En 1914 y 1915, se registran otras dos tesis doctorales sobre reconstrucción nasal presentadas en la FCM-UBA. La primera corresponde a Marco Acuña, practicante de la Sala XI del Hospital Rawson. Según afirma en el prólogo, la idea del trabajo surgió al ver por primera vez un procedimiento de este tipo practicada por el Jefe de Clínica en el Servicio, Dr. Enrique Finochietto. En la tesis hace un repaso de los distintos tipos de lesiones y de las técnicas destinadas a repararlas, siendo relevante destacar la referencia a un aparato de contención desarrollado por Finochietto para facilitar la inmovilización que requiere el método italiano. Al cierre, exhibe las técnicas y los resultados obtenidos en cuatro pacientes a los que se les reconstruyó el apéndice nasal entre 1912 y 1913. La autoría del segundo trabajo corresponde a Jorge Basavilbaso, médico practicante del hospital San Roque. En la tesis se orienta a exclusivamente a exponer resultados obtenidos mediante la técnica indiana que, si bien no son perfectos, son preferibles “a un antro fétido y supurante, situado en medio de la cara como sucede en algunos enfermos” (Basavilbaso, 1915: 35) (Figura 4).

Habiendo realizado un repaso somero de la historia de la cirugía plástica argentina entre fines del siglo XIX y principios del XX, conviene hacer un parate en 1914, fecha que daría inicio a la Primera Guerra Mundial y con ella al desarrollo acelerado de la cirugía plástica reconstructiva. A los efectos de facilitar el orden en la exposición, también incluiré en el próximo apartado los desarrollos que tuvieron lugar durante la Segunda Guerra Mundial y seguidamente daré un pantallazo de la importancia de ambas conflagraciones mundiales en la consolidación de la cirugía plástica argentina. Una vez trazada la cartografía de la circulación internacional del conocimiento médico, me abocaré de lleno a exponer el proceso institucionalización de la cirugía plástica argentina que inicia en el período de entre-guerras y finaliza en la década de los 70’.

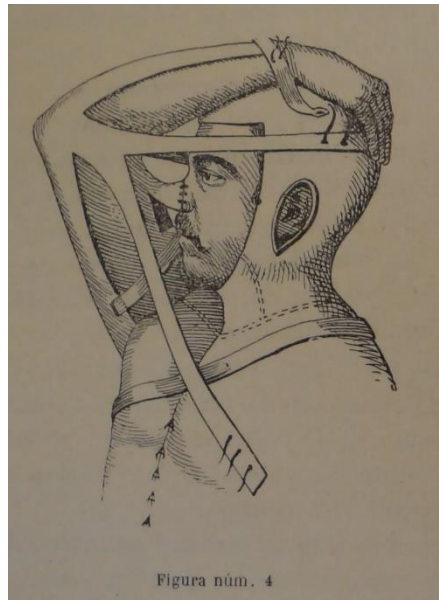


Figura 3: Reconstrucción de nariz mediante el “método italiano” en Mercado (1892), pág. 3

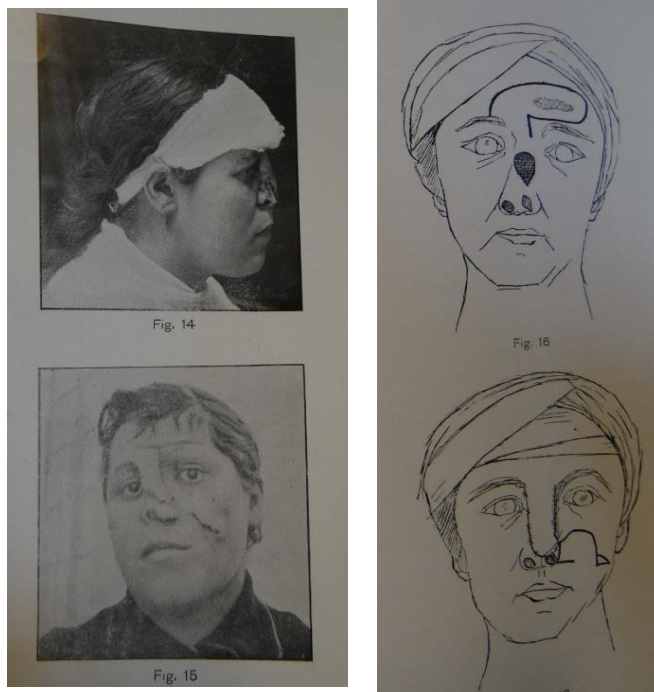


Figura 4: Reconstrucción de nariz mediante el método “indiano” en Basavilbaso (1915), págs. 74-77

2. El desarrollo de la cirugía plástica en la 1era y 2da Mundial

La Primera Guerra Mundial constituyó un evento histórico sin precedentes. No sólo por el volumen de combatientes con secuelas físicas, sino también por el tipo de heridas infligidas sobre sus cuerpos. La literatura académica coincide en destacar que, junto al elevado número de contendientes lesionados en el tronco y las extremidades, el conflicto bélico dejó como saldo una elevada proporción de traumatizados de la cabeza y el rostro²³. Las producciones especializadas en la materia, suelen identificar dos factores que explican esta elevada incidencia: por un lado, la introducción de armamento moderno con un alto poder de destrucción; y por el otro, la guerra de trincheras, cuya profundidad mantenía el torso protegido pero que obligaba a exponer la cabeza y el rostro de los soldados (Long, 2002: 177).

Fue en este escenario en el que se presentó la acuciante necesidad de organizar servicios especializados en este tipo de lesiones, cuya afluencia en volumen y gravedad impulsó el desarrollo de la cirugía plástica maxilo-facial. Sobre este punto, es ilustrativa una comunicación realizada por John Stage Davis ante la Asociación Americana de Cirujanos Plásticos en 1946, donde repasa las implicancias de las guerras mundiales para el desarrollo de la cirugía plástica. Allí señala que, al inicio de la Primera Guerra Mundial, “there were, with the exception of myself, no general plastic surgeons available in the U. S. In France, there was Morestin. In England, no one was trained along this line” (Davis, 1946: 613). Por este motivo, es que los centros que surgieron al calor del conflicto, fueron puestos en manos de cirujanos con escasa formación en la materia que mediante prueba y error dieron lugar a una serie de innovaciones técnicas y organizacionales en materia de reconstrucción del rostro.

Entre otros, suele destacarse el papel del otorrinolaringólogo neozelandés Harold D. Gillies (1882-1960). Este último, impulsó la creación de un centro especializado en Sidcup (Inglaterra) con el propósito de concentrar la atención de estos casos y, de esta manera, hacer posible la consecución de avances técnicos sustanciales (Bamji, 2006). Entre ellos, cabe destacar el desarrollo del tubo pediculado, técnica quirúrgica que facilitó la toma de injertos de piel a distancia (principalmente del abdomen) para sustituir las pérdidas de tegumentos provocados por los

²³ Según estimaciones de distintos autores, alrededor de 500.000 soldados franceses sufrieron heridas en el rostro, de los cuales cerca de 15.000 quedaron con secuelas estéticas y funcionales irreversibles. Por el lado alemán e inglés las cifras son menores, contabilizándose 300.000 casos para el primer país y 60.500 para el segundo (Gehhardt, 2015: 4).

traumatismos en el rostro. El resto de los países implicados en la conflagración mundial, siguieron un patrón de desarrollo similar, pudiéndose destacar los centros que funcionaron en el Hospital Val-de-Grâce de París bajo la dirección de Hyppolite Morestin (1869-1919), el que operó en el Hospital de la Charité en Berlín encabezado por Jacques Joseph (1865-1934) y la unidad norteamericana que funcionó en territorio francés bajo la egida de Varaztad Kazanjian (1879-1974). Sin entrar en un relato pormenorizado del devenir de la cirugía reconstructiva en cada uno de estos países, me gustaría introducir a continuación un fragmento que sintetiza la idea central desarrollada hasta aquí:

Although the provision of care for facially injured soldiers was very limited in 1914, if it existed at all, the creation of medical units specializing in maxillofacial surgery during the course of the conflict bears testimony not only to the great number of cases, but also to the development of 'plastic surgery of the face' [...] These two developments – the growing number of maimed men and the progress in medicine – go hand in hand. (Gehrhardt, 2015: 5)

Cabe destacar que, si bien estos centros especializados se pusieron en funcionamiento en respuesta a las demandas inmediatas que planteaba la guerra, continuaron funcionando en años posteriores para poder proseguir con los prolongados tratamientos que involucra la cirugía de reconstrucción facial. En cada uno de estos marcos temporales, la cirugía reconstructiva asumiría distintas orientaciones. En tiempos de guerra, el fin perseguido estaba sujeto a la apremiante necesidad de reparar el material humano para reinsertarlo en la maquinaria bélica. En tiempos de paz, la reparación perduraría como la finalidad terapéutica de estas prácticas, pero con el objetivo de responder al problema social que planteaba el enorme contingente de desfigurados del rostro²⁴.

La labor quirúrgica desarrollada en los centros de cirugía maxilo-facial durante la Primera Guerra Mundial involucró la colaboración de profesionales del campo de la salud (dentistas, radiólogos, enfermeras, etc.) pero también de artistas (fotógrafos, dibujantes y escultores). Entre estos últimos, suele destacarse el registro de casos realizado por Henry Tonks en el centro de cirugía de Harold Gillies, en el Queen's Hospital de Inglaterra. Este médico-cirujano y artista, incorporado a dicho centro en 1916, tuvo a su cargo la elaboración de diagramas que presentarían

²⁴ Dicho problema presenta varias facetas. La primera de ellas, refiere a las finanzas de los Estados involucrados en la contienda, que a la sangría de recursos que implicó la guerra y la reconstrucción de posguerra debían añadir el gasto en las pensiones para compensar las distintas secuelas en los ex combatientes. Esto último, a su vez, concitaba diversas problemáticas de orden moral, en tanto el sostenimiento público de cuerpos improductivos entraba en colisión con el proyecto de reconstrucción colectiva de pos-guerra, la idea del sujeto capitalista autónomo y el sistema de género fundado en la centralidad del varón- proveedor (Panchasi, 1995).

en forma estilizada las técnicas utilizadas en la reconstrucción de los mutilados del rostro. Pero la producción por la cual es recordado son las 72 pinturas al pastel de soldados traumatizados, cuyo colorido y expresividad hicieron que trascendiera su carácter de dispositivo médico para devenir en retratos de valor artístico (Biernoff, 2010).

La contribución de los artistas al proceso de reconstrucción de los mutilados del rostro no se redujo a la documentación de las intervenciones. También tuvieron un rol protagónico en la fabricación de prótesis faciales. Según consta en la literatura académica sobre la materia, esta actividad asumió un carácter complementario a las intervenciones quirúrgicas propiamente dichas, brindando una solución protésica ante las limitaciones estéticas de la cirugía reconstructiva. Su fabricación recayó íntegramente en manos de artistas, entre los cuales suele destacarse el trabajo llevado a cabo por los escultores Francis Derwent Wood en el London General Hospital y el de Anna Coleman Ladd en el American Red Cross's Paris Studio for Portrait Masks. Estos artistas pusieron en juego disposiciones perceptivas y manuales para modelar piezas que recrearan una apariencia “natural” entre los mutilados del rostro. En línea con ello, a diferencia de la producción estandarizada de prótesis orientadas a recuperar la funcionalidad de las extremidades, la fabricación de las prótesis faciales tenía un carácter individualizado y una orientación eminentemente estética. Asimismo, en contraste con una simple pieza de tela que enmascara ocultando, estas prótesis eran elaboradas con la pretensión de dotar a los desfigurados de máscaras cuya apariencia “natural” les permitiera pasar como personas “normales” (Gilman, 1999)²⁵.

Más allá de las iniciativas médicas y estatales orientadas a reparar el rostro de los combatientes, también se registran iniciativas desde la sociedad civil. Elocuente en este sentido, sería la formación en 1921 de la “Union des Blessés de la Face et de la Tête”. Esta asociación, confirió constitución formal a los fuertes lazos creados por los desfigurados en los largos períodos de convalecencia (Delaporte, 2016), y se planteó como objetivo proveer apoyo médico, legal y moral a aquellos que serían conocidos como los “gueules cassées” (“caras rotas”). La asociación llevó adelante un activismo interaccional (Le Clainche-Piel, 2022), destinado a dar visibilidad pública a estos rostros pobremente remendados, resignificando las marcas estigmatizantes en marcas de honor. También, impulsó el reconocimiento del valor económico del rostro, procurando

²⁵ En todos los casos, la consumación de dicho objetivo estuvo lejos de cumplirse. Entre otros motivos, porque la artificialidad se delataba en los problemas para fijar las piezas, en el exceso de brillo, en la decoloración, la falta de expresividad y la extrañeza al tacto en los encuentros íntimos.

que el baremo utilizado para calcular las pensiones concibiera a estas lesiones como igual de incapacitantes que aquellas que comprometían el desempeño de funciones corporales (Pichel, 2016).

Para recapitular lo expuesto hasta aquí, podríamos decir que la experiencia de la Primera Guerra Mundial daría como resultado la configuración de un problema (el elevado número de traumatizados del rostro) y la articulación de un campo de conocimientos médico-quirúrgicos orientados a reparar los estropicios que dejó la guerra de trincheras. El advenimiento de la Segunda Guerra Mundial reactualizaría los desafíos a la todavía naciente disciplina, impulsando el desarrollo de innovaciones organizacionales y técnicas para responder a las nuevas secuelas que dejarían los cambios en la táctica de guerra. Según Mayhew (2004), el alto costo que implicó la guerra de trincheras llevó al gobierno inglés a centrar buena parte de sus esfuerzos en una estrategia ofensiva que confiriera un mayor peso a las fuerzas aéreas. La idea subyacente era que “if the Royal Air Force (RAF) assumed the lion’s share of responsibility for combat... then the horrors of the previous world war could be avoided” (Mayhew, 2004: 19). El reverso de este cambio táctico fue la emergencia de un conjunto de heridos que por la similitud de las causas y de las patologías que presentaban adquirieron denominación médica propia: “Airman’s Burn”.

Aunque no tuvieran un peso estadístico significativo y formaran parte de la casuística de los tiempos de paz, las quemaduras presentaban un carácter severo y afectaban mayormente sectores anatómicos de gran importancia: las manos y el rostro de los miembros de las fuerzas aéreas. La atención de estos casos de nuevo tipo recaería en manos del cirujano neozelandés Archibald Mc Indoe (1900-1960), que desde el Queen Victoria Hospital de East Grinstead (Sussex, Inglaterra), impulsaría un cambio en la terapéutica de las quemaduras y estructuraría una organización que propiciara la puesta en práctica de dicho cambio. La terapéutica dominante hasta entonces consistía en el uso de sustancias químicas (principalmente ácido tánico), con el fin de producir una coagulación de la herida que la protegiera de infecciones y redujera la exudación. La contracara de este enfoque era la formación de tejido cicatricial vicioso, el riesgo de infecciones secundarias y la destrucción de material dérmico precioso para la tarea de reconstrucción. Además de promover la prohibición de este tipo de terapéuticas, Mc Indoe impulsó la adopción de métodos abiertos consistentes en baños salinos, la limpieza mecánica y el uso de sulfamidas para prevenir infecciones. Con el tiempo, este tratamiento devendría en el enfoque estándar a nivel nacional,

sentando las bases para una adecuada preparación del quemado en la posterior tarea de reconstrucción quirúrgica mediante injertos de piel.

Además de constituirse en el epicentro desde el cual irradiarían cambios terapéuticos, el pabellón de quemados del Queen Victoria Hospital devendría en un espacio de socialización para los desfigurados y la comunidad de East Grinstead en el primer escalón para la reintegración a la vida civil de los combatientes. En línea con ello, de la misma manera que aconteció con los Gueules Cassées durante la primera Guerra Mundial, los lazos de solidaridad forjados en los largos períodos de convalecencia dieron lugar a la conformación de una asociación. En una clara referencia al carácter experimental de los procedimientos de reconstrucción aplicados sobre sus cuerpos, esta asociación fundada en 1941 y conformada por miembros de la RAF llevaría por nombre “The Guinea Pigs Club”.

Dicha organización brindaría no sólo brindaría apoyo moral y económico a los quemados, sino que también sería clave en diversas iniciativas destinadas a conferir visibilidad pública a estos héroes que perdieron sus facciones al calor del fuego. En paralelo a estos esfuerzos autogestivos, McIndoe pondría en marcha un programa informal de reintegración social de los pacientes, uno de cuyos pilares consistió en el establecimiento de vínculos con los habitantes de East Grinstead para que acogieran en sus hogares a los convalecientes y brindaran capacitación en diversos oficios. En este marco, este cirujano sentaría el estándar de tratamiento, reconstrucción y rehabilitación de pacientes quemados y devendría en fundador de aquello que actualmente se denominan “comunidades terapéuticas” (Geomelas et. al., 2011).

A modo de síntesis, podríamos decir que la cirugía reconstructiva evolucionó a la par de las dos guerras mundiales dando lugar a la conformación de un cuerpo de conocimientos orientados a reparar los cuerpos traumatizados y a lograr la reintegración socio-económica de los excombatientes. Ello redundó no sólo en un incremento de las publicaciones médicas sobre la materia, sino también en un aumento en el número de cirujanos volcados hacia la naciente disciplina. En relación a este último punto, Haiken (1997) sostiene que los lazos forjados al calor del conflicto dieron lugar a la conformación de las distintas asociaciones profesionales que proclamaron una legitimidad médica para la nueva especialidad fundada en la eficacia de las técnicas aplicadas durante la guerra. Sintomático de ello, es que varias de estas asociaciones se gestaron en el período de entre-guerras o en años inmediatamente posteriores a la finalización de la Segunda Guerra Mundial.

3. El papel de la circulación internacional de conocimiento médico en la institucionalización de la cirugía plástica en Argentina

En este apartado analizaré la relevancia que asumió la consolidación de la cirugía plástica en los países participantes de las dos guerras mundiales para el proceso de conformación de esta especialidad médica en la Argentina. A continuación, enumero y describo algunos hitos referidos a la circulación internacional de personas y de conocimientos médicos que permitieron que la experiencia adquirida durante la guerra fructificara en territorio latinoamericano. Siguiendo un orden cronológico, durante la Primera Guerra Mundial el cirujano argentino Pedro Chutro (1880-1937) se desempeñó como jefe del servicio de cirugía del Hospital Buffon de París, “donde tuvo oportunidad de efectuar un sinnúmero de operaciones de cirugía reparadora enseñándola luego en nuestro medio y prestigiándonos en el extranjero” (Yoel y Mazza, 1968: 381). En reconocimiento a su desempeño, fue condecorado con la “Legión de Honor” y se lo designó Miembro de la Academia de Medicina y de Cirugía de París.

Durante el período de entre-guerras, tendrían lugar cuatro acontecimientos importantes en materia de circulación internacional de la cirugía estética y reconstructiva. El primero tuvo lugar el 26 de julio de 1928, fecha en la que la cirujana plástica francesa Suzanne Noël (1878-1954) arribó a la Argentina. En su paso por Buenos Aires, brindó una conferencia sobre “Técnica operatoria de la Cirugía Estética, realizó demostraciones quirúrgicas en el Instituto de Clínica Quirúrgica a cargo del doctor Arce y disertó en la asociación “Los Amigos del Arte” acerca de la “Misión social de la Cirugía Estética”. Posteriormente, se trasladó a la ciudad de Rosario para proseguir con su gira científica (“La Doctora Noël y la cirugía estética”, 1928: 1). Referente en materia de cirugía de rejuvenecimiento facial, su visita coincidió con la de un peculiar médico francés que para esa época realizaba tratamientos endocrinológicos destinados a revitalizar a los pacientes: el doctor Serge Voronoff (1866-1951). Durante su estadía, además de brindar conferencias, llevó adelante una demostración práctica de su particular método de rejuvenecimiento mediante injerto de glándula testicular de mono: “En el Hospital Parmenio Piñero (servicio del Dr. Spurr) el Dr. Voronoff realizó en presencia de médicos y practicantes el día 1° de agosto, un injerto testicular a un sujeto de 62 años, caso indicado según el examen clínico

verificado por el Dr. Voronoff para ser operado” (“Actividad del Dr. Voronoff durante su breve estada”, 1928: 1).

A inicios de la década del 30’, tendrían lugar otros dos acontecimientos de relevancia. El primero, fue la participación del cirujano argentino Pedro Jáuregui (1912-1991) en la conformación de la “Sociedad Científica Francesa de Cirugía Reparadora Plástica y Estética” (1930) y la posterior difusión de los adelantos en cirugía plástica facial en el servicio de cirugía del Hospital Español de Buenos Aires. El segundo fue la gira latinoamericana realizada por el cirujano francés León Dufourmentel (1884-1957) en 1932, enviado por el Ministerio de Salud Pública de Francia para estudiar el estado de la cirugía reparadora y particularmente de la cirugía de la cara en los países americanos. Resultado de esta visita, Dufourmentel redactó un informe en el que señala que “América del Sur, tal vez porque no ha sufrido la prueba de la gran guerra, no ha conocido el esfuerzo de la cirugía reparadora como Europa o los Estados Unidos de América”. No obstante, el francés destaca que los “cirujanos argentinos” parecen tener “suficiente empuje y aptitudes para ponerse rápidamente al nivel y mismo a la cabeza del movimiento” de expansión de la cirugía plástica en Latinoamérica. Entre estas figuras, resalta particularmente a Oscar Ivanissevich, “virtuoso de la cirugía plástica” que “a juzgar por sus dotes” lo considera como “el futuro jefe de la escuela de cirugía plástica argentina” (“La cirugía plástica en la América del Sur”, 1933: 356-359).

En 1939, tendría lugar otra visita internacional, pero esta vez procedente de territorio norteamericano. El visitante en cuestión fue Herbert O. Bames, cirujano plástico de Los Ángeles de origen alemán que visitó distintos servicios de Buenos Aires y Rosario realizando demostraciones prácticas. En su paso por Argentina, rememora Malbec en el discurso de apertura al Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1942), este “hombre magnífico” se dedicó a enseñar “con toda lealtad y con toda honradez, todo cuanto él sabía”. Sin embargo, continúa relatando Malbec, no solo fueron enseñanzas de carácter técnico las que dejó Bames, sino también una enseñanza de carácter gremial: “[Bames] insistió reiteradamente sobre la necesidad de constituir una sociedad de esta índole, que agrupara en su seno a todos los especialistas del continente. Su idea... fue recogida por nosotros, y pronto iniciamos una consulta epistolar entre los plásticos de diversos países” (Malbec, 1943: 58). Esta idea asumiría constitución formal el 5 de julio de 1940, fecha de fundación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica.

Ya entrados en el período de la Segunda Guerra Mundial, se produciría la visita de una figura de relieve para la historia de la cirugía plástica mundial: Harold Delf Gillies. Arribado en 1942, este cirujano neozelandés que tuvo a su cargo la reconstrucción del rostro de los desfigurados de la Gran Guerra en Inglaterra, realizó operaciones y dio conferencias en distintos servicios de cirugía plástica de la Ciudad de Buenos Aires. Simultáneamente, durante este período, algunos cirujanos argentinos visitarían los centros de cirugía plástica que funcionaban en los países involucrados en la contienda. En línea con ello, en el Segundo Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica (1942) el cirujano Alberto Sánchez Aribe presentó un trabajo titulado “Mutilaciones fáciles de guerra”, en el que expone los procedimientos aprendidos durante su estancia en el Centro de Cirugía Máxilo-Facial de la Región de París, encabezado por el profesor Virenque. Al filo de la finalización del conflicto, y previa escala en algunos servicios de cirugía plástica de los Estados Unidos, en 1944 el cirujano plástico Héctor Marino se trasladaría a suelo inglés para colaborar en los centros de atención encabezados por Harold Gillies en el Park Prewett Hospital y por Rainsford Mowlen en el Hill End Hospital²⁶. Luego de nueve meses de permanencia, y finalizada la contienda, Marino regresó a la Argentina ofreciendo sus conocimientos en los hospitales de las fuerzas armadas del país y sintetizando sus aprendizajes en el libro “Tratamiento de las heridas” publicado en 1947.

Para finalizar, entre fines de la década del 40’ y principios del 50’, se producirían otros hechos salientes en esta sucinta historia de la circulación internacional de la cirugía reconstructiva. Entre ellos, cabe destacar la presencia en calidad de invitados de honor al Cuarto Congreso de la SLACP desarrollado en Montevideo en 1947, de los cirujanos norteamericanos Webster, Bames y Aufrich. Posteriormente, entre 1949 y 1950, arribarían a la Argentina Gustavo Sanvennero Roselli, Gerard Maurel, Edward Lipsett y Atso Soivio. Pero quizás el hecho más saliente de este período, fue la presencia del cirujano inglés Archibald McIndoe en la primera reunión científica de la recientemente creada Sociedad Argentina de Cirugía Plástica efectuada el 17 de Julio de 1952. Investido como Presidente Honorario de la jornada histórica, tuvo a su cargo la presentación del primer trabajo que versó sobre el tema “Reconstrucción total de la cara”.

²⁶ La posibilidad de entrar en contacto con estas figuras de relieve internacional, obedeció a los contactos establecidos en viajes realizados durante la década del 30’: en 1934, visitó distintos servicios de cirugía en Alemania e Inglaterra; y en 1938 hizo lo propio en Estados Unidos.

En este rápido repaso en torno algunos hitos referentes a la circulación internacional de saberes médicos en torno a la cirugía plástica, el lector habrá podido identificar algunas de las coordenadas claves de la historia de la institucionalización de la cirugía plástica en Argentina. En los próximos apartados, abordo en detalle cada uno de estos hitos claves. Comienzo por exponer el desarrollo de los principales centros y exponentes de la cirugía plástica en el período de entreguerras, para luego abocarme a describir el nacimiento de la “Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica” (1940) y de la “Sociedad Argentina de Cirugía Plástica” (1952). Al cierre, muestro algunos cismas institucionales que atravesó la sociedad en la década del 70’, así como el proceso institucionalización de la educación en cirugía plástica.

4. La cirugía plástica argentina en el período de entre-guerras

Según hemos visto, entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, ya se realizaban cirugías plásticas en Argentina. Sin embargo, fue en el período de entre-guerras cuando comenzaron a surgir los primeros centros especializados en la materia y a perfilarse los cirujanos en torno a los cuales gravitaría la institucionalización de la disciplina. Desde ya, que se trató de un proceso paulatino, en el que médicos que ejercían en servicios de cirugía general o de atención especializada en hospitales públicos se aventuraban en el terreno de un quehacer quirúrgico poco conocido. Un repaso de los servicios en los que comenzó a cultivarse la cirugía plástica muestra que, junto a los de cirugía general, destacan aquellos orientados hacia ortopedia y traumatología y otorrinolaringología. Este fenómeno responde a la afinidad en el tipo de problemática y de sector anatómico que estas especialidades comparten con la cirugía plástica.

Junto al ejercicio de estas prácticas en el sector público, también se registran algunas referencias a la actividad en sanatorios y clínicas particulares. Prácticamente la totalidad de este movimiento, se centraliza en Buenos Aires y, en menor medida, en la ciudad de Rosario. Asimismo, aunque el grueso de la actividad en los servicios hospitalarios se focalizaba en la cirugía reconstructiva, durante la década del 20’ también comenzaron a practicarse cirugías estéticas. Prácticamente la totalidad de estas cirugías se realizaban sobre el rostro, adquiriendo predominio las intervenciones sobre la nariz y, en menor medida, las correctivas de orejas.

Como señalé al inicio, las primeras incursiones de algunos médicos en la cirugía plástica dieron lugar a la emergencia de los pioneros que cultivaron la especialidad como materia predilecta

y, en algunos casos, exclusiva. El movimiento iniciado por estos pioneros daría lugar a la formación de Secciones en servicios de cirugía general o de otras especialidades orientadas exclusivamente a la cirugía plástica. El inicio de este proceso data de fines de la década del 20' extendiéndose a lo largo de los siguientes decenios. A los efectos de analizar este proceso, dedico los próximos apartados a delinear la trayectoria de los principales iniciadores de la cirugía plástica en Argentina y el derrotero a partir del cual crearon centros especializados que permitirían difundir la disciplina entre jóvenes médicos.

4.1. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Instituto de Clínica Quirúrgica” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Oscar Ivanissevich

Corría el año 1921. Oscar Ivanissevich (1895-1976), que en aquel entonces se desempeñaba como Jefe de Consultorio Externo de la I Cátedra de Cirugía del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, afrontó uno de sus primeros desafíos profesionales. José Arce (1881-1968), Jefe de la Cátedra que en 1923 devendría en el Instituto de Clínica Quirúrgica, emprendió un viaje a Europa dejando a cargo del joven médico su consultorio particular y la tarea de asistir a varios pacientes delicados. Entre ellos, una joven actriz que había perdido parte de su nariz producto de un mordiscón de su marido y que se hallaba en estado de extrema desesperación ante la fracasada reconstrucción efectuada previamente por Arce mediante el método italiano. Sus palabras, según Ivanissevich (1973), fueron las siguiente: ‘Doctor, ya me han dado de alta, yo salgo mañana del Hospital para entrar en seguida en al cementerio. Me suicidaré. Soy artista, mi marido, al extirparme la nariz de un mordisco, me dijo: ‘¡Se acabó tu vida!’ Y esa es la verdad’.

Azuzado ante este “drama real”, el novel galeno le prometió que le arreglaría la nariz y emprendió una novedosa intervención que consistió en el uso de parte del pabellón auricular de la mujer como injerto para reparar el órgano maltrecho. El resultado de la operación fue perfecto, “tan perfecto que el marido, que había sido condenado a diez años de prisión por deformación permanente y definitiva del rostro, pidió revisión del proceso”. La justicia desestimó este pedido, la mujer vivió muchos años en perfecto estado e Ivanissevich cosechó su primer reconocimiento en la naciente disciplina: ideó lo que daría en denominarse la reconstrucción de nariz por “El Método argentino”²⁷ (Ivanissevich, 1973: 48-49) (Figura 5).

²⁷ Ivanissevich realizó la primera publicación sobre este “Nuevo procedimiento para la rinoplastia” en *La Semana Médica*, año 1921, tomo I, pág. 236 y en “*La Prensa Médica Argentina*”, año 1921, pág. 123.



Figura 5. Reconstrucción nasal con el método “argentino” en Ivanissevich (1925), págs. 6-7

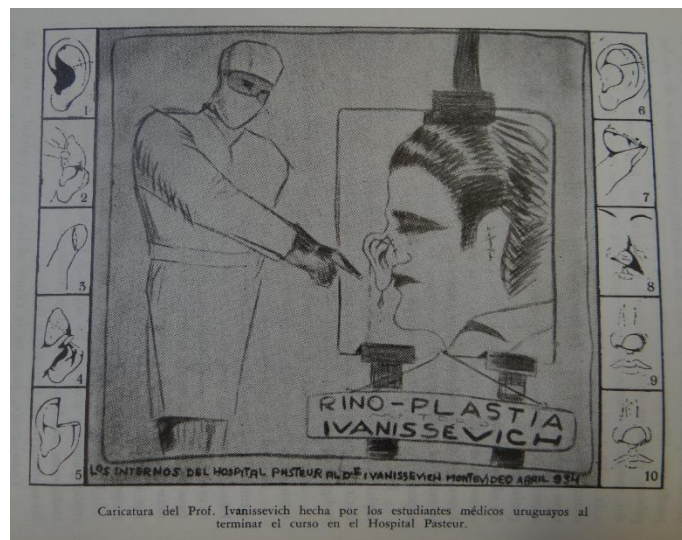


Figura 6. Caricatura del “Método Argentino” realizado con motivo de la visita de Ivanissevich a Uruguay en 1934. En Ivanissevich (1973), pág. 172

Conocido en el ámbito de la historiografía por su desempeño en la arena política²⁸, el devenir de Ivanissevich como médico y su centralidad en la articulación institucional de la cirugía plástica argentina durante la primera mitad del siglo XX yace en un cono de sombras²⁹. Doctorado en medicina en 1918, este médico de origen croata ingresó en ese mismo año a trabajar en la Cátedra del Profesor Arce, atravesando las distintas posiciones del escalafón hasta recalar en 1942 como director del “Instituto de Clínica Quirúrgica”. A tono con la época, su quehacer quirúrgico involucró distintas áreas³⁰, pero cultivó con especial predilección la cirugía plástica. Sus primeras incursiones en la materia datan de principios de la década del 20’, logrando el asentimiento de Arce para crear en 1928 una “Sección de Cirugía Plástica y Estética”. Según afirma Ivanissevich, fue la “Primera Escuela de Cirugía Plástica en Sudamérica”. Allí se practicaba tanto la cirugía reparadora como la estética, adquiriendo especial preeminencia las intervenciones que recaían sobre la nariz. La actividad de la sección era intensa, tal como lo testimonia el cirujano plástico rosarino Codazzi Aguirre a mediados de la década del 30’:

El profesor Arce dispone el funcionamiento en el Instituto de su dirección, de un Consultorio de Cirugía Plástica y Estética, que funciona todos los jueves [...] con una afluencia de público realmente digna de atención, que obliga a contraer compromiso con los pacientes para realizar las intervenciones, con fijación de fechas que sobrepasan del mes, tal es la abundancia de los mismos, y eso que se practican cinco o seis intervenciones plásticas o estéticas semanales (Codazzi Aguirre, 1936: 487).

En dicha sección, se formaron prominentes cirujanos plásticos argentinos y latinoamericanos. Entre los primeros, podemos mencionar a Roberto Ferrari, Carlos Rivas, Atilio Viale del Carril, Julián Álvarez, Miguel Correa Iturraspe, etc. Entre los segundos a Rafael Urzúa

²⁸ Ivanissevich fue embajador en Estados Unidos entre 1946 y 1948 y ministro de Educación entre 1948 y 1950, durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón. Entre 1974 y 1975, durante el gobierno de María Estela Martínez de Perón, tomó nuevamente a su cargo el Ministerio de Educación. Durante esta última gestión, llevó adelante lo que dio en llamarse la “Misión Ivanissevich”, una serie de medidas represivas que tenían como objetivo "terminar con el caos" y la "infiltración marxista" en el sistema educativo y muy especialmente en las universidades nacionales. Estas medidas incluyeron la cesantía y persecución de una elevada proporción de docentes universitarios, la intervención y el cierre de varias universidades, la represión y la prohibición de los centros de estudiantes y de sindicatos docentes y no docentes, la supresión de contenidos en las materias y la censura de materiales bibliográficos, etc. (Abbatista, 2022).

²⁹ Sobre este punto, el cirujano plástico Patané (1986) afirma lo siguiente en su tesis sobre historia de la cirugía plástica argentina: “Oscar Ivanissevich, quien luego llegaría a Ministro de Educación y que lamentablemente, y por razones políticas, se distanció de muchos de sus colegas años más tarde, lo que ha motivado que su nombre permanezca parcialmente olvidado entre los pioneros de la especialidad en nuestro país” (Patané, 1986: 56)

³⁰ Además de sus aportes a la cirugía plástica, Ivanissevich realizó contribuciones en materia de cirugía abdominal, del varicocele, el tratamiento de la hidatidosis ósea, de los quistes hidatídicos de pulmón y el cáncer de esófago. Su desempeño quirúrgico asumió el máximo reconocimiento en 1945 al asumir la presidencia de la Academia Argentina de Cirugía.

de Chile, Pedro V. Pedemonte y Rafael García Capurro de Uruguay, y José B. Diez Vélez Canseco de Perú. La presencia de estos últimos, da cuenta del avance de la cirugía plástica argentina en comparación con otros países del continente, preponderancia que compartiría con Brasil y que se pondría de manifiesto en el peso de estos países en la conformación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica en 1940. El papel rector de la cirugía plástica argentina a nivel latinoamericano, también se pondría de manifiesto en un viaje a Montevideo que realizó Ivanissevich en 1934. Invitado por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, tomó a su cargo durante un mes el Curso Oficial de Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur encabezada por el profesor Eduardo Blanco Acevedo. En ese lapso, dictó conferencias y realizó operaciones, sembrando la inquietud por la cirugía plástica entre algunos médicos uruguayos (Figura 6.).

Precursores de una disciplina poco conocida en el ámbito médico y extra-médico, los profesionales de esta sección de cirugía plástica del Instituto de Clínica Quirúrgica organizarían una serie de exposiciones destinadas a difundir los resultados obtenidos a partir de la instrumentación de técnicas de la cirugía plástica. La primera de ellas, efectuada con motivo de las bodas de plata de José Arce como titular de la cátedra, tuvo lugar el 9 de octubre de 1939 en la sala II del Instituto de Clínica Quirúrgica. Allí se expusieron “por primera vez en el país y en el mundo [...] el panorama amplio de la cirugía plástica, documentando las operaciones y los resultados con fotografías transparentes en colores, fotoesculturas, mascarillas de yeso y en cera, piezas anatómicas, esquemas y radiografías” (Instituto de Clínica Quirúrgica, 1939: 6). La Comisión Nacional de Bellas Artes prestó su colaboración en la organización de la exposición, facilitando consejos y algunos elementos del Museo Nacional (Figura 7.).

En la ceremonia de inauguración hicieron uso de la palabra el Dr. Eurenio Martínez de Thedy (embajador de Uruguay), el Dr. José Jacinto Rada (encargado de negocios de Perú) y el Dr. George Grey Turner (cirujano inglés). La apertura, estuvo a cargo de Ivanissevich, que luego de realizar un breve repaso de la historia de la cirugía plástica y de las condiciones necesarias para su buena ejecución, refiere a la necesidad de que los “cirujanos jóvenes [...] presten atención a esta rama de la cirugía, la consideren con la seriedad que merece y le otorguen la jerarquía que ha ganado”. Al cierre, apelando a un darwinismo social regido por la apariencia, destaca el papel igualador de la cirugía plástica en un contexto marcado por la competencia feroz: “La vida es una continua competencia, una continua y más perfecta selección. El éxito sonríe a los mejor dotados, a los más armoniosos. Quedan en el camino los menos aptos, los que no inspiran simpatía primaria,

los deformes. A estos últimos auxilia la cirugía plástica” (“Primera Exposición de Cirugía Plástica”, 1939: 3).

Estas exposiciones, se repetirían en años sucesivos: en 1940, durante el Congreso de Otorrinolaringología que tuvo lugar en la Asociación Médica Argentina; en 1941, en la apertura del Primer Congreso Latinoamericano que tuvo lugar en Brasil; y en 1942, en el edificio de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. En un balance del papel de estas exposiciones en la difusión de esta técnica destinada a “aliviar el dolor moral que sufrían los menos favorecidos por la lotería de la belleza”, Ivanissevich (1973) afirma que contribuyeron a “extender el número de los que se entusiasmaron con la cirugía plástica y lograron triunfos bien merecidos por su inteligencia y preparación” (Ivanissevich, 1973: 142).



Figura 7. Fotografía de una de las exposiciones de cirugía plástica organizadas en el Instituto de Clínica Quirúrgica, en Ivanissevich (1973), pág. 140

Entre mediados de la década del 40’ y principios de los 50’, el doctor Julián Fernández (1901-1982) sucedería a Ivanissevich en la dirección del sector de cirugía plástica del Instituto de Clínica Quirúrgica. Egresado en 1926, este médico que ingresó como ayudante de laboratorio en la Cátedra del Profesor Arce, desarrollaría una prolífica carrera en el terreno de la cirugía plástica publicando numerosos trabajos sobre operación de orejas en asa, del tabique nasal y

dermolipsectomías abdominales. Pero el tema al que mayor energía dedicó fue al de las plásticas mamarias, publicando un libro sobre cirugía de reducción de mamas en 1951³¹ y realizando importantes contribuciones a las operaciones de reconstrucción de las mastectomizadas en las décadas posteriores. Su desempeño en la especialidad le valdría ser designado como el tercer presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica en 1955 y el título de “Cirujano Maestro” conferido por esta entidad en 1971.

4.2. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Hospital Ramos Mejía” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Ernesto Malbec

Corría el año 1925. Por aquel entonces, Ernesto Malbec (1903-1991) cursaba su tercer año de carrera en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y se desempeñaba como practicante en el Hospital Fiorito de la ciudad de Avellaneda³². Nacido en esta ciudad, estaba al tanto del “drama” de un niño de unos doce años que trabajaba en la plaza pública cercana al hospital como lustrabotas. Conocido por todos como “Orejita”, la disposición de sus pabellones auriculares lo llevaban a ser “desconfiado” y a estar “permanentemente a la defensiva” ya que “todos tenían algo que hacer con sus desproporcionadas orejas y le gastaban bromas de la más indigna naturaleza”. Conmovido ante la soledad y la tristeza del niño, Malbec decidió tomar cartas en el asunto y acometer la primera intervención estética de su carrera. Para ello, pasó varias noches en la biblioteca del hospital, buscando información sobre técnicas de corrección de las orejas, “pero todavía no se había publicado nada sobre el particular, y de haberse hecho estaba por arribar a estas playas”. Ante esta vacancia, dejó la biblioteca y pasó a la morgue, trazando sobre cadáveres el plan quirúrgico “que emplearía para enmendarle su anormalidad a mi amigo Perfecto Martínez, alias ‘Orejita’”.

Finalmente, en un día caluroso de enero de 1925, el paciente se hallaba en la mesa de operaciones. Malbec junto a un asistente, se aprestaron “a dar un paso en el vacío” y comenzaron la operación. Todo marchaba bien, pero cuando estaba finalizando “el arreglo de la primera oreja”, hizo su irrupción el jefe de cirugía que improperios y críticas mediante obligó a interrumpir la

³¹ Según afirma Fernández en la introducción de este libro, en 1932 y por iniciativa del doctor Ivanishevich, comenzaron a practicarse intervenciones plásticas de los senos en el Instituto de Clínica Quirúrgica.

³² Avellaneda es una ciudad argentina, cabecera del partido homónimo de la Provincia de Buenos Aires. Se encuentra ubicada en la zona sur del Gran Buenos Aires, en la costa del Río de La Plata.

operación a medio hacer. Pero, aunque “Orejita” ahora “parecía un aeroplano con un ala solamente”, su conducta no tardó de mostrar signos de mejoría: “Era otro chico. Su complejo casi había desaparecido. Enfrentaba con la cabeza levantada a cualquiera y no se achicaba ante ninguna broma”. Incluso, por intermediación de Malbec, consiguió trabajo como repartidor de hielo. Este sería el origen del final trágico: la rectificación completa de Perfecto Martínez no pudo llevarse a cabo, porque este último cayó del carro en el que realizaban la distribución y murió aplastado por una rueda. Aunque marcada por la tragedia, esta primera operación marcaría el inicio de una prolífica carrera que contribuyó al desarrollo técnico e institucional de la cirugía plástica argentina (Malbec, 1971: 13-17).

Nacido en Avellaneda en 1903, la juventud de Malbec estaría atravesada por la alternancia entre el fútbol, la política y la medicina. Ligado tempranamente a Racing Club de Avellaneda³³, jugó en el equipo de Primera División entre 1920 y 1923. Aunque una lesión lo alejó de las canchas, continuaría vinculado a la vida institucional del club llegando a ser presidente de la entidad en los períodos 1933-1934 y 1936-1937. En el interregno de un año que separa una gestión de la otra, alcanzó la presidencia de la Asociación del Fútbol Argentino (AFA). Pasando del terreno de la política deportiva al de la política a secas, las escasas biografías de este cirujano argentino coinciden en destacar que tuvo una participación activa durante su época de estudiante universitario. En los años 20’, militó en los centros estudiantiles hasta llegar a ocupar en 1928 las presidencias del Círculo Médico Argentino y del Centro de Estudiantes de Medicina y en 1929 de la Federación Universitaria de Buenos Aires.

En el terreno estrictamente médico, ingresó a la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1922 y egresó en 1929. Como surge de la narrativa, su inclinación por la cirugía plástica se manifestaría durante su época de estudiante, llegando no solo a realizar intervenciones sino también a publicar una serie de artículos sobre cirugía estética del pabellón auricular en las revistas del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina, en los años 1926, 1928 y 1931. De allí, que uno de sus discípulos lo recuerde como un “autodidacta”, que “aprendió a fuerza de estudiar solo, pensar solo y operar sin descanso, acumulando experiencia tras experiencias” (Quaife, 1977: 87). Sus primeros pasos como médico egresado los dio en el Servicio de Cirugía del Profesor Alejandro Ceballos en el Hospital Rawson, ingresando como cirujano en 1930 y

³³ La ciudad de Avellaneda cuenta con dos clubes de los denominados grandes del fútbol argentino: Racing Club y el Club Atlético Independiente. Ambos poseen sus respectivas sedes sociales, colegios y sus estadios dentro de la ciudad.

siendo designado como Jefe de Consultorios Externos de Cirugía General de dicho nosocomio en 1934.

Posteriormente, Malbec se trasladaría al Hospital Municipal Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires, asumiendo el cargo de Jefe de Servicio de Cirugía Plástica de 1937 a 1967. Durante esos 30 años, convirtió al servicio en una de las más salientes escuelas de cirugía plástica argentina, formándose a su lado Alberto Beaux, Jorge Quaife, Ledo García, Héctor Vieyra Urquiza y Ulises de Santis. Al retirarse del Servicio, este quedaría a cargo del Dr. Héctor Vieyra Urquiza, luego de Francisco Arescopachaga y finalmente el Dr. Cerisola. Tempranamente, Malbec alternó la actividad pública con la privada, instalando su primer consultorio de cirugía estética en Avellaneda en el año 1936. Según afirma, se trataba en realidad de una pequeña clínica, en la que practicaba algunas intervenciones, siempre y cuando no fuese indispensable internar a los pacientes.

A lo largo de su carrera, publicó más de 300 trabajos sobre cirugía plástica en revistas nacionales y extranjeras, realizando valiosos aportes en los campos de las rinoplastias, el rinofima y las plásticas mamarias. Asimismo, publicó 8 libros en los que relata sus experiencias de viaje³⁴ y su experiencia como cirujano plástico. Significativo entre estos últimos es “Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales” (1938), libro breve de divulgación científica en el que aspira a dar a conocer los “problema complejos y graves de toda naturaleza” que afronta el médico abocado a esta clase de intervenciones. Para ello, según afirma en el prólogo, utiliza las palabras de los propios pacientes (ya sean relatos orales, o registros epistolares) a los efectos de mostrar “cuál es la importancia social indiscutible e indiscutida de la cirugía estética”. Las fotografías de casos “obtenidas antes y después de efectuada la operación”, que aparecen insertadas al final del libro, “dicen más que las palabras acerca de los resultados” (Malbec, 1938: 7-8).

Entre los libros de divulgación, también resulta central destacar los cuatro pequeños tomos que llevan por título “Anecdotario de un cirujano plástico” publicados en 1971, 1972, 1977 y 1983 (Figura 8.). Cada uno de ellos, está organizado en breves narrativas que, encabezadas por ilustraciones caricaturescas³⁵, versan sobre experiencias personales del cirujano argentino con sus

³⁴ Sus libros de viaje son “Cómo se vive en Rusia” (1958), “Un mundo desconocido” (1961), “Yo los vi así. Alemania, Suecia, Finlandia, Polonia, Hungría, Checoslovaquia, Turquía” (1963) e “Impresiones de un cirujano. Mirando el mundo a través de la medicina” (1967).

³⁵ Las ilustraciones del primer tomo de “Anecdotario...” estuvieron a cargo de Héctor Tomás Rodríguez, dibujante argentino que trabajó principalmente en medios gráficos deportivos y que alcanzó reconocimiento con la creación del personaje “El Nuevo Rico” en 1934. Las ilustraciones de los tres tomos siguientes, fueron responsabilidad de Roberto Mezzadra, periodista y dibujante argentino que también estuvo fuertemente ligado al mundo del deporte.

pacientes de cirugía plástica. Cómicas, dramáticas y/o brutales estas anécdotas son, al decir del periodista y prologuista José Barcia, “la síntesis de una rica experiencia psicológica” a partir de la cual Malbec repara “en las reacciones anímicas que se originan, sin excepción, en los pacientes antes y después de la operación que los aliviará del dolor físico o del más punzante de alguna aberración patológica inclinada hacia lo fenomenal o monstruoso” (Malbec, 1971: SN). Destaco particularmente estas publicaciones, en la medida en que constituyeron una fuente central de narrativas para escribir la presente tesis.



Figura 8. Tapa y contratapa del primer volumen de “Anecdotario de un cirujano plástico” (Malbec, 1971)

A modo de cierre del perfil de este pionero de la especialidad, cabe destacar la centralidad de Malbec en la articulación institucional de la cirugía plástica latinoamericana y argentina. Para comenzar, fue uno de los tres cirujanos argentinos que estuvo presente en las reuniones preliminares que dieron lugar a la conformación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica en 1940. Asimismo, fue una figura clave en la gestación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, al punto de ser designado como el primer presidente de la entidad en 1953. Finalmente, fue uno de los tres cirujanos argentinos que estuvieron presentes en la fundación de la “International Society of Aesthetic Plastic Surgery” que tuvo lugar en 1970.

4.3. Servicio de cirugía del Hospital Centenario de la ciudad de Rosario a cargo de Lelio Zeno

Corría el año 1932. Cumplidos los seis meses de contrato como organizador del Servicio de Traumatología del Instituto Sklifosovsky de Moscú, y con motivo de su regreso a la Argentina, Lelio Zeno (1890-1968) brindó una comunicación ante la Sociedad de Cirugía de la capital rusa. Al inicio de su informe el cirujano rosarino describe el incremento de los accidentes provocados por la expansión de los medios mecánicos de transporte y el desarrollo de la industria en los países capitalistas occidentales, advirtiendo que la URSS seguiría una tendencia similar debido al acelerado proceso de industrialización que estaba atravesando. Ante este panorama, destaca la necesidad de desarrollar establecimientos especializados en traumatología que brinden una atención urgente y racionalizada, siguiendo el programa de reorganización implementado junto al profesor Serge Judine en el Instituto Sklyfassowsky. Finalizada la exposición, tomaron la palabra los cirujanos presentes en la sala, formulando una serie de apreciaciones críticas a la exposición de Zeno. Entre ellas, sobresale la formulada por Gorinieskaia (vicepresidenta de la Sociedad de Cirugía de Moscú), que destaca el error de extrapolar la experiencia de países capitalistas a las condiciones de desarrollo socialistas. Según arguyó, en la URSS “las cuestiones no se resuelven para el lucro, para la acumulación de la plusvalía, sino para el bienestar de toda la población” (Zeno, 1937: 22-26).

El suceso relatado precedentemente, puede sonar extraño a la biografía de uno de los pioneros de la cirugía plástica argentina. Sin embargo, deja entrever parte de la trayectoria política y médica de un cirujano que recorrió un curioso periplo hasta arribar a las costas de la naciente especialidad. Lelio Zeno nació en Turín el 16 de marzo de 1890, y un año después migró a la Argentina estableciéndose junto a su familia en San Fernando, Provincia de Buenos Aires. En 1915 obtuvo su título de médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Apenas egresado, inició su experiencia en cirugía general junto a su hermano mayor Artemio Zeno (1884-1936), Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) situada en la ciudad de Rosario. Entre 1916 y 1918, realizaría varios viajes de formación al exterior. En 1916, se trasladó a la Clínica Mayo de Rochester (Estados Unidos) en la que cursó un año como interno y desarrolló una técnica para la reparación de la hernia umbilical que todavía sigue vigente. De 1917 a 1918, viajó a Europa trabajando en varios servicios de cirugía en Londres

y realizando una estancia más prolongada en el en el servicio de Pierre Delbet (1861-1957) del Hôpital Necker de París.

A su regreso en 1918, se instaló en Buenos Aires, donde alternó la medicina con la actividad política. Ese año publicó “La democracia de febrero de 1918” que contenía corresponsalías sobre la guerra y la revolución rusa, y financió la edición de la flamante Constitución Soviética. En 1919, junto al escritor y periodista de filiación anarquista Elías Castelnuovo, se instaló en una isla del Delta del Paraná para ejercer libremente la medicina. Allí organizaron varias asambleas con los isleños, a los efectos de ocupar tierras fiscales. Durante 1919 y 1921 Zeno también colaboró con distintas revistas de orientación anarquista, como el quincenario Prometeo y Cuasimodo. En 1921, se instala en la ciudad de Rosario, a instancia de su hermano Artemio. Allí fue nominado como Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica de la UNL, y en 1924 fundó junto a Artemio el Sanatorio Británico de Rosario (Prieto, 2021: SN). Durante esta década, Lelio comenzaría a decantar su actividad quirúrgica hacia la Ortopedia y la Traumatología, lo que lo llevaría a realizar un nuevo viaje de estudios que tuvo como escalas el Instituto de Traumatología de Viena al mando de Lorenz Böhler y el Instituto Rizzolli de Bologna dirigido por Vittorio Putti. También realiza una visita a distintos centros de traumatología de los Estados Unidos a fines de esta década.

Ya afianzado en la traumatología, y habiendo acumulado cierto nivel de reconocimiento en la materia, en 1931 fue invitado por el director del Instituto Sklifosovsky para asumir la tarea de reorganizar el servicio de traumatología de dicho centro de emergencias médicas. La comitiva de viaje estuvo compuesta por Elías Castelnuovo, el biólogo y filósofo anarquista Giorg Nicolai, y Cristina Monserrat, esposa de Zeno. Entre 1935 y 1936, Lelio Zeno realizaría un segundo viaje a la Unión Soviética, esta vez realizando una estancia de un año y medio. En esta ocasión, dirigió el Centro de Traumatología en el Hospital Basmania. Producto de estas experiencias, publicaría dos libros que dan cuenta de la organización del sistema de salud en la Unión Soviética: “La Medicina en Rusia” (1933) y “Roma y Moscú. Impresiones de un cirujano argentino” (1937).

La mayoría de las biografías sobre Zeno coinciden en destacar que fue al regreso de su segunda estancia en Rusia que el cirujano comenzó a mostrar un marcado interés por la cirugía plástica. Los motivos de esta transición, y los pormenores del pasaje entre especialidades afines, no son explicitadas. Lo cierto, es que la producción médica del cirujano da claras señales que van en este sentido: entre 1935 y 1944, Zeno publicó 79 artículos en los “Anales de Cirugía de

Rosario”, de los cuales 47 versan sobre cirugía plástica (Ivy, 1968: 588). El resultado de la febril labor en la novel disciplina, quedaría plasmado con la publicación del libro “Cirugía Plástica” en 1943. Ilustrado con 560 fotografías de casos personales y numerosos esquemas de las técnicas quirúrgicas utilizadas, el libro da cuenta de los más diversos campos de la especialidad. En este sentido, aunque en la introducción enfatiza la faceta reconstructiva de la cirugía plástica al señalar la afinidad entre los traumatismos en tiempos de guerra y en tiempos de paz, buena parte de los capítulos describen técnicas operatorias propias de la cirugía estética.

Del articulado del libro, cabe destacar particularmente la tercera parte, en la que el autor refiere a los diversos problemas psicológicos asociados a la cirugía plástica. Según puede leerse en los dos primeros capítulos de esta sección, estos fueron producidos con la colaboración del doctor Emilio Pizarro Crespo (1904-1944). Este último fue un médico que, oriundo de la ciudad de Córdoba, se instaló a trabajar en la ciudad de Rosario en 1927. Simpatizante del comunismo y temprano cultor del psicoanálisis, sus primeros trabajos se orientan a realizar una síntesis del pensamiento de Freud y Marx. Asimismo, colaboró en sus comienzos con la revista “Psicoterapia” fundada por Gregorio Berman y fue miembro adherente de la Sociedad Psicoanalítica de París. En la década del 30’ acompañó a Zeno en su segunda visita a la Unión Soviética, y posteriormente se incorporó al bando republicano durante la Guerra Civil Española, en la que prestó servicios como médicos.

La historia de la colaboración psicológico-quirúrgica entre Lelio Zeno y Emilio Pizarro Crespo data de 1937 y se ve interrumpida en 1944 por la temprana muerte de aquel último. Producto del estudio y del examen clínico llevado adelante en el Hospital Centenario de Rosario, procuraron desarrollar y justificar una medicina integral psico-biológica, instalándose como precursores de las investigaciones clínicas psicosomáticas en Latinoamérica. Fruto de esta colaboración, a inicios de la década del 40’ publicaron varios artículos en revistas médicas y realizaron algunas comunicaciones, destacándose aquella que tuvo lugar durante el Primer Congreso de la SLACP (1941). Parte de esta labor aparece condensada en el libro “Cirugía Plástica” (1942) que mencioné anteriormente, pero sería expuesto con amplitud en “Clínica Psicosomática” (1945), libro publicado un año después de la muerte de Pizarro Crespo. El enfoque desplegado en estas publicaciones, tendrían una fuerte incidencia entre los cirujanos plásticos latinoamericanos, constituyéndose en una fuente de referencia permanente para argumentar en

torno a los trastornos psicológicos asociados a los “dismorfismos” y a los beneficios terapéuticos de la cirugía estética.

4.4. “Sección de Cirugía Plástica” en el “Hospital Rawson” de la ciudad de Buenos Aires a cargo de Héctor Marino

Corría el año 1939. El 10 de enero de ese año, tuvo lugar la inauguración de una sección de Cirugía Plástica y Estética en la Sala IX de la Clínica Quirúrgica y Traumatológica del Hospital Rawson. En el acto estuvieron presentes autoridades de la cartera sanitaria, del hospital y numerosos invitados pertenecientes al ámbito científico. El discurso de apertura estuvo a cargo de Enrique Finochietto (Jefe de Servicio) y Roberto Dellepiane Rawson (flamante Jefe de la Sección). Según informa “La Semana Médica”, Finochietto comenzó por destacar el “significado que este nuevo servicio, primero y único en Sudamérica, tiene para Buenos Aires”. Asimismo, haciendo un balance del desarrollo seguido por la cirugía plástica argentina “en los últimos años”, destacó que el concepto según el cual esta “rama de la medicina era una expresión de coquetería subalterna” había perdido peso, instalándose la especialidad como “una expresión auténtica y severa con total arraigo en la cirugía general”. Por su parte, Dellepiane Rawson destacó la importancia de la Primera Guerra Mundial en el afianzamiento definitivo de la cirugía plástica y la utilidad de esta disciplina quirúrgica en el tratamiento de los traumatismos en tiempos de paz: “La cirugía estética y reparadora, terminó diciendo el Dr. Dellepiane Rawson, será en una ciudad como Buenos Aires, donde los accidentes de industriales, de tránsito y deportivos suman millares, de un valor incalculable, como lo demostrará la práctica” (“La Semana Médica”, 1939: 171-172).

El 26 de enero de 1939, a pedido de Oscar Ivanissevich, “La Semana Médica” sacaría a la luz un cortante intercambio epistolar mantenido entre aquel último y Enrique Finochietto. La primera carta, está fechada el 11 de enero de 1939, un día después de inaugurada la mencionada sección. En ella, seguido de las felicitaciones de rigor, el Jefe de la Sección de Cirugía Plástica del Instituto de Clínica Quirúrgica creada en 1928 va directo al grano: “Las informaciones periodísticas *le hacen decir a usted* que es ése el primero Servicio de Cirugía Plástica que funciona en Buenos Aires y en Sud América. Ud. sabe que esto no es cierto, y no siendo cierto es falso”. Al cierre de la misiva, solicita a Finochietto que le “proporcione el texto original de su discurso o me informe si Ud. dijo que esa sección de su Servicio era la primera en Sud América”. La respuesta, enviada por Finochietto tres días después, despeja el asunto en unas pocas líneas: “...le comunico

que en ningún momento he hecho la declaración a que se refiere ni se me hubiera ocurrido hacer cualquier otra declaración por el estilo, en ninguna parte ni a los diarios, a cuyos representantes no he dado audiencia con motivo de la inauguración de la referida sección” (“La mentira y la verdad”, *La Semana Médica*, 1939: 223).

Aunque en lo inmediato esta rectificación pública de la paternidad en materia de cirugía plástica puede haber dejado satisfecho a Ivanissevich, lo cierto es que en años posteriores la sección de cirugía plástica del Hospital Rawson se instalaría como un centro de referencia en la especialidad y ocuparía un lugar preeminente en las publicaciones sobre historia de la cirugía plástica argentina producidas contemporáneamente. Buena parte de este prestigio, probablemente responda al peso que tuvieron los hermanos Enrique³⁶ y Ricardo Finochietto³⁷ en la sistematización de la práctica y la enseñanza quirúrgica en Argentina. Sin embargo, la persona que instalaría al Hospital Rawson como lugar de referencia en materia de cirugía plástica, sería Héctor Marino (1905-1996). Como veremos a continuación, a diferencia de los demás pioneros de la especialidad, las biografías consultadas sobre este médico refieren exclusivamente a su actividad médica estando ausente cualquier atisbo de participación en la vida política.

Marino, ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1925. Siguiendo los pasos de su padre, Salvador Marino³⁸, se abocó de lleno a la actividad quirúrgica. Egresado en 1931, comenzó su actividad en el Hospital de Clínicas como concurrente del servicio

³⁶ Enrique Finochietto (1881-1948) se graduó en 1904, y dos años después viajó a Europa trayendo a territorio nacional las novedades de la cirugía austro-alemana. En 1913 fue designado Jefe de Cirugía de diversas Salas del Hospital Rawson, hasta recalar en el Pabellón 9 en el que desarrollaría “uno de los Servicios de Cirugía mejor organizados en la Capital y sin duda el más funcional”. Su accionar, se manifestó “en cuatro frentes de acción: normalización del maniobrar del cirujano, disposición del instrumental adecuado, colaboración eficaz de los recursos auxiliares, y comodidad ambiental” (Vacarezza, 1986: 97).

³⁷ Ricardo Finochietto (1888-1962), graduado en 1912, desarrolló buena parte de su labor asistencial en el Hospital Rawson junto a su hermano Enrique. En 1933 ganó la jefatura de la Sala VI de dicho nosocomio. En 1938, luego de un viaje a los Estados Unidos, decide iniciar un programa de enseñanza sistemática conocidas como “Sesiones Quirúrgicas para Graduados”. Con el tiempo, estas sesiones que consistían principalmente en mostraciones operaciones y discusión de casos, adquirieron notoriedad atrayendo una gran concurrencia. En 1949 un decreto de la Intendencia Municipal oficializa la actividad docente asumiendo el rótulo de “Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados” en el que se nombra a Ricardo Finochietto como director ad honorem. En el transcurso de ese año, “se realizan 56 sesiones con 975 operaciones, 120 lecciones prácticas, con una concurrencia de 2.215 médicos, cifras que aumentarán en años sucesivos” (Ibidem.: 108).

³⁸ Salvador Marino (1876-1956) se inició en el Hospital San Roque y luego se trasladó al Hospital Italiano de Buenos Aires, centro asistencial en el que desarrolló buena parte de su carrera. En 1915, se trasladó junto a su familia a Italia durante la Primera Guerra Mundial, teniendo una actuación destacada que le valió el reconocimiento de teniente coronel médico por parte del ejército italiano. A su regreso en 1919, se reincorporó al Hospital Italiano, actuando primero como Jefe de Servicio y luego como director del hospital. En 1927 realizó un nuevo viaje de estudios a Europa, esta vez acompañado por su hijo Héctor, para aquel entonces estudiante de la carrera de medicina.

del Dr. Mariano Castex, para trasladarse un año después al Servicio de Cirugía General y Ortopedia de la Sala V del Hospital Alvear dirigido en aquel entonces por Ricardo Finochietto. En 1933, junto a otros médicos, acompañarían al menor de los hermanos Finochietto al Hospital Rawson. Bajo la égida de este cirujano, Marino forjaría sus primeras armas en cirugía general, mostrando una inclinación que oscilaba entre la traumatología y la cirugía plástica (Losardo, 2023).

Con la pretensión de profundizar sus conocimientos en dichas ramas de la cirugía, entre 1934 y 1944 realizó una serie de estancias de aprendizaje en Europa y Estados Unidos. Su primer viaje, emprendido a fines de 1934, tuvo por destino Alemania e Inglaterra. En el primer país, visitó el servicio de August Lindemann, que lo instruyó en materia de corrección de defectos de la mandíbula. En suelo inglés, tomaría contacto con los grandes referentes de la cirugía plástica mundial como fueron Archibald Mc Indoe, Harold Delf Gillies y Rainsford Mowlen, todos ellos con destacadas actuaciones en la reparación de los traumatizados de la Primera y posteriormente de la Segunda Guerra Mundial. A su regreso, Marino escribe lo siguiente en su crónica de viaje: “Instalado de nuevo en Buenos Aires volví a mi rutina diaria de cirugía general, ya entonces bastante centralizada en traumatología y la ayudantía con mi padre, Don Salvador. Cirugía plástica poco o nada. Todavía no me consideraba bastante ducho” (Losardo, 2019: 57).

En 1938, habiéndose decantado hacia la cirugía plástica, viajó a los Estados Unidos. En las distintas ciudades que visitó, entró en contacto y aprendió técnica quirúrgica con cirujanos plásticos de la talla de Jerome Webster, Gustave Aufritch, Varaztad Kazanjian, John Converse, Vilray Papin Blair y James Barrett-Brown. De su estancia con estos últimos, en el Hospital Barnes de la Universidad de Washington, recuerda que pasó “las mañanas viendo operaciones, anotando y dibujando todo lo que me mostraban”. Posteriormente, según relata en otra de sus crónicas, se incorporó como asistente de Blair: “Tal honor me valió una experiencia única al lado de un auténtico maestro”. Luego de cinco meses de intensa actividad, emprendió el regreso a Buenos Aires retomando su rutina de trabajo y trayendo “las novedades aprendidas en los Estados Unidos, de muchos casos de cirugía plástica y, sobre todo, de estética” (Losardo, 2019 a: 15).

En 1944, volcado de lleno a la cirugía plástica en el Hospital Rawson, inició una travesía por Estados Unidos y Europa con “el propósito de nutrir mi experiencia como cirujano plástico en dicho arriesgado pero interesante escenario”. A bordo de un avión Douglas DC 3, y luego de numerosas escalas, arribó al “hospital militar más grande de los Estados Unidos”: el Valley Forge General Hospital de Phoenixville, Estado de Pensilvania. Allí se encontró con James Barret-

Brown, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y, en su condición de coronel, Jefe de la Sanidad del Ejército Norteamericano. Asimismo, viajó a Nueva York para reencontrarse con Jerome Webster y Gustave Aufritch. Tiempo después, continuó su peregrinaje trasladándose a Inglaterra. En el “Park Prewett Hospital” de Basintoke se reencontró con Harold Gillies, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica que “no me dio tiempo ni a respirar. Me hizo vestir de operaciones y me pidió que terminara una reconstrucción de nariz”. Luego de 9 meses y numerosas visitas a distintos servicios de cirugía plástica en territorio inglés, presencié el fin de la guerra y retornó a la Argentina. Fruto de la experiencia acumulada, ofreció sus conocimientos a las fuerzas armadas, brindando conferencias en distintos hospitales. Esto, le valió una “carta muy laudatoria” por parte del Coronel Juan Domingo Perón, por aquel entonces Ministro de Guerra de la Nación (Losardo, 2019 b: 10).

En 1945, ya sólidamente formado en cirugía plástica, Ricardo Finochietto lo designó Jefe de la Sección de Cirugía Plástica de la Sala 6 del Hospital Rawson. En pocos años la sección iría creciendo en capacidad de atención y en importancia como espacio de aprendizaje, dando lugar a la formación de importantes cirujanos argentinos como José C. Viñas, Cornelio Marcelo O’Connor, Jaime Fairman, Adrián Spadafora, Erdulfo Appiani y Jorge Niklison. Entre 1949 y 1955, año en que fue removido de su cargo por la autodenominada “Revolución Libertadora”, dictó en dicha sección el “Curso Anual de Especialización en Cirugía Plástica y Reparadora”. En años posteriores alcanzaría la jefatura del Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia (hoy Hospital de Oncología “María Curie”), y también sería Consultor y Asesor en los Servicios de Cirugía Plástica del Hospital Naval (en ese entonces anexo al Hospital Durand), del Hospital Aeronáutico Central, del Hospital Británico de Buenos Aires y del Hospital Alemán. En la década del 70, ya jubilado del Hospital de Oncología, realizó cirugía reconstructiva en el Sanatorio-Colonia Baldomero Sommer de la localidad de General Rodríguez, en el Centro de Rehabilitación de enfermos de lepra (Benaim, 2005)

A lo largo de su carrera médica, publicó numerosos artículos en revistas, tradujo importantes obras sobre cirugía plástica y colaboró con más prestigiosas revistas internacionales sobre la materia. Sus principales aportes, versan sobre cirugía reconstructiva, destacándose la reparación de malformaciones congénitas, las secuelas producidas por el tratamiento del cáncer, por la actividad militar, por la enfermedad de Hansen, entre otros. De su copiosa producción, pueden destacarse tres libros. El primero es “Labio leporino” (1942) que, prologado por Enrique Finochietto, surgió del relato oficial que Marino llevó adelante durante el Segundo Congreso

Latinoamericano de Cirugía Plástica. El segundo llevó por título “Tratamiento de las heridas” (1947) y condensa los aprendizajes adquiridos durante su estadía en los países beligerantes al cierre de la Segunda Guerra Mundial. El tercero es “Plásticas mamarias” (1958), en cuyo prólogo el eminente cirujano inglés Mc Indoe señala lo siguiente: “This work on the Reconstructive Surgery of the Breas is, on my view, the best which has yet been written on the subject” (Marino, 1958: SN).

Para finalizar, cabe destacar que Marino tuvo un importante papel en la consolidación institucional de la cirugía plástica en Argentina. Estuvo entre los miembros fundadores de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, y cumplió un rol central en la formación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, siendo designado el sucesor de Malbec al frente de la entidad en 1954. Al igual que este último, formó parte del grupo de fundadores de la “International Society of Aesthetic Plastic Surgery” que tuvo lugar en 1970. Este mismo año, sería designado “Cirujano Maestro” por la SACPER. Asimismo, sería el principal impulsor de la primera carrera de posgrado en Cirugía Plástica que comenzó a dictarse a partir de 1974 en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. El summum en el reconocimiento a su carrera arribaría con su incorporación como Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina, siendo el primer cirujano plástico argentino en ocupar dicho sitio.

5. Fundación e historia de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica

En 1939, Herbert O. Bames, cirujano plástico de Los Ángeles (California), visitó la Argentina. En su paso por nuestro país, operó en distintos servicios hospitalarios, entre ellos el de Lelio Zeno en el Hospital Centenario de Rosario y el de Ernesto Malbec en el Hospital Ramos Mejía de Avellaneda. Durante su estadía, enseñó “los rudimentos de la rinoplastia, la auriculoplastia, la ridectomia, etc., [a] los jóvenes cirujanos argentinos” (Quaife, 1977: 87). Asimismo, según rememora Malbec, el especialista norteamericano dejó una enseñanza de carácter gremial: “insistió reiteradamente sobre la necesidad de constituir una sociedad... que agrupara en su seno a todos los especialistas del continente” (Malbec, 1943: 58). A instancias de Bames, los distintos cultores de la disciplina a nivel latinoamericano, iniciaron una serie de intercambios epistolares para llevar adelante la idea. Aunque constituyó un enorme desafío, los cirujanos

brasileros Antonio Prudente y Rebelo Neto lograron cursar una invitación a sus pares latinoamericanos, para establecer las bases organizacionales de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, así como para organizar el primer congreso de la entidad.

La reunión se realizó el 4 y 5 de julio de 1940, en la ciudad de San Pablo (Brasil). A las sesiones, asistieron tres cirujanos plásticos argentinos: Ernesto Malbec, Lelio Zeno y Juan Andrés Codazzi Aguirre³⁹. Durante esos días, se desarrollaron algunas demostraciones operatorias y se establecieron las bases institucionales de la entidad. A proposición de Malbec, se eligió como sede de la flamante sociedad la ciudad de San Pablo. Asimismo, se establecieron las distintas comisiones nacionales que serían parte de la SLACP, quedando integrada la argentina por los cirujanos Oscar Ivanissevich, Lelio Zeno y Héctor Marino. En lo que refiere al Primer Congreso de especialistas latinoamericanos, se consensuó que se lleve a cabo en las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro durante la primera quincena de julio de 1941. Al cierre del evento, el cirujano brasileiro Lutero Vargas solicitó “que se asentara en las actas un voto de aplauso para el profesor Antonio Prudente, gracias a cuyo espíritu emprendedor pudo materializarse semejante aproximación e intercambio científico entre los diferentes pueblos latinoamericanos” (“Quedó constituida en San Pablo (Brasil) la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica”, *La Semana Médica*, 1940: SN).

Tal y como había sido diagramado, el Primer Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica tuvo lugar del 6 al 9 de julio de 1941 en las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro. El encuentro estuvo presidido por el cirujano brasileiro Antonio Prudente, recayendo sobre el argentino Roberto Dellepiane Rawson la vice-presidencia. Las actividades del congreso comenzaron el domingo 6 de julio a las 17 horas, con la inauguración de una exposición de cirugía plástica en la “Escuela Nacional de Bellas Artes” organizada por Oscar Ivanissevich. A las 21, se realizó la “Sesión Solmene de Apertura” en el Palacio Tiradentes, ante la concurrencia de cirujanos

³⁹ Juan Andrés Codazzi Aguirre es un cirujano plástico argentino con una prolífica producción en materia de publicaciones científicas y de divulgación durante la primera mitad del siglo XX. Sin embargo, este médico no suele ser mencionado en las producciones sobre historia de cirugía plástica en Argentina. Los pocos datos que pude recabar sobre la biografía de este polifacético cirujano, es que nació en la localidad de Esquinas (Provincia de Corrientes), que se doctoró en medicina en 1920 y que abrió su consultorio particular en la ciudad de Rosario en 1934. Formado por Ramón Palacio Posse en la ciudad de Buenos Aires, sus primeras publicaciones datan de mediados de la década del 30'. Entre ellas, destacan particularmente tres libros de divulgación publicados entre 1938 y 1939, en los que el cirujano expone el campo de acción de la cirugía plástica y los beneficios económicos, sociales y psicológicos que esta conlleva. Codazzi Aguirre alternó su labor médica con la de historiador, publicando obras sobre historia de la medicina y sobre aspectos particulares de la historia argentina. También se abocó a la heráldica. Fue el autor del escudo de su ciudad natal y su proyecto de blasón para las Islas Malvinas fue preseleccionado en 1966.

y diversos funcionarios públicos (Figura 9). El discurso de apertura estuvo a cargo de Gustavo Capanema (Ministro de Educación y Salud de Brasil), seguido de representantes de algunos países latinoamericanos y de los delegados de las comisiones nacionales de cirujanos plásticos. Según puede constatarse en las actas, para esa fecha la entidad contaba con 58 “Miembros Titulares”, siendo las delegaciones más numerosas las de Argentina (21), Brasil (21) y Uruguay (10).



Figura 9. Inauguración del Primer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica en el Palacio Tiradentes (Río de Janeiro, Brasil) en “Actas del Primer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica” (1943), pág. XXIII

El Segundo Congreso de la SLACP se realizó entre los días 18 y 24 de octubre de 1942 en Argentina, y tuvo como sedes las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La Comisión Ejecutiva estuvo encabezada por Lelio Zeno (Presidente) y el chileno Rafael Urzúa C. C. (Vice-presidente). La inauguración acaeció el domingo 18 a las 10:30 en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, y también incluyó una exposición de cirugía plástica. Al acto de apertura acudieron representantes diplomáticos, autoridades nacionales y municipales, profesores universitarios y estudiantes universitarios. La sesión fue presidida por el Dr. Nicanor Palacios Costa, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Tras una breve salutación de este último, tomaron la palabra los representantes de las comisiones nacionales de cirujanos plásticos. Entre ellos, habló Malbec, que destacó el crecimiento en el número de países participantes, de médicos que adhirieron al Congreso y de comunicaciones: “Tenemos, en efecto, en esta reunión seis naciones

más que en la primera, o sea el doble, 74 médicos y 64 comunicaciones más” (Malbec, 1943). En cuanto a la cantidad de miembros titulares, se observa un crecimiento que va de 58 en 1941 a 72 en 1942, registrándose que las nacionalidades con mayor peso son Argentina (29), Brasil (23) y Uruguay (10).

Los siguientes Congresos de la SLACP se realizaron en Santiago de Chile y Viña del Mar (Chile), en octubre 1944; en Montevideo y Punta del Este (Uruguay), en diciembre de 1947; en Lima (Perú), en noviembre de 1950; en Asunción Paraguay, en julio de 1952; y en México, en octubre de 1954. En las décadas subsiguiente, los congresos continuarían llevándose adelante, mostrando un predominio de Argentina y Brasil en el desarrollo de la especialidad a nivel latinoamericano. De esta manera, en un editorial publicado en el “Boletín de Cirugía Plástica” sobre el IX Congreso de la SLACP realizado en San Pablo en 1960, puede leerse que se presentaron 180 trabajos y que 50 fueron presentados por cirujanos plásticos argentinos. Asimismo, que, de los 242 congresales inscriptos, “el mayor número correspondió a la representación brasileña con 138 inscriptos y luego la argentina con 64 inscriptos” (“El IX Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica”, Boletín de Cirugía Plástica, 1960: 8). Finalmente, cabe destacar que en 1965 comenzó a plantearse la posibilidad de constituir una Sociedad Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica, proyecto que logró consumarse durante el XII Congreso de la SLACP realizado en Caracas (Venezuela) (Margaride, 1995: 98).

6. Fundación e historia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

Doce años deberían transcurrir entre la fundación de la SLACP y la conformación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACP)⁴⁰. El germen de la entidad surge de una serie de reuniones informales sostenidas entre distintos cirujanos plásticos en las instalaciones del Club Universitario de Buenos Aires, en los que se decide organizar encuentros de intercambios científico (ateneos hospitalarios) en las principales secciones o servicios en los que se realizara

⁴⁰ En las fuentes históricas sobre la materia, puede leerse entre líneas que parte de esta dilación respondió a las disputas de poder entre los distintos referentes de la especialidad. Sean cuales fueren los motivos, lo cierto es que para 1952 varios países latinoamericanos contaban con sus entidades representativas: la “Sociedad Chilena de Cirugía Plástica” fundada en fecha temprana como 1941; la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica y la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica creadas en 1948 y la Sociedad Peruana de Cirugía Plástica gestada en 1950. En 1952, en coincidencia con la consolidación de la SACPER, vería la luz la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica y en 1957 la Sociedad Uruguaya de Cirugía Plástica.

cirugía plástica. Dichos ateneos comenzaron en 1949 en el Hospital Británico, y rotaron por los distintos hospitales siguiendo un orden alfabético. En ocasiones, los ateneos se realizaban por la mañana, y las discusiones de casos eran acompañadas de sesiones quirúrgicas. Pero con mayor frecuencia estos encuentros comenzaban alrededor de las 21 horas y se extendían hasta medianoche. Un común denominador de las reuniones, fue la comida organizada por el jefe de sección que fungía de anfitrión: lo que comenzó siendo un frugal refrigerio terminó siendo un verdadero banquete, en el que empezó a perfilarse la entidad que agruparía a los cirujanos plásticos argentinos.

En 1951, al cierre de un ateneo que tuvo lugar en el Hospital Argerich, se realizó una reunión en la que designó una Comisión Provisoria que tendría por objetivo redactar un anteproyecto para la organización de la Sociedad de Cirugía Plástica. Dicha comisión estuvo integrada por cirujanos de lo que podríamos denominar la segunda generación (Benaim, Davis, Goldenberg y Niklison), actuando como asesores Héctor Marino y Ernesto Malbec. Luego de varios meses de intenso trabajo en el Hospital Británico, la Comisión puso a consideración de los futuros integrantes el anteproyecto. Este último se discutió y se votó punto por punto en tres Asambleas Extraordinarias que, presididas por Ernesto Malbec, tuvieron como sede el local de la Asociación Médica Argentina.

Las dos primeras Asambleas se realizaron el 24 de noviembre y el 10 de diciembre de 1951. La tercera, el 24 de marzo de 1952, fecha en la que se firmó el Acta de Fundación y que es considerada como el momento en que vio la luz oficialmente la SACP. La falta de consenso para elegir las autoridades que presidirían la entidad, inclinó la balanza por una solución que temporariamente limara las asperezas. Se decidió por el año 1952, que la Comisión Directiva estuviera integrada por un representante de cada hospital en el que se hubiera realizado un ateneo hospitalario. Esta Comisión actuaría como cuerpo colegiado y designaría su Presidente en forma rotativa en cada reunión que se celebrara. La Comisión Directiva provisoria estuvo compuesta principalmente por cirujanos de la ciudad de Buenos Aires, incluyendo algunos representantes del interior⁴¹. Asimismo, se encomendó a dos de sus miembros (los Dres. José Viñas y Alberto Beaux) la tarea de elaborar el estatuto y reglamento de la nueva entidad.

⁴¹ Los hospitales referidos en el Acta de fundación son: Álvarez, Alvear, Argerich, Británico, Clínicas, Durand, Fiorito, Militar, Ramos Mejía, Rawson y San Martín de La Plata. Los representantes designados fueron: Oghi, Benaim, Correa Iturraspe, Armanino, Santa Marina, Otermín Aguirre, Zwanck, Beaux, Viñas, Codazzi Aguirre por Rosario, Osácar por Córdoba, Sannanes por Mendoza y Leonardo Barletta por La Plata.

El 5 de mayo de 1952, se realizó la primera Reunión de la Comisión Directiva en el Hospital Británico, bajo la presidencia del Dr. Zwanck. En la reunión, se designaron 28 miembros Titulares y 15 miembros Adherentes. Según lo estipulado en el reglamento, para asumir la condición “Adherente” se debían cumplir los siguientes requisitos: “a) demostrar interés en la Cirugía Plástica; b) ser propuesto por dos miembros titulares; c) ser aceptado por la Mesa Directiva por mayoría de dos terceras partes de los miembros presentes”. Los últimos dos requisitos se reiteran en el caso de la elección de los miembros “Titulares”, añadiéndose otras tres condiciones: “a) ser miembro adherente; b) certificar dedicación exclusiva a la especialidad en un centro científico reconocido, demostrando una antigüedad no menor de cinco años; c) presentar un trabajo inédito sobre un tema de la especialidad” (Patané, 1986: 172).

El 17 de julio de 1952, en la sede de la Asociación Médica Argentina, tuvo lugar la “Primera Reunión Científica” de la SACP. A la sesión asistieron cerca de cien personas, incluyéndose la concurrencia de cirujanos plásticos de México, Brasil, Uruguay y Perú. Estuvo presidida por el cirujano plástico inglés Archibald Mc Indoe, que pronunció una conferencia sobre “Reconstrucción total de la cara”, seguida de otra exposición sobre “Injertos de párpados” a cargo del mexicano Mario González Ulloa. Asimismo, se nombraron los primeros Miembros Honorarios de la SACP, contándose entre ellos Gillies y Mc Indoe de Inglaterra, Webster de Estados Unidos, Sanvenero Roselli de Italia y González Ulloa de México. Durante este año se realizarían cinco reuniones científicas más, presentándose un total de 16 trabajos. Al año siguiente, la cantidad de presentaciones se elevaría a 36.

El 28 de abril de 1953, poco más de un año de fundada la SACP, se llevó adelante una Asamblea General en la que se votó según el estatuto la primera Comisión Directiva de la entidad. Para ocupar los cargos más jerárquicos, fueron elegidos tres de los pioneros de la cirugía plástica argentina. La presidencia recayó en manos de Ernesto Malbec, la vicepresidencia quedó bajo responsabilidad de Héctor Marino y como Secretario General fue designado Julián Fernández. En los dos años subsiguientes serían elegidos para la presidencia Marino y Fernández. Cabe destacar que desde la primera elección hasta 1980, prácticamente todos los presidentes de la SACP fueron de la ciudad de Buenos Aires, siendo la única excepción la de Albertengo (Rosario) que ocupó el cargo en 1969. A partir de la década del ochenta, se impuso un criterio federalista, que obligó a alternar la presidencia entre la Capital y el interior argentino.

En 1953, bajo la presidencia de Malbec se publica por primera vez la “Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica”, en la que se presentan bajo formato de resumen los trabajos presentados en las distintas reuniones científicas de la SACP. Dicha experiencia se repetiría en las décadas posteriores, adquiriendo sistematicidad a partir de 1995. A partir de los números correspondientes al período 1953-1961 pueden observarse dos cuestiones. En primer lugar, la evolución en el número de miembros titulares y adherentes de la entidad. De esta manera, en el período considerado la Sociedad pasa de tener 68 miembros a totalizar 159, lo que muestra que en solo ocho años se produjo un incremento del 133% de la masa societaria. El segundo aspecto que surge de la exploración de esta publicación, es el peso relativo de las distintas ramas de la cirugía en volumen de publicaciones. Así, según un análisis realizado por Losardo y Conde-Orellana (2013), en el período 1953-1964 se publicó un total de 80 trabajos de los cuales 67 (84%) versaron sobre cirugía reconstructiva y 13 (16%) sobre cirugía estética. El reconocimiento dispar de estas dos ramas de la cirugía plástica, daría lugar a una ruptura a mediados de la década del 70'. El próximo apartado se orientará, en parte, a abordar este punto.

7. Crisis y consolidación institucional de la cirugía plástica durante la década del 70'

La década del 70' constituye, simultáneamente, un período de crisis y de afianzamiento institucional de la cirugía plástica argentina. De crisis, porque a inicios de este decenio se produciría el nacimiento de una entidad independiente de cirugía estética: la Sociedad Argentina de Cirugía Estética (SACE). La formación de agrupaciones independientes constituye una tendencia internacional durante este período, y adquiere consumación a partir de la fundación de la Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Dicho acontecimiento tuvo lugar en 1970 y, como ya he mencionado en varias ocasiones, tres de los doce miembros fundadores fueron cirujanos plásticos argentinos: Ernesto Malbec, Héctor Marino y José C. Viñas. A instancias de este último, el Acta de Fundación se firma en el edificio de las Naciones Unidas de Nueva York.

El 9 de julio de 1972, dos años después de la creación de la ISAPS, Viñas junto a un grupo de cirujanos miembros de la SACP conformarían la SACE. En noviembre de ese año, se realiza el Primer Congreso de la flamante entidad, cuya apertura estaría a cargo de Oscar Ivanissevich y el propio Viñas. El primero, brindó un curioso discurso en verso, en el que además repasar algunos

hitos de su carrera pronuncia un furibundo rechazo a la igualdad de género: “El sexo sin sexo es contra natura, los pelos se alargan, todo es confusión y todos preguntan: ¿mujer o varón?”. Por su parte, el fundador y para entonces presidente de la SACE, brinda un discurso que pone a las claras los motivos que estuvieron por detrás de la conformación de esta organización. Según afirma, “los cultores francos y confesados [de la cirugía estética] eran mirados con cierto recelo y desdén y raramente alcanzaban cargos importantes en la Sociedades de Cirugía Plástica”. Dicha “discriminación”, continúa argumentando, se hacía extensiva a la participación en congresos internacionales y a la “nómina de los premiados en las diferentes Sociedades de Cirugía Plástica del Mundo”⁴² (“Primer Congreso Argentino de Cirugía Estética”, Prensa Médica Argentina, 1973: 929-931).

La SACE se mantuvo en actividades durante ocho años. En ese lapso, los miembros de la entidad organizaron simposios, congresos y publicaron varios números de la revista “Cirugía Estética”. Durante este período se registra un antagonismo entre las dos entidades, que obligaba a que los cirujanos plásticos tuviesen que optar por una u otra sociedad (Patané, 1986: 54). En 1976, se produce el abrupto fallecimiento de su fundador en un accidente tranviario, lo que provoca un debilitamiento de la SACE. Tres años después la organización de cirujanos estéticos se disuelve y se produce la unificación de todos los cirujanos plásticos bajo el paraguas de la SACP. En las décadas posteriores, esta última entidad incorporaría los términos “Estética” y “Reparadora” a su denominación originaria, pasando a llamarse Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER).

Como señalé al inicio, la década del 70’ también marcó un período de afianzamiento institucional para la cirugía plástica argentina. No sólo porque al cierre de esta década se resuelven los cismas societarios, sino también porque en este decenio se produce la apertura de las primeras carreras de posgrado en cirugía plástica. De esta manera, junto al sistema de enseñanza mediante residencias médicas que comienza a afianzarse en Argentina a principios de la década del 60’, durante este período la apertura de estas carreras de posgrado ofrece la posibilidad de adquirir una enseñanza sistemática y prolongada en la especialidad. La primera de ellas se conforma en 1974, bajo el impulso de Héctor Marino y un grupo de colaboradores, que crean la “Carrera de Post-

⁴² El congreso también tuvo un matiz reivindicatorio de algunas figuras de la cirugía plástica argentina que, según el presidente de la SACE, no recibieron el reconocimiento que les correspondía por parte de la SACPER. Entre estas figuras destacan las de Oscar Ivanissovich, Lelio Zeno, Juan Andrés Codazzi Aguirre y Ramón Palacio Posse.

grado Cirugía Plástica” en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Tres años después, bajo la presidencia del Dr. Néstor Maquieira, la SACP organiza el “Curso Triannual de Cirugía Plástica”.

Los requisitos de ingreso y los programas de formación de estos cursos presentan similitudes. Para ingresar, se requería tener título de médico y haber realizado una residencia en Cirugía General durante al menos 3 años. En cuanto al organigrama, se estipulaba una formación de tres años de duración con rotación semestral en distintos servicios especializados en el tratamiento del amplio espectro de patologías que aborda la cirugía plástica. En las décadas posteriores, se abrirían nuevos programas de formación en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y en la Universidad Católica Argentina. Lo relevante de este proceso, es que formaliza y estandariza los criterios de acreditación para el ejercicio de la especialidad de cirugía plástica, así como los requisitos para ser reconocido como miembro de la entidad que agrupa a los cirujanos plásticos argentinos.

Conclusiones

En este capítulo, desarrollé los principales hitos de la historia de la consolidación institucional de la cirugía plástica en Argentina. Inicié la exposición identificando y describiendo las primeras publicaciones sobre la materia entre fines del siglo XIX y principios del XX, destacando el lugar exclusivo de la cirugía plástica reconstructiva y la preeminencia que asumieron aquellas que versaban sobre reparación de la nariz. A continuación, destacué la relevancia que asumieron las dos conflagraciones mundiales en la consolidación técnica e institucional de la cirugía plástica reconstructiva en los países que formaron parte de las guerras, destacando a continuación algunos hitos que dan cuenta de la circulación internacional de conocimientos médicos que contribuyeron al avance de la especialidad en Argentina.

En los apartados que siguieron, me aboqué a exponer el desarrollo institucional de la cirugía plástica argentina desde el período de entre-guerras hasta la década del 70'. Según afirmé, fue en el lapso que medió entre las dos guerras mundiales, que comenzaron a emerger los primeros centros especializados en la materia en servicios de cirugía general y especialidades afines de hospitales públicos porteños y algunos del interior del país. En el desarrollo y consolidación de estos centros, tuvieron un papel destacado varios cirujanos: Oscar Ivanissevich, Julián Fernández,

Ernesto Malbec, Lelio Zeno y Héctor Marino. Sus biografías mostraron el carácter polifacético de sus carreras, pero fundamentalmente mostraron el paulatino proceso de decantación que con el tiempo los llevaría a cultivar exclusivamente la cirugía plástica en sus facetas reconstructiva y estética.

Acto seguido, me ocupé de dos eventos fundamentales en la historia de la consolidación institucional de la cirugía plástica argentina. El primero, fue la fundación de la SLACP en 1940. Destacable de este proceso, es el papel central que tuvieron los cirujanos argentinos en la fundación de la entidad y el rol dominante que mostrarían en las décadas subsiguientes, fenómeno que da cuenta del enorme grado de desarrollo de la cirugía plástica nacional en comparación con otros países latinoamericanos. El segundo, fue la creación de la SACP en 1952. A partir del análisis de este evento, pudimos constatar que la entidad nació como el resultado de los lazos forjados entre especialistas y cultores de la especialidad en distintos servicios de cirugía plástica hospitalarios de Buenos Aires y del interior. Asimismo, movilizándolo los escasos datos disponibles, mostré el importante incremento en el número de miembros societarios que se duplicaron ampliamente en el transcurso de un decenio.

Al cierre, realicé una breve incursión por la década de los setenta, señalando que constituyó un período de crisis y consolidación institucional de la cirugía plástica. Crisis, porque en esta década nació la SACE, que compitió durante varios años con la SACP. Este cisma sería resuelto a fines de los setenta y comienzos de los ochenta, con la disolución de la SACE y la unificación de los cirujanos plásticos argentinos bajo el paraguas de la SACP. Consolidación institucional, en la medida en que fue durante este decenio que emergerían las primeras carreras de posgrado en cirugía plástica, que implicarían el inicio de la formalización de la enseñanza y la acreditación para el ejercicio de la especialidad en Argentina.

Más allá de situar temporalmente al lector para el abordaje de los capítulos que siguen, este capítulo permitió identificar a los principales exponentes de la especialidad durante la primera mitad del siglo XX. Esto asume relevancia por dos motivos. Por un lado, porque permite constatar que lejos de ser actores marginales del mundo médico abocados al ejercicio privado de una actividad lucrativa, las trayectorias de estos profesionales muestran una fuerte implicación con los procesos políticos de su tiempo y exhiben un fuerte compromiso en extender una práctica a la que conciben como capaz de brindar beneficios terapéuticos a los pacientes. Por otro lado, porque habilitó a realizar una presentación sumaria de muchas de sus publicaciones médicas y de

divulgación en torno a la cirugía plástica. Actores y análisis de publicaciones médicas aparecerán entrelazadas en las páginas que siguen, con la pretensión de identificar el modo en que los promotores de esta novel rama quirúrgica procuraron delinear una esfera de problemas médicos, probar la eficacia de sus prácticas para resolverlos, y transmitir los rudimentos técnicos, morales y cognoscitivos para ejercer la especialidad.

Capítulo 2. La indicación económica de cirugía estética en la “lucha por la vida”



Las guerras no sólo dejan muertos. También dejan viudas. Algunas de ellas, en una situación material y moral sumamente precaria. Tal es el caso de la mujer de las fotografías, cuyo cambio fisonómico expresa algo mucho más profundo que una simple desaparición de las arrugas. Testimonia, según el cirujano español nacionalizado argentino Lluesma Uranga⁴³, el “milagroso proceso de resurrección civil y social” que la cirugía estética provocó en esta viuda de la Primera Guerra Mundial. Para comprender el sentido cabal de estas palabras, debemos retrotraernos al año 1917, fecha en la cual esta mujer tuvo que renunciar a su empleo en un stand de sedería de uno de los más grandes almacenes de París. Motivó esta renuncia la necesidad de viajar a su aldea natal (cerca del frente, en la región del Argonne), para “atender a su anciana madre, enferma e imposibilitada de toda actividad por la inhalación repetida de gases de combate, a consecuencia de lo cual habían muerto allí mismo sus dos hijos pequeños”. Tiempo después, semanas antes del armisticio, su marido fue declarado como “desaparecido en combate”. Como consecuencia del

⁴³ Estanislao Lluesma Uranga (1909-1968) fue un médico, escritor y traductor español. En 1939, con el fin de la guerra civil española, debió exiliarse en Argentina debido a la persecución del franquismo (Lluesma Goñalóns y Márquez Arroyo, 2011). En Buenos Aires, fue médico asistente en el servicio de Enrique Finochietto del Hospital Rawson y cirujano en los Hospitales Piñero y Aeronáutico Central. Su labor como cirujano plástico constituyó sólo una parcela de su actividad médica y no es mencionado en ninguna de las publicaciones sobre historia de la cirugía plástica escritas por especialistas locales.

desorden administrativo propio de la transición, esta “mujer quedó física y moralmente –pero no civilmente– como una viuda de guerra”. Sin pensión del Estado, ni voluntad de contraer nuevo matrimonio, sus posibilidades de subsistencia dependían de su reinserción en el mercado de trabajo. Pero la tragedia se había impreso en su semblante, y sus chances de retorno a su antigua posición de vendedora eran inversamente proporcionales a su cuerpo marchito:

Cuando llegó a vernos aquella paciente, nos refirió el doctor Claoué, tuvimos la sensación más aguda de cataclismo moral que hubiéramos podido imaginar. Era una mujer aún por debajo de los cuarenta años, de buen cuerpo y correctas proporciones, pero con una expresión de amargura, de indiferencia y de cansancio infinitos. Ante aquellas mejillas ptosadas y marchitas, aquel cuello lleno de pliegues, aquella frente surcada de arrugas y aquellos ojos apagados y hundidos entre unos párpados atónicos y deformados, los restos de la más elemental coquetería parecían haber huído para siempre, espantados en la desolación diaria del espejo. En los comercios ante los que acudió en demanda de trabajo la habían rechazado, impresionados por su aspecto, que realzaban aún más las ropas negras.

Ante el requerimiento de la paciente de beneficiarse “aunque fuera de la mentira piadosa de una reconstrucción plástica de su rostro”, el cirujano plástico francés Charles Claoué (quien relató este caso a Lluesma Uranga) accede a realizarle una ritidectomía o lifting facial. Pocas semanas después de extirparle las arrugas, la protagonista consiguió “un puesto importante en una de las casas que meses atrás la había rechazado, ya que por más lindas y jóvenes que fueran las otras empleadas, no pudieron postergarla mucho tiempo, dada la mayor eficacia, experiencia y conocimiento del público que inmediatamente puso de manifiesto” (Lluesma Uranga, 1958: 32-36).

Esta narración ejemplifica de modo elocuente una de las justificaciones que los cirujanos plásticos argentinos de la primera mitad del siglo XX despliegan para construir la indicación económica de cirugía estética y la centralidad de la circulación internacional en su configuración: la necesidad de contar con una presencia física adecuada para ejercer ciertas ocupaciones, y la utilidad de las intervenciones con fines estéticos para la inserción y pervivencia en dichos empleos. Aunque en este capítulo, me abocaré principalmente a la cirugía estética, dedico los primeros apartados a analizar la indicación médica en cirugía reconstructiva de la mano. Incluyo ambos tipos de cirugía en este capítulo para mostrar que, tanto uno como la otra, son definidas por los cirujanos plásticos del período como prácticas necesarias y útiles que contribuyen a la (re)inserción laboral de personas con problemas de empleo suscitados por características físicas que generan rechazo en el mercado de trabajo.

Analizo, en primera instancia, lo que daré en denominar narrativas fisio-quirúrgicas que ponen de relieve la rehabilitación funcional de la mano de los obreros accidentados. Acto seguido, analizaré algunos casos de cirugía reconstructivas de la mano femenina, a los efectos de poner de relieve el modo en que entran en juego consideraciones de género y ocupacionales en la indicación de cirugía reparadora. En los siguientes apartados, ingreso de lleno en el terreno de la cirugía estética, para analizar el modo en que la cirugía estética es escenificada como una práctica necesaria y útil a través de narraciones socio-quirúrgicas de casos.

Dichas narraciones presentan una estructura tripartita donde la cirugía estética opera como punto de inflexión en la trayectoria económica de los pacientes. Asimismo, se desarrollan en un escenario social cambiante: por un lado, el mundo artístico marcado por la expansión del cinematógrafo que impone mayores requerimientos sobre la fisonomía de actores y actrices; y por el otro, la creciente inserción de la “mujer moderna” en el mercado de trabajo, cuya incorporación segregada en actividades de servicio exige correctas proporciones y un aspecto juvenil.

La contracara de estas narrativas de casos exitosos, son aquellas donde los pacientes con “fallas del carácter” que achacan su fracaso a defectos físicos leves o imaginarios, mostrando la centralidad del mérito en la construcción de la indicación en cirugía estética. Como corolario de este segundo bloque, me aboco a explorar algunas de las referencias presentes en la literatura médica acerca del financiamiento y los honorarios médicos, cuyo énfasis en la accesibilidad de estas presentaciones dibuja la figura del cirujano estético filántropo. En suma, según veremos a lo largo de este capítulo, al tiempo que escenifican el valor económico de la cirugía plástica, las narrativas permiten vislumbrar los criterios técnicos, morales y cognoscitivos que entran en juego en la construcción de la indicación económica en cirugía plástica.

1. La indicación económica en la reconstrucción de la mano del obrero

Durante la primera mitad del siglo XX en Argentina, el problema de los accidentes de trabajo suscita una serie de iniciativas institucionales y técnicas que aspiran a atenuar el impacto económico y social que plantea el incremento en el número de los “inválidos” para desempeñar actividades laborales. En este período, se sancionan una serie de leyes orientadas a reparar financiera y corporalmente a los accidentados, estableciendo un régimen de indemnizaciones fundado en la idea del “riesgo profesional” y ensayando una serie de tibias iniciativas destinadas

a prevenir los accidentes y a rehabilitar a los “inválidos”⁴⁴ (Ramacciotti, K. I., 2011; Ramacciotti y Testa, 2015). Los profesionales médicos fueron actores claves en este período, al instalar el problema de los accidentes de trabajo en la agenda pública, impulsar asociaciones y espacios orientados a brindar atención y rehabilitación a los inválidos, y desarrollar terapéuticas especializadas a tal efecto. De hecho, es durante este período que se desarrollan “la kinesiología, la traumatología, la ortopedia, las cirugías restauradoras y los programas de reeducación profesional y vocacional [...] destinados a lograr posibles formas de inserción social y laboral [de los inválidos] por distintas vías” (Testa, 2018: 125). Clave en estos proyectos fue la noción de “rehabilitación”, que pretendía movilizar los avances científicos de la posguerra para recuperar la capacidad productiva de los lisiados y reinsertarlos en una actividad profesional remunerada (Bregain, 2012; Sotelano, 2012).

Los médicos nucleados en torno a la naciente cirugía plástica no serían ajenos a este proceso, advirtiendo acerca del problema de las invalideces del trabajo y desarrollando diversas técnicas destinadas a rehabilitar funcionalmente el cuerpo obrero traumatizado. Un ejemplo elocuente, en este sentido, es el del traumatólogo y cirujano plástico rosarino Lelio Zeno. Este último advierte, en dos publicaciones correspondientes a los años 1928 y 1937, acerca de los problemas que acarreó la acelerada industrialización en dos países ubicados en los extremos ideológicos del mapa político mundial. En el primer artículo mencionado, Zeno inicia con una declaración contundente acerca del paralelismo entre la cirugía en tiempos de paz y la cirugía en tiempos de guerra en los Estados Unidos: “La vida moderna, con el portentoso desarrollo industrial y la difusión del automóvil, proporciona tal número de accidentes, que desde el punto de vista médico origina circunstancias similares a las que se hallan presentes en un estado de guerra”. Posteriormente, como una suerte de advertencia a la comunidad médica local, repone una conversación sostenida con el director de los servicios médicos de las fundiciones de la “Carnegie Steel Corporation”: “...me decía Sherman que la Argentina no puede escapar a la ley de la

⁴⁴ En 1915, se sanciona la Ley 9688 de “Accidentes y Enfermedades de Trabajo” que estableció la obligación de los patrones de indemnizar a los obreros que padecieran lesiones o enfermedades ligadas a su actividad laboral, recayendo sobre los primeros la carga de demostrar que el accidente había sido causado por negligencia o por el riesgo inherente a ciertas actividades. En 1944, el Decreto Ley de Medicina Preventiva y Curativa (Ley N° 30.656) impulsado desde la Secretaría de Trabajo y Previsión bajo la dirección de Juan Domingo Perón, establece un control preventivo sobre ciertos padecimientos que repercutían negativamente sobre la capacidad de los trabajadores, la obligación del enfermo de someterse al tratamiento médico y de los empleadores de reincorporarlos una vez reestablecidos. En 1956, se crea la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL), uno de cuyos objetivos fue asumir la puesta en marcha de un plan nacional de rehabilitación para personas con capacidades laborales disminuidas.

evolución social. Pronto tendremos más industrias; se abrirán más caminos; circularán más automóviles, y, como una consecuencia fatal, ocurrirán más accidentes.” (Zeno, 1928: 1452-1453).

En la segunda publicación citada, el cirujano vuelve sobre un intercambio, pero en esta ocasión la interlocutora es la profesora Gorinieskaia, vice presidenta de la Sociedad de Cirugía de Moscú. El motivo de este intercambio fue la polémica suscitada a raíz de un informe presentado por Zeno ante dicha Sociedad en 1932. En el informe sostenía que, a despecho de las medidas de profilaxis e higiene impulsadas por el gobierno soviético, la rápida industrialización necesaria para el afianzamiento del socialismo traería aparejado un incremento en los accidentes de trabajo. La respuesta crítica de Gorinieskaia, consistió en señalar que esta afirmación se fundaba en una trasposición mecánica de los países capitalistas, en donde “la lucha contra el traumatismo se limita porque la técnica de la defensa llega a los límites convenientes para los patrones”. No obstante, el tiempo y las estadísticas terminarían inclinando la balanza en favor de Zeno, que 4 años después haría un segundo viaje a Rusia y constataría un crecimiento del 16% de accidentes para la población de Moscú (Zeno, 1937: 22-26).

En la literatura médica analizada, no encontré un análisis sistemático y puntual sobre la evolución de los accidentes de trabajo en Latinoamérica y Argentina. Sin embargo, la problemática es frecuentemente mencionada para destacar el carácter loable de la cirugía plástica. Elocuente, en este aspecto, son las palabras del cirujano boliviano Ibáñez Benavente en uno de los discursos de apertura al Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1942): “[la cirugía plástica] tiene por objeto hacer menos cruel el futuro de centenares y miles de ciudadanos, que perdieron sus aptitudes para la producción, en aras de un ideal de trabajo o de defensa del suelo patrio”. Según este cirujano, rehabilitar a estos pacientes no sólo contribuye a torcer destinos individuales truncados por un traumatismo, sino que también implica la solución a problemas de carácter económico y social: “Desaparecida la invalidez, por la habilitación del hombre para el trabajo, éste, en vez de constituir una penosa carga para el Estado, se convierte en un ser útil, en un instrumento generador de energías, de progreso y de bienestar para la patria y la familia” (Ibáñez Benavente, 1943: 36-37).

El carácter rehabilitador de la cirugía plástica reconstructiva se hace especialmente elocuente en aquellos casos donde tiene lugar una lesión sobre la mano del trabajador. Como es evidente, para estos últimos, la mano en su función de órgano de prensión es el principal instrumento de trabajo y medio de subsistencia. Dicho en términos de uno de los precursores de la

cirugía de la mano, Allen B. Kanavel: “*La mano del hombre que trabaja es su tesoro más preciado y sin ella la vida le resulta una carga*” (Pedemonte, 1944: 297-298). Además de su importancia funcional, desde la perspectiva de los cirujanos plásticos, las invalideces producidas por lesiones en la mano asumen proyección colectiva por tres motivos. En primer lugar, porque constituye el sector anatómico sobre el que recaen los accidentes con mayor frecuencia. En segundo lugar, porque el obrero traumatizado, y el lesionado de la mano en particular, supone una onerosa carga para “patrones y compañías de seguros de cuyos fondos se recaban los honorarios y las indemnizaciones por accidentes” (Zeno, 1936: 1452). Así, según afirma el cirujano plástico uruguayo Pedemonte en el Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1944), los datos disponibles sobre diversos países marcan que del 40 al 50% de los accidentes del trabajo indemnizados corresponden a traumatismos de los dedos y de la mano. En tercer lugar, porque aun cuando la compensación garantice parcialmente la subsistencia, la falta de horizontes vitales propios del mundo del trabajo derivan en la desmoralización del obrero y la mendicidad.

Una buena proporción de los trabajos sobre plásticas de la mano traumatizada confluyen en la insistencia sobre la necesidad de adoptar medidas de prevención en el ambiente de trabajo con el fin de evitar o, al menos aminorar, las secuelas de los accidentes. Pero ante el hecho consumado del aumento en el número de accidentados producto de la maquinización, los cirujanos importaron, idearon y pusieron en práctica una serie de procedimientos quirúrgicos orientados a reparar la mano. Para dar un cierre a este apartado centrado en el costado funcional de la cirugía plástica, es que me propongo abordar una intervención que por el sector anatómico y el perfil de paciente representa con claridad esta dimensión: la reconstrucción del pulgar del obrero.

La mano, en su calidad de órgano de prensión, ejerce esta función a través de la pinza. El pulgar, según una presentación realizada por el cirujano argentino Terencio Gioia⁴⁵ (1923-2004) en el Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1942), es una de las ramas esenciales para ejecutar esta función y, por lo tanto, la integridad de este dedo es fundamental para desempeñarla eficientemente⁴⁶. En dicho trabajo, el cirujano afirma que el mayor contingente de

⁴⁵ Terencio Gioia fue Jefe de Sala de Traumatología del Hospital Dupuytrén de Buenos Aires con una destacada labor en el ámbito del psicoanálisis en Argentina.

⁴⁶ Una buena manera de calibrar la importancia del pulgar, es a través de la comparación de los montos compensatorios correspondientes a diversas mutilaciones de la mano acaecidas en el ambiente laboral. Así, según afirma Gioia, en un trabajo presentado durante el Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica: “La Ley de Accidentes de Trabajo de los distintos países, asigna como indemnización, en casos de pérdida de la mano, un porcentaje que varía del 55% al 65%; por la pérdida de los cuatro últimos dedos del 40% al 50%, y por la pérdida del pulgar (ambas

mutilados del pulgar lo suministran los traumatismos de guerra y de la práctica industrial, y que la cirugía plástica puede contribuir a mejorar la suerte de estos mutilados. Ante las mutilaciones totales del pulgar, identifica dos técnicas quirúrgicas: “la *restauración completa del citado dedo* (dactiloplastia) y la *falangización* del primer metacarpiano al que se transfiere así las funciones del pulgar”⁴⁷.

Cada una de estas técnicas presenta ciertas ventajas y desventajas. La restauración mediante trasposición de dedo o colgajo tubulado, brinda un resultado estético aceptable, pero implica un procedimiento complejo, mutilador y de resultados aleatorios. Más importante aún, en términos funcionales, brinda un *pulgar débil y de escasa sensibilidad*. Por el contrario, la falangización del primer metacarpiano, acentúa la deformidad originaria, pero involucra una intervención sencilla, segura y permite obtener un remedo de *dedo fuerte y sensible*. Según establece Terencio Gioia, la indicación de uno u otro procedimiento depende del sexo, la edad y la profesión del mutilado, pero:

En términos generales podemos afirmar que la mayoría de los sufragios están de parte de la falangización del primer metacarpiano, porque siendo los obreros los más expuestos a la mutilación del pulgar, al restaurarlo es preciso pensar en un procedimiento operatorio que, sin estar expuesto a mayores contingencias, sea capaz de proporcionarle un pulgar sólido, vigoroso, dotado de sensibilidad, que le permita reanudar sus habituales tareas, que por su naturaleza requieren generalmente fuerza. Pues bien, para ello nada mejor que la falangización del primer metacarpiano

Precisamente, los dos casos que aborda corresponden a trabajadores manuales: el primero, J. L., trabajador industrial de 22 años; y el segundo, J. M. T., mudanza y transporte de mercadería de 23 años. La presentación de estos casos tiene un carácter narrativo que consta de una estructura tripartita: descripción de las circunstancias y del carácter de la lesión; descripción de la terapéutica empleada; y evolución en el post-operatorio. En cuanto al aspecto sustantivo de estas narraciones, el foco está puesto en la función. Por este motivo, decidí denominarlas *narrativas fisio-quirúrgicas*, en tanto las acciones están secuenciadas a los efectos de brindar pruebas de la eficacia terapéutica de una técnica en el pasaje de la disfunción a la función. Para ilustrar este punto, veamos cómo describe las circunstancias y el carácter de la lesión del primer paciente:

falanges) –considerada por la ley como una de las incapacidades permanentes y totales para la profesión habitual– del 30% al 35%.”

⁴⁷ La restauración total del dedo se funda en su reconstitución mediante colgajos tomados a distancia. La falangización del primer metacarpiano apela a la profundización de la brecha entre el dedo faltante y el índice, para “fabricar” un pulgar a partir del metacarpo.

Enfermedad actual: El 23 de diciembre ppdo. un engranaje de máquina le tomó la mano derecha, produciéndole las siguientes lesiones...: Mano derecha, grandemente mutilada; faltan tres dedos, pulgar, anular y medio... El dedo meñique se presenta fuertemente flexionado... El dedo índice conserva todos sus movimientos... El muñón del pulgar formado por el primer metacarpiano, está recubierto de piel sana y conserva todos los movimientos. Todas las cicatrices son indoloras a la palpación y espontáneamente.

Lo primero que me gustaría señalar acerca de este fragmento, es que se construye en base a una aproximación objetivista acerca del cuerpo del paciente, en la que este último aparece difuminado incluso al momento de describir el dolor (“Todas las cicatrices son indoloras a la palpación y espontáneamente”). Más aún, incluso la propia persona del cirujano está desplazada, lo que confiere al relato un aura de neutralidad fundada en la despersonalización (Anspach, 1988). Lo segundo, y más relevante, es que la integridad anatómica de la mano es contemplada a la luz de la función y no de la morfología. De hecho, tanto en la descripción de los dedos como de los muñones, el foco está colocado pura y exclusivamente en la motilidad.

En lo concerniente a la segunda etapa de las narraciones fisio-quirúrgicas (la intervención quirúrgica propiamente dicha), se reiteran tanto el estilo impersonal como el énfasis sobre la rehabilitación funcional. No obstante, la novedad que considero pertinente introducir, es que cada una de estas etapas se encuentran íntimamente ligadas: la descripción de la lesión no es sólo una apreciación en tiempo presente del estado del enfermo, sino también un dato que permite anticipar la aplicabilidad y eficacia del procedimiento en la evolución del paciente. En pocas palabras, en la construcción de la indicación médica en cirugía plástica el diagnóstico y el pronóstico se encuentra indisociablemente vinculados⁴⁸. Para entender este punto, basta reponer una frase del pasaje transcrito más arriba: “El muñón del pulgar formado por el primer metacarpiano, está recubierto de piel sana y conserva todos los movimientos”. Esta constatación sobre el “*Estado actual del enfermo*”, resulta clave para determinar la factibilidad del procedimiento elegido, ya que la falangización del primer metacarpiano consiste en hacer del muñón un pulgar a través del aumento del espacio interdigital (Figura 10).

⁴⁸ A medida que avancemos en esta tesis, veremos cómo la evaluación técnico-moral del cirujano plástico incide en la construcción del pronóstico y, en función de ello, la determinación acerca de la conveniencia o no de intervenir a “buenos” y “malos” pacientes.

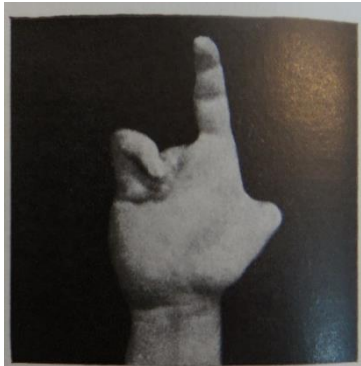


FIG. 2. — *Historia Clínica* Nº 1846. - J. L. — Amputación traumática del pulgar medio y anular de la mano derecha. Vista palmar antes de la falangización del primer metacarpiano.



FIG. 3. — *Historia Clínica* Nº 1846. J. L. — Fotografía obtenida después de cicatrizada la falangización del primer metacarpiano. Obsérvese el profundo espacio intermetacarpiano. Sólo posible con la extirpación del manajo transverso del aductor del pulgar.



FIG. 4. — *Historia Clínica* Nº 1846. J. L. — Reproducción que muestra concluyentemente, como el neopulgar se desempeña harto satisfactoriamente.

Figura 10. Pre y post operatorio de procedimiento de reconstrucción de pulgar mediante falangización del primer metacarpiano en Gioia (1943), págs. 86-87

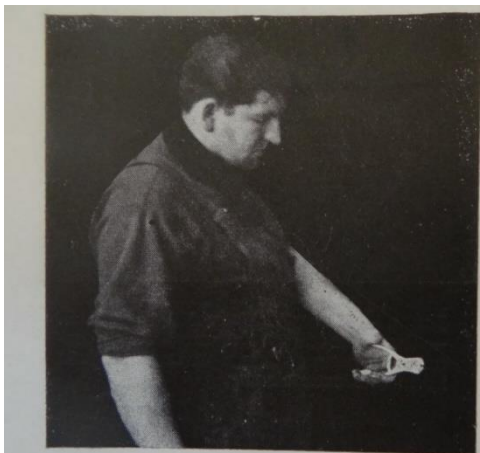


FIG. 5. — *Historia Clínica* Nº 2107. J.M.T. — Amputación traumática del pulgar. Resultado obtenido después de la falangización del primer metacarpiano. Marcada acción eficiente de éste en las funciones de prensión.



FIG. 6. — *Historia Clínica* Nº 2107. J.M.T. — Amputación traumática del pulgar. Resultado obtenido después de practicada la falangización del primer metacarpiano.

Figura 11. Post operatorio de procedimiento de reconstrucción de pulgar mediante falangización del primer metacarpiano en Gioai (1943), pág. 88

La tercera etapa de las narraciones fisio-quirúrgicas describe la evolución del paciente en el pos-operatorio, cuyo cierre está dado por la evaluación del resultado obtenido a partir de la terapéutica aplicada. Como ya es evidente, en estas narraciones la evaluación recae sobre el impacto de la intervención quirúrgica en la rehabilitación funcional de la extremidad intervenida. Rehabilitación que, a su vez, es puesta en relación con el oficio que desempeña el paciente:

“Postoperatorio: Sin incidentes. Concorre al llamado que se le hace. El enfermo manifiesta que se encuentra muy bien de la fractura consolidada. El neopulgar le permite desempeñarse cómodamente en sus tareas habituales que requieren fuerza”. En paralelo al uso del recurso narrativo en la descripción del restablecimiento funcional, el autor del trabajo apela a la fotografía para dar testimonio de la eficacia terapéutica de la intervención. La particularidad que asume el registro visual de este tipo de casos es que captura el cuerpo en el momento de ejecutar una acción. De este modo, en la Figura 11. podemos observar a J. M. T., hombre fornido y en ropas de trabajo, utilizando la fuerza y movilidad de su nuevo pulgar para tomar una pinza y sostener un trozo de metal.

Como pudimos observar en este apartado, la cirugía plástica reconstructiva asume una clara orientación funcional al intervenir sobre la mano traumatizada del obrero, procurando rehabilitar dicha extremidad para que el paciente pudiera reincorporarse a su ocupación habitual. El carácter funcional de este tipo de intervenciones las coloca dentro del universo de prestaciones médicas necesarias, lo que redundaría en iniciativas tendientes a prevenir o reparar pecuniariamente estas lesiones, pero también orientadas a garantizar el acceso a servicios públicos especializados en reparar, reeducar y reinsertar al obrero mutilado en el mundo del trabajo. Según veremos en el próximo apartado, las consideraciones sobre el género y la ocupación constituyen aspectos centrales en la construcción de la indicación económica, asumiendo un mayor peso las consideraciones de orden estético cuando se trata de la reconstrucción de la mano femenina.

2. Cirugía reconstructiva de la mano femenina

En el apartado anterior vimos que la mano, en su carácter de órgano de prensión, es un sector anatómico eminentemente funcional. También constatamos, apelando al trabajo del cirujano Terencio Gioia, que esta dimensión se hace particularmente notoria en los casos de reconstrucción de pulgar del obrero. Sin embargo, tal como afirma el autor, el tipo de procedimiento utilizado está supeditado a la edad, el sexo y la profesión del mutilado. Este punto, se pone claramente de manifiesto en un intercambio que Gioia sostuvo con el cirujano uruguayo Fernando Schreiber (1889-1994)⁴⁹ al finalizar la presentación de su trabajo en el Segundo Congreso Latinoamericano

⁴⁹ Nació en Kempen, Breslau en 1889. Ejerció la cirugía alistado en el ejército alemán durante la Primera Guerra Mundial. Se doctoró en la Universidad de Breslau en 1919. Completó su formación como cirujano plástico en

de Cirugía Plástica (1942). En dicho intercambio, Schreiber presenta una serie de diapositivas en las que muestra los resultados obtenidos en una reconstrucción de pulgar efectuada mediante el método autoplástico⁵⁰. Luego de la presentación, Gioia felicita a su colega por los resultados obtenidos en la restauración total del pulgar de la “enferma”, destacando lo acertado de haber indicado un procedimiento reconstructivo que permite ejecutar la delicada prensión femenina:

El colega ha hecho muy bien en emplear el método autoplástico en su caso, porque como he visto por las fotografías proyectadas, se trataba de una *mutitada* y el método autoplástico permite – cuando se tiene la suerte de que no fracase el injerto– obtener un neopulgar de prensión más delicada. En cambio, en mis cuatro mutilados –todos ellos obreros– no podían en forma alguna beneficiarse con el procedimiento autoplástico. Necesitaban, todos ellos, un pulgar fuerte, ágil y vigoroso y estas condiciones son alcanzadas falangizando el primer metacarpiano (Gioia, 1942: 90).

En este pasaje puede constatarse que la indicación económica en cirugía reconstructiva se encuentra subsumida al género del paciente. De esta manera, si en los pacientes trabajadores masculinos se indican cirugías que brindan una *mano fuerte*, en las pacientes femeninas se destacan aquellos procedimientos que permitan la obtención de una *mano delicada*. En lo que resta de este apartado exploro otros trabajos abocados a la reconstrucción de la mano, procurando focalizarme en aquellos en los que la indicación estética asume primacía por sobre la indicación funcional. Como veremos, dicha indicación se encuentra subsumida las características ocupacionales y socio-demográficas de los pacientes.

Para comenzar, veamos un trabajo presentado por el cirujano argentino Juan Verdaguer en el Tercer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1944) que llevó por título: “Orientación plástica en la amputación digital”. La exposición, inicia con una distinción entre la *mano productiva* del hombre y la *mano ornamental* de la mujer: “La mano, instrumento maravilloso que permite al hombre el desarrollo de su capacidad laborativa, constituye además particularmente en la mujer, un verdadero adorno. La gracia de sus líneas, y de sus movimientos [...] llega a traducir en parte, la personalidad del sujeto”. Lo interesante de este trabajo, es que presenta la contracara exacta del procedimiento propuesto por Gioia para los casos de pérdida de un dedo. Así, mientras este último propone utilizar el metacarpo para crear un pulgar funcional al obrero, Verdaguer

Alemania e Italia. Emigró a Montevideo en 1938, y trabajó como cirujano plástico en el Hospital Pasteur. Falleció joven en Montevideo, hacia 1944.

⁵⁰ En dicho método, no se utiliza el metacarpo para reconstruir el pulgar, sino que se movilizan colgajos para reponer el dedo faltante.

sugiere la extirpación del metacarpo para disimular el vacío correspondiente al dedo ausente y restituir la “armonía” de la extremidad afectada.

El autor aclara que este procedimiento está indicado para la mujer o el hombre intelectual, “que por sus tareas o sentimiento focalice su atención hacia su mano”. Por el contrario, advierte que está contraindicado para “el hombre, particularmente si éste desempeña tareas manuales, [ya que] la reducción de la amplitud de la palma, compromete en parte su capacidad de prensión y su valor para el trabajo”. En este sentido, no es casual que los casos que presenta en la comunicación correspondan a pacientes de sexo femenino: la primera una maestra de 30 años y la segunda una joven de 15.

Con el objeto de observar la preeminencia que asume la dimensión estética en el trabajo de Verdaguer, me centraré en el análisis del primer caso. La historia clínica comienza con una descripción de la lesión (amputación del anular derecho producto de un proceso séptico). A diferencia de las narrativas fisio-quirúrgicas, la evaluación subjetiva de la paciente y del daño estético asumen primacía: “...a consecuencia del defecto así creado, se fue acentuando cada vez más un sentimiento mortificante de inferioridad, que la obligaba a ocultar celosamente su mano sobre todo en público”. El énfasis de esta narración sobre la conformación externa de la mano se hace extensible al material fotográfico. Así, antes que captar un *cuerpo en movimiento*, el foco está puesto en contemplar y evidenciar la armonía reestablecida de un *cuerpo pasivo* a través de la extirpación del metacarpo:

“En las fotografías N° 1 y 2 puede verse... [que] se trata de una mano grácil, bien cuidada, en la cual la falta del anular quiebra en forma grosera las líneas del conjunto... [El] resultado que muestran las Figuras N° 4 y 5°... fue ampliamente satisfactorio, lográndose un afinamiento de la mano que satisfizo por completo a nuestra paciente” (Verdaguer, 1944: 360-366) (Figura 12.)

En otro caso de reconstrucción estética de la mano femenina, se pone aún más de manifiesto la inquietud por restituir la apariencia externa de dicha extremidad. La historia clínica en cuestión corresponde a “la señorita I. O. de 25 años... soltera, de facciones hermosas y cuerpo bien conformado”, y fue presentada por el cirujano plástico argentino Francisco Arescopachaga en el Cuatro Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1947). Según afirma el profesional, en 1946 la paciente acudió al consultorio en demanda de remedio para un defecto que la afligía profundamente: la falta del dedo anular producto de un accidente al descender una escalera. Según registra el cirujano argentino, la mutilación afectaba psíquicamente a la paciente e incidía en su

vida de relación: “[...] pues estaba entregada de lleno al aprendizaje del baile, disciplina a la que habíase dedicado con gran vocación y en la que ausencia de su dedo significaba un trastorno estético, realmente insalvable con procedimientos simulatorios”.

Ante este panorama, el cirujano decide intervenir e indica un procedimiento de resultados aleatorios, pero capaz de brindar un dedo de apariencia aceptable: el uso de injertos tubulados tomados del abdomen de la paciente para reconstruir el anular faltante (Figura 13). En honor a la brevedad, paso a reponer los resultados de la intervención. Desde un punto de vista funcional, la confección de un mecanismo articular permitió obtener un dedo que ejecutaba movimientos de flexión, pero la motilidad obtenida era de carácter puramente pasivo. Desde un punto de vista estético, el autor señala que al injerto “[le] salieron algunos pelos en los se hizo depilación eléctrica”. Asimismo, para finalizar una intervención donde los detalles ornamentales importan, el autor sostiene que se encontraban confeccionando “[...] una uña esmaltada y pintada por supuesto; de material plástico, que se fijará con alguna sustancia adhesiva llevando en ocasión la enferma algún anillo que contribuya a disimular más aún la sustitución” (Arescopachaga, 1947: 198-202).

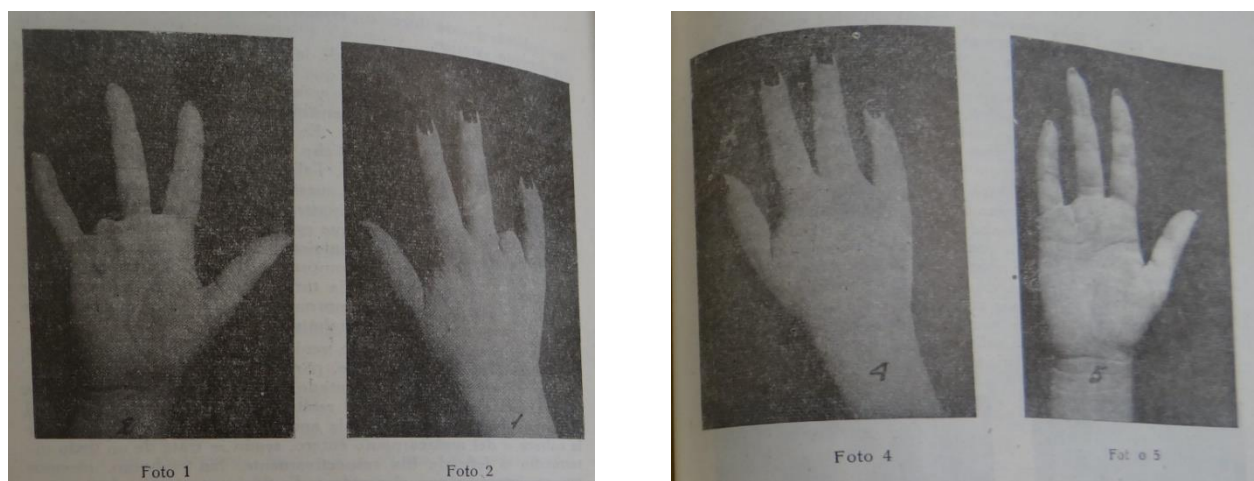


Figura 12. Pre y pos operatorio de la extirpación del metacarpo en el reestablecimiento de la “armonía” de la mano femenina, en Verdaguer 1944, pág. 364

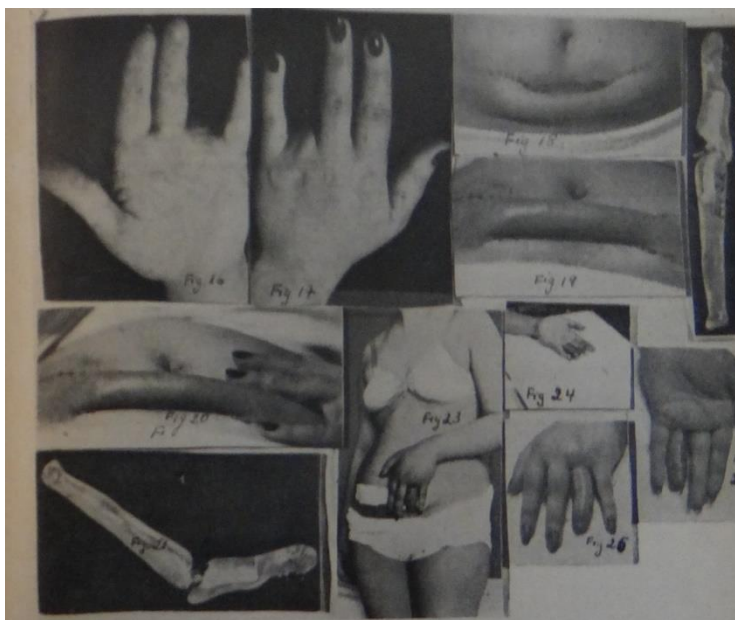


Figura 13. Reconstrucción de mano femenina mediante colgajo tubulado tomado del abdomen en Arescopachaga (1949), pág. 199

Como podemos apreciar, en estas narraciones el cuerpo femenino se sitúa bajo el escrutinio público, cuya mirada recae sobre la estética de los sectores anatómicos visibles y aguza la conciencia de las pacientes acerca de su defecto. Ante este panorama, se impone la indicación de procedimientos quirúrgicos tendentes a recuperar la belleza de la mano, asumiendo un lugar secundario la prensión necesaria para desempeñar labores masculinas. Para ampliar el abanico de consideraciones que entran en juego en la indicación económica de cirugía reconstructiva, cabe destacar que en varias publicaciones la ocupación viene a sumarse al género de los operados. En línea con ello, el cirujano plástico argentino Lluesma Uranga señala que la cirugía reconstructiva puede perseguir la producción de una “mano útil” o una “mano ornamental”, pero que “[este] segundo punto sólo puede primar en perjuicio del primero en algún caso aislado, generalmente de mano izquierda y en mujeres de amplios medios de vida o de imperativas obligaciones sociales” (Lluesma Uranga, 1957: 118-120). Desde esta perspectiva, puede que la indicación estética asuma primacía entre las pacientes de género femenino, pero ello no debe llevar a desatender la ocupación que estas últimas desempeñan.

El mismo razonamiento, pero partiendo del atributo opuesto, cabe para los pacientes de sexo masculino. Puede que para estos últimos la disposición de una mano fuerte cumpla con los requerimientos de una masculinidad vigorosa y proveedora, pero no en todos los casos la utilidad se define por la fuerza. Así, el cirujano plástico argentino Cornelio O’Connor, reflexionando

acerca de la conveniencia de indicar procedimientos de reconstrucción del pulgar complejos, pero a su criterio estéticamente pobres señala:

No hay duda que un hemipléjico que sufre la amputación del pulgar de su mano sana necesita un nuevo pulgar que lo ayude a abotonarse, a vestirse; pero un ejecutivo, ¿necesitará o tolerará la policitación del dedo índice o un colgajo tubulado como pulgar? Ambos procedimientos no brindan precisamente una mano estética; esta persona puede aprender a firmar con su mano sin pulgar. Otro caso distinto es el de un trabajador manual; de allí que sean tan variables las indicaciones según la edad, el estado económico, la ocupación, etc. (O'Connor, 1960: 14).

Para sintetizar lo expuesto hasta aquí, podríamos decir que de la lectura de la literatura médica de la primera mitad del siglo XX emergen una serie de procedimientos que permiten reconstruir el cuerpo en una dimensión estética y/o funcional, y que la indicación de cirugía reconstructiva se encuentra subsumida a una evaluación de las características del paciente. Entre esas características, cabe destacar el género y la ocupación, que vistas de manera conjunta permiten constatar la imbricación entre la división social del trabajo y la división sexual del trabajo. Como resultado de esta operación, se perfilan dos tipos de cuerpos: el cuerpo funcional del obrero y el cuerpo estético de servicio. Bajo este prisma, la estética corporal asume un carácter utilitario, y la cirugía estética deviene en un servicio esencial para la subsistencia material del paciente. En línea con ello, dedico lo que resta del capítulo a analizar el modo en que los cirujanos plásticos de la primera mitad del siglo XX esgrimen evidencia médica para demostrar este punto.

3. Narrativas socio-quirúrgicas e indicación económica de cirugía estética

La literatura médica argentina sobre cirugía estética de la primera mitad del siglo XX, aspira a mostrar que la apariencia constituye un requisito exigido para el ejercicio de determinado tipo de ocupaciones. A tal punto, que asume una jerarquía equiparable a otras cualidades sancionadas favorablemente por el mercado de trabajo: “Vivimos en una época en que es necesario presentarse ventajosamente para entrar a la lucha con probabilidad de triunfar... El resto lo harán otras condiciones, como el talento natural y el estudio, que son las que poseen aquellos privilegiados que se ven surgir” (Games y Mercadino, 1935: 367). Tal como se deriva de la cita precedente, la necesidad “presentarse ventajosamente” aparece acentuada por un contexto de competencia exacerbada en el mercado de trabajo. Para describir este estado de cosas, los cirujanos utilizan recurrentemente una noción proveniente del darwinismo social: “la lucha por la vida”.

No queda del todo claro si el uso de esta noción obedece a la circulación internacional de repertorios de justificación, o si se trata de una incorporación vernácula impulsada por el peso del darwinismo en las ciencias sociales durante las primeras décadas del siglo XX. Lo que sí queda claro, es que en cada ocasión en que la literatura médica aborda la faceta económica de la cirugía estética, la “lucha por la vida” emerge como una expresión que dramatiza la competencia descarnada por los puestos de trabajo. Quizás, quien mejor sintetiza esta idea, es Ivanissevich en el discurso de apertura a “La Primera Exposición de Cirugía Plástica” llevada a cabo en 1939:

La vida es una continua competencia, una continua y más perfecta selección. El éxito sonríe a los mejor dotados, a los más perfectos, a los más armoniosos. Quedan en el camino los menos aptos, los que no inspiran simpatía primaria, los deformes. A estos últimos auxilia la cirugía plástica en la medida que podrá apreciarse en esta exposición (Ivanissevich, 1939: 8).

Según parte de la literatura médica analizada, la relevancia que asume la apariencia en la lucha por la vida alcanza tanto a obreros como a trabajadores de servicios. Así, en fecha temprana como 1919, Rómulo Gil señala que: “Para el obrero, el empleado, la prótesis ocular en general deja de ser una nulidad estética para convertirse en una verdadera necesidad vital.” (Rómulo Gil, 1919: 5-6). Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, los cirujanos colocan el foco de análisis en los requerimientos de aquellos empleos que exigen performar determinadas cualidades ante una audiencia con el fin de contribuir a la circulación y valorización de bienes, servicios e ideas. En línea con ello, el cirujano plástico Estanislao Lluesma Uranga señala: “En individuos cuyo tipo de vida se desarrolla ante el público y que requieren no sólo hacer, saber y decir bien, sino que necesitan ‘ser’ y ‘tener’ una presentación física, si no propiamente bella, cuando no menos correcta, ese requisito llega a hacerse sencillamente imprescindible” (Lluesma Uranga, 1958: 32). Para hacer más operativo el modo en que la apariencia contribuye al ejercicio de determinadas ocupaciones, me gustaría traer a colación el siguiente pasaje perteneciente al cirujano estético argentino Ramón Palacio Posse: “El enfermo en su lecho de dolor recibirá más complacido los cuidados de una bella enfermera, una atrayente vendedora realizará más venta, etc. El instinto humano en ambos sexos se dirige siempre a ser más atrayente por su físico.” (Palacio Posse, 1946: 20).

Como pudimos observar en el último fragmento transcrito, el autor deja entrever el placer suscitado por un físico atractivo. Sólo que en lugar de ubicarlos en la esfera del ocio y de los intercambios amorosos, el atractivo y el placer aparecen inextricablemente ligados al trabajo y a

los intercambios mercantiles. Este desplazamiento marca la apertura de un problema económico a la medida de la cirugía estética, en el que este tipo de intervenciones contribuyen a (re)insertar en el mercado de trabajo a personas que por su apariencia física tienen dificultades para obtener un empleo remunerado. De esta manera, de la misma manera en que la cirugía reconstructiva en la mano del obrero contribuiría a rehabilitarlo para ejercer sus labores, la cirugía estética es escenificada como un procedimiento médico que al modificar la estética facial ayuda a las personas a ejercer trabajos que implican una interacción cara a cara.

Para demostrar el potencial económico de las intervenciones que practican, los profesionales de la estética construyen y presentan una serie de relatos que daré en denominar como narrativas socio-quirúrgicas. Estas narrativas, suelen iniciar *in media res*, momento en el cual los pacientes se presentan a la consulta médica alegando los problemas de empleo suscitados a raíz de su apariencia física. La intervención quirúrgica suele operar como punto de inflexión en la trayectoria de los operados, abriendo oportunidades laborales que derivan en el retorno a antiguos empleos, en la reconversión hacia nuevas oportunidades de trabajo o en un franco ascenso social. Para anticipar al lector la estructura que suelen presentar este tipo de narrativas, transcribo a continuación una versión resumida y arquetípica presente en el libro de divulgación “Cirugía Estética. Obra Benéfica” (1939) publicado por el cirujano estética argentino Juan Andrés Codazzi Aguirre:

Era una acreditada empleada, a quien los años comenzaban a acentuar sus rasgos y que veía a diario peligrar su puesto por la oferta de gente nueva y joven, y quien en una de sus anuales vacaciones concibió la feliz idea de hacerse extirpar esos afeantes estigmas de la edad, con lo que recuperó en presencia y en ánimo y se incorporó a sus tareas compitiendo sin desmedro, en el rostro y en el porte, asegurando así su puesto y la amable complacencia de sus superiores (Codazzi Aguirre, 1939: 13)

Considero que este breve relato es arquetípico no sólo porque presenta la estructura propia de las narrativas socio-quirúrgicas que permean la literatura médica examinada, sino también porque incorpora dos elementos que suelen reiterarse en estas unidades discursivas. Por un lado, la identificación de la apariencia envejecida como obstáculo para insertarse en el mercado de trabajo. Por el otro, la relevancia que asumen dicha condición física para el desempeño femenino en actividades de servicio. A los efectos de analizar en detalle cómo estos elementos entran en juego en la construcción de las narrativas socio-quirúrgicas y de la indicación económica de cirugía estética dedico el próximo apartado.

3.1. La indicación económica de cirugía estética en la “mujer moderna”

La literatura académica destaca un cambio histórico en el papel de la mujer en la sociedad argentina durante la primera mitad del siglo XX, que consistió en la apertura de nuevas oportunidades ocupacionales. Desde ya, que se trató de un proceso limitado, en el que las expectativas sociales vinculadas al género femenino acotaron el despliegue de las trayectorias laborales. Este movimiento de apertura anclado en la conservación y realización de los ideales de feminidad, aparece sintetizado en una noción omnipresente en algunos medios gráficos del período: “la mujer moderna” (Bontempo, 2011).

En la literatura médica analizada, esta noción no emerge con tanta frecuencia, pero es recuperada por Juan Andrés Codazzi Aguirre en un capítulo del libro “Posibilidades en Cirugía Estética” publicado en 1937. El capítulo en cuestión, lleva por título “La mujer moderna y la cirugía estética”, y desde el inicio logra plasmar con claridad meridiana el carácter bifronte de este concepto: “La mujer moderna es aquella es aquella que está a tono con las características sobresalientes de la hora presente; es la que sin dejar de ser mujer y por tanto sin vulnerar las cualidades máximas de su feminidad, sabe colocarse al unísono con las necesidades del siglo”.

Más adelante, precisa que lo que hace “moderna” a esta mujer, es la mayor sociabilidad y frecuentación social que “la mujer de otras épocas”. Sin embargo, esta apertura hacia la vida pública, no hace sino acentuar “inquietudes” que “siempre hubo en la mujer”, tales como “ser simpática, agradable, atrayente, hermosa y bella” (Codazzi Aguirre, 1937: 16-24). Cualidades todas ellas necesarias para ser una buena candidata en el mercado matrimonial, pero también para desempeñarse en el sector terciario de la economía, tal como lo expresa el mismo cirujano en una publicación de un año después: “¿Calcula la empleada, la dactilógrafa, la docente, etc., cual no ha de ser el agradable efecto provocado entre sus compañeros y superiores si al retornar de sus vacaciones, vuelve superada en su silueta, en su rostro, en su persona?” (Codazzi Aguirre, 1938: 9-13).

Las ocupaciones enumeradas en último término, lejos de ser mencionadas por una elección azarosa del autor, dan cuenta el proceso de feminización de ciertos empleos de servicios durante la primera mitad del siglo XX. En el caso del magisterio, este proceso data de largo plazo (Morgade, 1997), pero la creciente inserción de las mujeres como vendedoras, dactilógrafas y

secretarias constituyó una novedad que trastocó la composición sectorial de la fuerza de trabajo femenina⁵¹. A pesar del carácter novedoso y de la cuota de prestigio que revistieron estas ocupaciones modernas, fueron resignificadas como espacios propicios para la conservación y el despliegue de la feminidad. Conservación, porque a diferencia del trabajo fabril, “no comprometía los débiles cuerpos de las mujeres y sus capacidades reproductivas” (Queirolo, 2014). Despliegue, porque además de poner en juego el “natural” atractivo femenino, involucraban motricidad fina, el cuidado de los otros y la amabilidad.

A despecho de que se tratara de ocupaciones “adecuadas” al género femenino, la realización plena de la feminidad continuaría residiendo en el matrimonio, los hijos y el cuidado del hogar. En otras palabras, la salida de la mujer al mercado de trabajo tenía un carácter transitorio y sólo estaba justificada en caso de necesidad económica. Esto es, por ausencia o insuficiencia del “hombre proveedor”, y hasta tanto este último estuviera en condiciones de cumplir con su rol. De aquí se deriva que, para reflexionar acerca del vínculo entre mujer, mercado de trabajo y rol de la cirugía estética es imprescindible tener un ojo puesto en el estado civil de las mujeres y en la condición socio-económica del “hombre proveedor”.

La imagen clásica que surge de las investigaciones académicas mencionadas anteriormente, es la de la mujer joven y soltera de origen económico humilde, que sale a trabajar para complementar ingresos familiares exigüos. Los cirujanos plásticos, por su parte, usualmente apelan a la figura de mujeres viudas, que ante la muerte del proveedor del hogar salen a buscar trabajo, pero que tienen dificultades para conseguirlo a raíz de su aspecto avejentado. Ante este panorama, la cirugía estética funciona “como una verdadera *benefactora social*... [que permite] tanto a los hombres como a las mujeres prolongar sus posibilidades de trabajo de una manera inesperada” (Codazzi Aguirre, 1938: 56). Para ilustrar este punto, veamos una narrativa que el cirujano estético Ernesto Malbec trae a colación en su libro “Cirugía estética. Conceptos fundamentales” (1938).

El caso en cuestión, es el de una viuda parisina de sesenta años, que solía dedicarse a la venta de objetos de lujo. El problema para esta mujer, es que el estallido de la Primera Guerra

⁵¹ Tomando como base de referencia la PEA femenina de la Ciudad de Buenos Aires, en 1914 un 41% de las mujeres se desempeñaba como personal doméstico, un 35% como obrera y sólo un 6% tenía un empleo administrativo. Para 1947, fecha del segundo Censo Nacional analizado por Queirolo (2015), se registra un descenso abrupto en la cantidad de domésticas (25%), un leve crecimiento en la proporción de obreras (40%) y un incremento que prácticamente cuadruplica la proporción de administrativas respecto a 1914 (20%).

Mundial y su aparente vejez le impedían recobrar su antiguo empleo (Figura 14). Cabe destacar, que esta narrativa no es de autoría del propio Malbec, sino que fue retomada del libro “La chirurgie esthétique. Son rôle sociale” (1926) de la cirujana francesa Suzanne Noel. Esta cirujana es recordada por sus aportes al desarrollo de la técnica del lifting facial, pero también como una pionera en un terreno eminentemente masculino, implicada en las luchas feministas de su tiempo. De hecho, fue una ardiente defensora del derecho de las mujeres a votar, y tuvo un papel destacado en la difusión internacional del Soroptimismo, organización conectada con el Rotary Club que promovía el empoderamiento de mujeres a través de la educación y la igualdad de oportunidades (Davis, 2007; Martin, 2014).

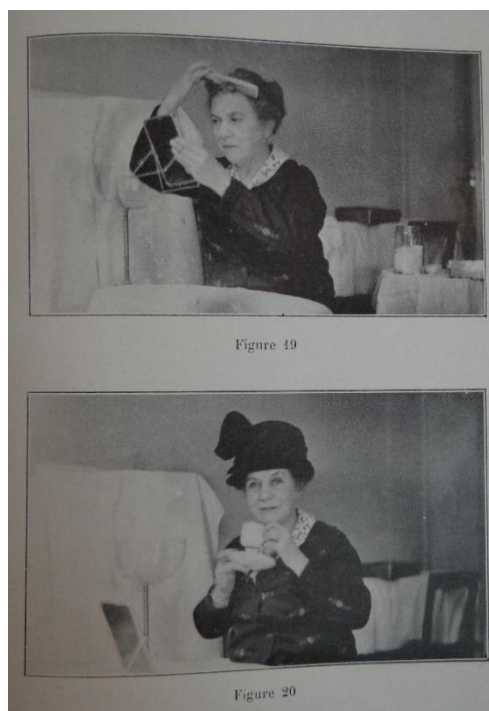


Figura 14. Mujer parisina de 60 años y vendedora de objetos de lujo operada de las arrugas por la cirujana estética francesa Suzanne Noël en los años inmediatamente posteriores a la Primera Guerra Mundial. En Noël (1926), pág. 41

La aparente incongruencia entre cirugía estética y feminismo, cobra otro sentido en el contexto de la “Primera ola feminista” donde la problemática de los ideales de belleza tenía un carácter secundario respecto a la promoción de los derechos civiles, políticos y económicos de las mujeres (Brown, 2004). De hecho, Noël concebía a la cirugía estética como una práctica que permitía a las pacientes acceder y conservar puestos de trabajo y, de esta manera, ganar en autonomía económica. En línea con ello, el caso que comencé a desarrollar en el párrafo anterior,

es sólo un ejemplo entre otros presentados en su libro “La chirurgie esthétique. Son Rôle Sociale” (1926). Así, sobre un total de 6 casos, 5 corresponden a mujeres de entre 38 y 60 años con problemas de empleo en actividades de servicio. Por otra parte, en 3 de los 5 casos no se identifica el estado civil de las pacientes; pero en los 2 únicos en los que sí aparece, son altamente reveladores acerca de la vulnerabilidad surgida de la dependencia económica de estas pacientes.

Con esto, no pretendo señalar que Malbec haya incorporado este relato guiado por una convicción feminista. Sino más bien, destacar algunos vínculos posibles entre cirugía estética y feminismo, así como la relevancia que asume la circulación internacional en la construcción de la indicación médica entre los cirujanos argentinos⁵². Circulación mediada por las redes internacionales, pero también por los criterios de selección utilizados entre los cirujanos locales para incorporar bibliografía extranjera a sus propias argumentaciones. En línea con ello, considero que Malbec seleccionó el caso de la mujer vendedora de objetos de lujo, no sólo porque pone de relieve el vínculo entre apariencia envejecida y mercado de trabajo. Sino también porque dramatiza como ninguna otra, una de las manifestaciones más extremas de la carencia material: el hambre. Así, Noël en la versión traducida por Malbec, describe de la siguiente manera la situación económica de la mujer luego de varios intentos infructuosos de recobrar su empleo:

“En su hogar la miseria era muy grande. Acepté la tarea de ponerla en buenas condiciones. La primera intervención practicada le devolvió su ánimo. Felizmente, llegamos a tiempo, pues la miseria pecuniaria era tal, que el día que le saqué las puntadas sufrió un síncope en mi casa y debió confesar que hacía 48 horas que no comía nada. Le hice servir un almuerzo y la recomforté lo mejor que pude. Desde el día siguiente, habiéndose presentado en las casas donde tan mal la habían recibido anteriormente, obtuvo un poco de trabajo” (Malbec, 1938: 32).

Recapitulando lo expuesto hasta aquí, pudimos constatar la importancia atribuida por los cirujanos estéticos a la apariencia en un contexto de competencia económica exacerbada, asumiendo un carácter más marcado en los empleos de servicios caracterizados por un proceso de feminización. En el caso particular de las pacientes mujeres, la estética asume un papel relevante en el mercado matrimonial y/o en el económico, dependiendo de la condición socio-económica, el estado civil y la edad de estas mujeres. Entre ellas, las mujeres viudas y de aspecto avejentado constituyen una figura típica de las narraciones socio-quirúrgicas, en tanto encarnan la necesidad

⁵² En este caso, la circulación se materializó a través de una cita directa, pero en ocasiones se corporizaría a través de la presencia de los propios autores en territorio nacional. Dicha ocasión tendría lugar en 1928, fecha en la que Suzanne Noël hizo demostraciones operatorias y brindó conferencias en las ciudades de Buenos Aires y Rosario.

económica y la capacidad de la cirugía del rejuvenecimiento para revertir dicho estado de necesidad. Esta figura parece haber asumido tal potencia que, incluso cuarenta años después de publicado “La chirurgie esthétique. Son rôle sociale” (1926), un cirujano argentino relata el siguiente caso en las páginas del semanario “Primera Plana”: “Una señora de cincuenta y cinco años, viuda reciente, me explicaba que necesitaba trabajar, por razones económicas, pero que su rostro, algo arrugado, le impedía conseguir empleo. Después de un *lifting total* mejoró mucho su aspecto y ahora atiende una *boutique* en avenida Santa Fe” (“Cirugía estética: lo que Natura Non da...”, Primera Plana, 1966: 47).

3.2. El mérito en la construcción de la indicación económica de cirugía estética

Si entre las mujeres la feminidad se definía por el matrimonio y la domesticidad, entre los hombres la realización plena del ideario masculino pasaba por constituirse en el proveedor del hogar. Por este motivo, el rol de la cirugía estética en la lucha por la vida parecería ser más autoevidente entre estos últimos. En línea con ello, en “Cirugía estética: conceptos fundamentales” (1938), Ernesto Malbec retoma dos casos masculinos en los que la apariencia envejecida operaban como un escollo en el mercado de trabajo. El primero, refiere a un “señor relativamente joven” que, como consecuencia de un envejecimiento prematuro, no podía “conseguir empleo, ni ocupación en ningún lado”. Operado de las arrugas y teñidos sus cabellos, recobró “el aspecto de un rostro juvenil” y con ello una ocupación.

El segundo caso, contrasta con este último no sólo porque pertenece al libro de Suzanne Noël, sino también porque brinda más información acerca del paciente. Así, según describe la médica en la traducción de Malbec, se trataba de un hombre de 55 años casado y con cuatro hijos, dedicado al corretaje sobre seguros. Según la cirujana francesa, en los últimos años este hombre comenzó a notar una merma en el monto de sus seguros, en contraste con el aumento de ventas entre sus compañeros más jóvenes. “Angustiado por el porvenir de sus hijos”, acudió a los servicios de la cirujana, que describe de la siguiente manera la etapa pos-operatoria: “Rápidamente encontró las ganancias de los buenos días y no hace sino bendecir mis intervenciones. Está, por otra parte, bien decidido a someterse a ellas para conservar su tranquilidad moral y juventud aparente” (Malbec, 1938: 32-33).

Como vemos, estas narrativas socio-quirúrgicas no presentan grandes diferencias respecto a los casos femeninos explorados en el apartado anterior. En línea con ello, la cirugía del rejuvenecimiento permitiría tanto a hombres como a mujeres conservar el puesto de trabajo o, a lo sumo, escalar algunas posiciones dentro de una organización. Sin embargo, algunas de las narrativas socio-quirúrgicas presentadas por Malbec en “Anecdotario de un cirujano plástico”, escenifican casos masculinos en los que la movilidad social ascendente asume caracteres bien marcados. Estas narrativas usualmente están protagonizadas por pacientes de origen humilde, que exhiben una férrea voluntad de superación y que como premio al mérito reciben desinteresadamente de manos del cirujano una fisonomía que les permite triunfar auspiciosamente en la “lucha por la vida”.

Otro de los rasgos frecuentes de este tipo de narrativas es que calibran el impacto moral y económico de la cirugía estética a largo plazo. En este sentido, surgen como el producto de encuentros casuales con ex-pacientes que, reconociendo a su benefactor, se aproximan a saludarlo efusivamente y a reponer el derrotero que los llevó a ocupar una posición económica encumbrada. Una de estas narrativas lleva por título “Aeropuerto”, en referencia al emplazamiento donde tuvo lugar uno de estos encuentros casuales. Más precisamente, el aeropuerto de Milán, donde Malbec se encontraba conversando con un colega a la espera de tomar el vuelo que los trasladara a un Congreso de Cirugía Plástica en Roma. De pronto, los cirujanos repararon en un hombre de alrededor de cincuenta años que, elegantemente vestido, vacilaba en acercarse y miraba con insistencia. Prestos a abordarlo para inquirirlo acerca de su actitud expectante, el hombre se adelantó para cerciorarse de que se tratara efectivamente del doctor Malbec.

Luego de algunos tanteos en los que el cirujano argentino procuró dilucidar la identidad de su interlocutor, el hombre se reveló como un ex-paciente. Según relata este último, había sido intervenido de la nariz hacía más de treinta años en Avellaneda, y como provenía de una “familia muy pobre” Malbec lo había operado gratuitamente en su consultorio. En contraste con esta humilde situación de partida, este hombre había experimentado un cambio de vida radical: “Ahora, mi operado insolvente era un poderoso industrial” que se encontraba en viajes de negocios por Europa. A pesar de la intrincada red de factores que pueden haber conducido a este cambio, las palabras finales del paciente no dejan dudas acerca de la centralidad que la rectificación de la nariz tuvo en la rectificación de su destino social: “Se da cuenta, doctor, ¿cómo es la vida del hombre? Porque si usted no me hubiese operado entonces la nariz, aquella nariz tan desgraciada [...] hoy,

en vez de ser un industrial de fuste, a lo mejor andaría con un cajón y varios cepillos lustrando botines” (Malbec, 1977: 131-133).

La narrativa precedente tiene la ventaja de presentar con claridad el contrapunto entre la situación económica del paciente previa y posterior a la intervención. Sin embargo, el bache temporal no permite identificar el carácter meritorio del paciente, cualidad indispensable para que la corrección estética actúe como combustible moral en el devenir del operado. Y si de mérito hablamos, sólo basta reparar en el título que lleva la segunda narración que introduzco a continuación: “Artífice de su destino” (Malbec, 1977). A diferencia del caso anterior, el encuentro fortuito se produce en un estacionamiento para autos, y el tipo de intervención realizada consistió en la corrección de unos pabellones auriculares “completamente deformados y arrollados como un par de caracoles”. A causa de este defecto, el paciente era objeto de burlas por parte de sus compañeros de escuela, motivo por el cual había dejado de asistir al establecimiento. Sin embargo, el muchacho “no perdía el tiempo ociosamente. Estudiaba con ahínco. No carecía de inteligencia y disponía de una voluntad admirable. Viendo su buena disposición, los padres le buscaron profesores que acudían a su domicilio”.

Según prosigue relatando Ernesto Malbec, luego de la intervención, el muchacho experimentó un “cambio tan favorable” que “cursó estudios secundarios con las más altas calificaciones”. Pero no sólo era un estudiante ejemplar, sino también una persona que desde su juventud mostraba la voluntad de construir su propio camino: “A pesar de que sus padres podían costearle sus estudios, el muchacho prefería afrontarlos con sus propios esfuerzos. Es decir: ser él y no otro el artífice de su propio destino”. La abnegación de este joven perduraría en el tiempo: recibido a los veinte años de perito mercantil, y luego de contador, inició su carrera como “simple empleado en una importante industria”. Dado su carácter de “empleado ejemplar”, fue escalando posiciones hasta ocupar el puesto de gerente general. Casado y con varios hijos, jubilado y con algunos nietos, este hombre es, al decir de Malbec, “un hombre feliz que se realizó plenamente” (Malbec, 1977: 77-79).

Pero no siempre el cirujano dispone de tan excelsa materia prima moral. En ocasiones, el médico debe lidiar con pacientes que, atribuyendo todos sus fracasos vitales a un defecto nimio, pretenden subsanar su situación recurriendo a la cirugía estética. En línea con ello, el paciente debe exhibir ciertas cualidades morales para ser acreditado por el cirujano como un buen candidato a la cirugía estética. De lo contrario, sugiere la literatura médica, corresponde cierta cautela por parte

del profesional para moldear expectativas desmesuradas o contra-indicar la cirugía apelando a amables subterfugios. Ello no obsta a que, de vez en cuando, los verdaderos motivos de la contra-indicación surjan a la luz y el conflicto estalle:

- ¡Usted es un desgraciado!...
- Mirá. Vos sos un tarado. ¿Sabes lo que es un tarado? Bueno. Eso sos vos...
- Más tarado será usted, ¿me entiende? Tarado y desgraciado.

Este intercambio tuvo lugar en el consultorio del doctor Malbec, inaugurado en la ciudad de Avellaneda en 1936. Quienes estaban envueltos en tan acalorada discusión era un joven colega de Malbec (que ejercía temporariamente la función de secretario) y un muchacho de 18 años que deseaba efectuarse una cirugía de nariz y de orejas. El motivo de la discusión surgió a raíz de que el secretario, que estaba llenando la ficha del paciente, tuvo que interrumpir el “interrogatorio” para atender el teléfono en una sala contigua. Por motivos que no se explicitan, el muchacho se levantó de su silla y se dispuso a leer las anotaciones efectuadas por el secretario. Debajo de los datos que habitualmente se consignan en una ficha, pudo leer “con letras bien grandes, subrayado y con tinta colorada” la indicación que desataría su ira: “No operarlo. Es un tarado. Consejo: que vaya a trabajar”. Esta anotación, que desató la retahíla de insultos transcritos más arriba, tuvo su continuación en un intercambio igual de subido, pero más específico para comprender la situación. Así, el secretario, lejos de bajar la apuesta, espetó lo siguiente:

- Lo que pasa es que vos sos un vago, un atorrante, que la querés pasar bien, sin trabajar, mientras que tu padre, que es el que para la olla, debe trabajar como una bestia para alimentarte. ¿Sabés por qué te levantás todos los días a las once de la mañana? ¡Porque tu padre, que es guarda de tranvía, se levanta a las cinco de la madrugada! Lo que tenés que arreglarte vos no son las orejas ni la nariz que están en perfecto estado, sino tu conducta.

Ya desde el zaguán y dirigiéndose a la calle, el muchacho cierra el relato con indignación y sin acusar recibo de la dura reprimenda que acababa de recibir: “- ¡Linda medicina hacen aquí! Uno viene a operarse de la nariz y de las orejas y se le dice que debe levantarse a las 5 de la mañana y empezar a trabajar para ganarse la vida” (Malbec, 1977, 73-76). A partir de esta narrativa, podemos constatar que las narrativas socio-quirúrgicas no sólo enfatizan la capacidad de la cirugía estética de insertar en el marco de trabajo a los operados, sino que funcionan como advertencias acerca de determinado perfil de pacientes que resulta conveniente no operar: aquellos que, careciendo de una disposición meritoria, pretenden subsanar sus fracasos mediante una cirugía

estética. En línea con ello, el mérito constituye un aspecto central en la construcción de la indicación médica en cirugía estética durante la primera mitad del siglo XX en Argentina.

3.3. La indicación económica de cirugía estética en actores y actrices

Según lo visto hasta aquí, las narrativas socio-quirúrgicas usualmente escenifican a personas ordinarias que, portadoras de algún defecto corporal, encuentran dificultades para insertarse en el mercado de trabajo. En este apartado, veremos el papel que asume la cirugía estética para actores y actrices, colocando énfasis en las dificultades que impone la reconversión del teatro al cine en términos de demandas estéticas sobre el rostro para ejercer esta ocupación. Las palabras de Malbec contribuyen a dar sentido a este punto: “No todos los que trabajan tienen por herramienta de trabajo la mano. Algunos, como las artistas de teatro y la cinematografía [...] necesitan de su rostro en sus menesteres, como un albañil necesita sus manos” (Malbec, 1939: 98).

La necesidad de actores y actrices de contar con determinado tipo de rostro para el desempeño de su profesión, parece haber estado presente en la industria cinematográfica argentina durante la denominada “Época de oro”⁵³. A tal punto que, siguiendo el ejemplo de los estudios norteamericanos, la productora argentina Lumiton creó en 1940 un departamento de cirugía estética en sus instalaciones situadas en Munro, provincia de Buenos Aires. Una década después, la revista “Sintonía” refiere en términos elogiosos la labor desarrollada en dicho departamento, y repone los motivos que llevaron a su creación:

“El cinematógrafo es el arte más exigente en lo que respecta a la normalidad física de sus intérpretes... La cámara es implacable y no tolera defectos, siendo muchas veces inútiles los recursos del maquillaje y la iluminación para disimular las imperfecciones físicas de los actores, y sólo el cirujano plástico es capaz de dar al rostro la armonía de líneas imprescindible para la pantalla” (“La Cirugía Estética al Servicio de los Artistas”, Sintonía, 1950: 8).

Junto a las exigencias estéticas del séptimo arte, otro de los motivos que pueden haber incidido en la creación de este departamento es el perfil de sus fundadores. En este sentido, Enrique Susini, César Guerrico, Luis Romero Carranza y Miguel Mujica no sólo fueron responsables de

⁵³ La denominada “Época de oro” (1930-1955) del cine argentino es un período caracterizado por la incorporación de innovaciones técnicas como el cine sonoro, la multiplicación de espectadores ávidos de consumir producciones locales y un empresariado que impulsará la creación estudios cinematográficos a nivel local. Entre 1931 y 1939 se produjeron 171 películas, y al cierre de esta década la Argentina contaba con treinta empresas cinematográficas, que ocupaban a casi 4000 personas y 2500 salas. Las políticas de impulso al cine local y el proteccionismo a la industria, potenciarían este proceso durante el gobierno peronista (1946-1955) (Getino, 1998; Mateu, 2008).

realizar la primera transmisión radiofónica argentina en 1920 y de crear en 1931 un estudio cinematográfico que produjo una de las primeras películas sonoras del cine nacional. También fueron un grupo de médicos, con destacadas carreras profesionales. En el caso particular de Enrique Susini, siguiendo los pasos de su padre, se especializó en otorrinolaringología y fue uno de los introductores de la foniatría en territorio nacional. Médico polifacético, sus contactos estrechos con el mundo del arte, lo llevaron a ser foniatra de figuras de relieve internacional como María Callas, Enrique Caruso y Carlos Gardel. Es probable que esta misma intersección entre el arte y la medicina haya sido la responsable de que Susini impulsara no sólo la creación del mencionado departamento, sino que pusiera a cargo del mismo a dos otorrinolaringólogos: Ildefonso J. Giganti y Juan L. Castellano.

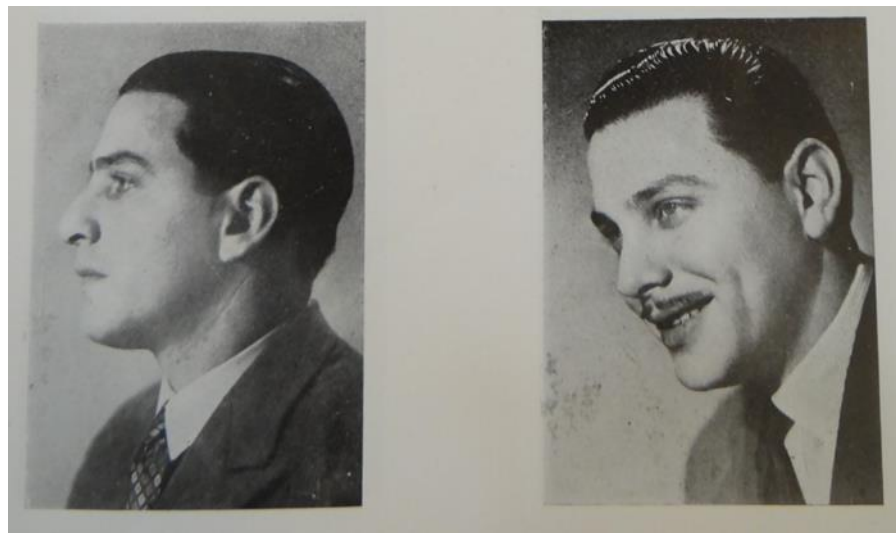


Figura 15. Fotografías de un actor “antes” y “después” de una operación de nariz. Nótese que la fotografía de la derecha exhibe características de una fotografía “artística”. En Giganti y Castellano (1945), pág. 10

La formación de estos cirujanos marca un período en el que la especialización se encontraba en estado incipiente, pero fundamentalmente da cuenta de la centralidad que asume la corrección de la nariz en el mundo del espectáculo. Ilustrativo de este punto es que, en un folleto publicado en 1945 por los otorrinos antes citados, sobre un total de 50 casos de estética (entre los que se cuentan varios artistas) se contabilizan: 40 rinoplastias, 6 otoplastias y 4 liftings. Una evidencia más contundente sobre este punto, es el listado de figuras públicas argentinas intervenidas elaborado a partir de publicaciones en medios gráficos, en el que puede constatar

el protagonismo casi exclusivo de la nariz hasta mediados de la década del 60⁵⁴. El folleto precedentemente mencionado, está profusamente ilustrado con fotografías de casos. Giganti y Castellano, realizan la siguiente aclaración acerca de estos registros: “Algunas de las fotografías expuestas, debido a la índole de las actividades de los pacientes dada nuestra vinculación a los estudios cinematográficos, son de carácter artístico y no pretendemos que sean consideradas como documentos científicos” (Giganti y Castellano, 1945: 5) (Figura 15).

A pesar de las limitaciones para documentar científicamente el cambio estético, la fotografía artística es la que manda al momento de evaluar el rostro de actores y actrices de cine, y puede constituir un insumo clave para construir la indicación de cirugía estética. Desde esta perspectiva, dicha fotografía es, antes que un producto cultural destinado a fogear el deseo y el consumo, el escenario de trabajo de los artistas cinematográficos. Un escenario en el que, al igual que en la radio o en el teatro, estos trabajadores hacen uso de la voz y del cuerpo para acometer su labor interpretativa. Pero que, a diferencia de la radio, expone el cuerpo de los artistas al escrutinio público; y, a diferencia del teatro, lo expone de manera más implacable a través de los primeros planos. Prueba de ello, es que muchos artistas comenzaron a identificar defectos estéticos al realizar el pasaje de las “tablas” al “set de filmación”⁵⁵. Así lo señala el cirujano plástico Estanislao Lluesma Uranga, en una serie de casos de cirugía estética en artistas desarrollados en su libro “Fundamentos de la cirugía plástica” (1958):

La distancia, las luces y el movimiento conjunto de personajes y decorados del escenario teatral, junto con el maquillaje convencional del mismo y, sobre todo, la escala ‘en tamaño natural’, permiten aceptar toda una serie de rostros que un primer plano de la pantalla, con iluminación selectiva lateral, a escala varias veces superior al tamaño natural y con los poderosos lentes de las cámaras tomavistas modernas, rechaza, en cambio, por oscuros, duros, defectuosos o cómicos (Lluesma Uranga, 1958: 72).

Trazando un paralelismo con lo visto en apartados anteriores podríamos decir que, si la introducción de maquinaria multiplica los problemas funcionales de los trabajadores industriales,

⁵⁴ Entre estas figuras públicas, suele destacarse el papel de pioneras que tuvieron Lola Membrives e Iris Marga, al poner sus narices en manos del también pionero Oscar Ivanissevich entre fines de la década del 30’ y principios del 40’. En lo referente a Iris Marga, las publicaciones afirman que la actriz se hizo corregir una nariz “demasiado aguileña y anti-estética” para participar del rodaje de la película “Petróleo” a fines de 1940.

⁵⁵ La problemática planteada por Lluesma Uranga da cuenta de la dinámica del mercado de trabajo de actores y actrices a mediados del siglo XX. En este sentido, el auge de la industria cinematográfica, implicó la apertura de oportunidades ocupacionales tentadoras dados los salarios más abultados que en el teatro y la posibilidad de las figuras estelares de participar en algunas decisiones estéticas. Sin embargo, lejos de apoyarse en la promoción de artistas ignotos, los productores capitalizaron el reconocimiento simbólico acumulado por algunos artistas en el quehacer teatral (Casale, 2018).

el uso de la cámara cinematográfica hace lo propio con los problemas estéticos de los trabajadores en las industrias culturales. En línea con ello, el cirujano describe casos de artistas teatrales que durante años ignoraron la existencia de un defecto, y que “al hacerse la fotografía ‘de arte’”, se encontraron “de golpe con relieves, huecos y sombras que nunca habían sospechado”. Tal cosa, cuenta el autor, aconteció a una actriz de “larga y brillante actuación teatral”, que ante las cámaras descubrió un tabique “anómalamente corto” que le confería una “nariz rara y un labio superior demasiado largo”. Para corregir este problema, el cirujano implantó un trozo de acrílico proveniente del mango de un cepillo de dientes, cuyo resultado puede apreciarse en la Figura 16.

En otro de los casos presentados, es el propio director de cine el que envía al artista a modificar su nariz. El director en cuestión era Luis Saslavsky⁵⁶, que “con una impecable visión óptica cinematográfica”, hizo operar a un “primer actor español [...] que tenía una nariz aguileña, fuerte y bien trazada” adecuada para el tipo de personajes y escuela dramática que encarnaba en el teatro. No obstante, al incursionar en el cine y “tomar la prueba del famoso ‘primer plano’, se descubrió que en la punta de su nariz aparecían unas sombras raras por la existencia de dos cuernitos cartilagosos [...] con lo que la misma aparecía bipartida y cómicamente respingada”. Operado de su “pequeña excrecencia cartilaginosa”, el actor adquirió una nariz cinematográfica sin perder su antigua nariz teatral.

La fotografía artística, como hemos visto, permite captar aspectos fisonómicos en el rostro de los artistas que pasan desapercibidos ante la inspección ocular del cirujano e incluso frente a la fotografía médica propiamente dicha. Para dejar sentada la diferencia entre estos dos tipos de registros, considero pertinente introducir otro de los casos descritos por Lluesma Uranga. Al igual que los anteriores, la paciente era “una conocida artista” cuyo examen de perfil y de frente no revelaba el menor defecto. Sin embargo, “la ‘prueba’ de un primer plano cinematográfico demostró que el defecto de ‘punta de nariz gruesa y redondeada’ proyectaba una sombra, que la fotografía clínica recogía en cuanto se lateralizaba la luz”. Como podemos constatar, el cirujano utiliza el registro artístico como punto de referencia del defecto estético, readaptando luego las condiciones de producción de la imagen médica (proyección de una luz oblicua) para establecer un diagnóstico que pasaba inadvertido a simple vista o bajo las condiciones habituales. Finalmente, con el objeto de documentar el cambio favorable en la nariz de la actriz, el cirujano reitera dichas condiciones

⁵⁶ Luis Saslavsky (1903-1995) fue un director de cine y guionista argentino. Dirigió un total de 21 películas y ejerció la crítica cinematográfica.

en el registro pos-operatorio y añade una fotografía con proyección vertical para dar cuenta del afinamiento de la punta nasal (Figura 16).



Figura 15. Fotografías de una actriz “antes” y “después” de una operación orientada a rectificar su tabique “anómalamente corto” ante el primer plano cinematográfico. En Llesma Uranga (1958), pág. 170

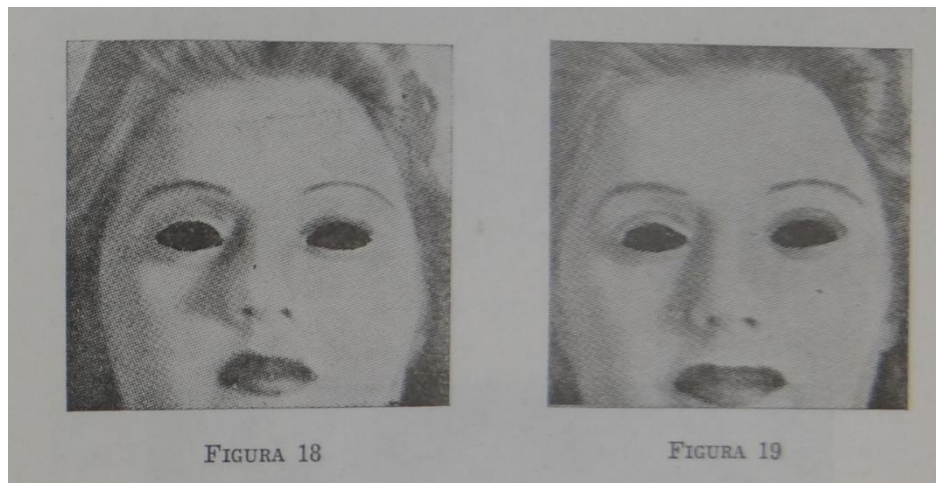


Figura 16. Pre y pos operatorio de una actriz, en cuyo registro el cirujano Llesma Uranga replica las condiciones de iluminación del cine para captar el cambio en la nariz de la paciente. En Llesma Uranga, (1958), pág. 75

A pesar de que la cirugía estética emergiera como una herramienta imprescindible para acondicionar las narices de actores y actrices de cine, estas prácticas no estuvieron ausentes entre los artistas teatrales. En este sentido, en la introducción al libro “Fundamentos de la cirugía plástica” (1958), Llesma Uranga agradece el apoyo brindado por “aquellas gentes del teatro, bohemios y señores del arte [...] que fueron Pedro E. Pico, Arturo Mario, José Antonio Saldías,

Samuel Eichelbaum, Pablo Piazza, Félix Blanco [...] y tantos otros que en una u otra ocasión me honraron haciéndome su médico”. Asimismo, hace una mención especial de homenaje a la “Casa del Teatro de Buenos Aires”, en la que realizó “cirugía plástica [...] y de la otra durante casi diez años” (Lluesma Uranga, 1958: 6). Estas referencias permiten reponer el vínculo entre cirugía estética y actividad teatral construido en torno a las relaciones de Lluesma Uranga con directores y dramaturgos, y a partir de su desempeño en la “Casa del Teatro”.

El cirujano no explicita si, al igual que los “Estudios Lumiton”, la entidad antes citada disponía de un departamento o consultorio destinado a la cirugía plástica. Tampoco ahonda en otros aspectos de su desempeño laboral en esa institución. A pesar de ello, considerando el perfil de sus habitantes, podemos conjeturar el tipo de intervenciones estéticas realizadas y el sentido que estas pueden haber asumido. Fundada en 1938 bajo el impulso de la soprano y ex primera dama Regina Pacini, la “Casa del Teatro” se construyó con el objetivo de dar albergue a artistas jubilados con necesidades económicas o de vivienda. Así, según consta en la ordenanza que el Consejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires emitió en 1927 con el fin de ceder el solar sito en Avenida Santa Fe, el edificio que allí se construiría tendría por objetivo “suministrar gratuitamente a los actores, autores teatrales y empresarios de edad avanzada, albergue, manutención decorosa y la asistencia médica... una vez que retirados de la actividad, carezcan de los medios necesarios para ello”.

Desde una perspectiva crítica, la cirugía estética no formaría parte de las prestaciones médicas esenciales para la salud de artistas menesterosos. Sin embargo, siguiendo las argumentaciones presentes en la literatura médica, la cirugía del rejuvenecimiento facial constituiría una herramienta para prolongar o reciclar carreras en declive y, en consecuencia, una práctica médica necesaria para la subsistencia material. Desde ya, no dispongo de evidencia para sostener que este fuera el sentido que Estanislao Lluesma Uranga confería a sus intervenciones en la “Casa del Teatro”. En todo caso, es una hipótesis plausible, sobre todo teniendo en cuenta que los cirujanos plásticos de este período frecuentemente asocian la vejez a problemas de empleo.

Por su parte, Ernesto Malbec (1938) aborda el caso particular de los actores teatrales, al afirmar que muchos deben abandonar prematuramente sus actividades en las tablas, por la nota disonante que ofrecen sus arrugas y surcos faciales. Esta condición, natural en cualquier proceso de envejecimiento, parece manifestarse con mayor premura entre actores y actrices “dado que los gestos continuados, la risa, el llanto, y sobre todo el maquillaje sin medida, alteran la normal

elasticidad de la piel, atrofiando los músculos lisos de la misma y aumentando por tal causa sus dimensiones”. A los efectos de ilustrar el impacto del envejecimiento en las carreras artísticas, Malbec reproduce una narrativa socio-quirúrgica tomada del libro “La chirurgie esthétique. Son Rôle Sociale” (1926) de la cirujana estética francesa Suzanne Noël.

El caso en cuestión está protagonizado por una cantante de 55 años, que pese a “su espléndida voz y notoriedad” tenía enormes dificultades en conseguir contratas. Mujer de sociedad arruinada, apenas la aceptaban en los hospitales para distraer a los heridos de guerra. Según cuenta Noël en la traducción de Malbec, a fines de 1918 la opera “con mucha prisa” de la papada y en las seis semanas siguientes le realiza dos mini-liftings al nivel de la sien. Ocho días después de la primera intervención la contratan para realizar dos conciertos pagos, y luego de las últimas “no puede responder a los numerosos pedidos que recibe” (Malbec, 1938: 32-33).

En suma, según hemos visto en los últimos apartados, durante la primera mitad del siglo XX los cirujanos plásticos argentinos sitúan a las intervenciones con fines estéticos como prácticas que permiten a trabajadores y trabajadoras del sector servicios rectificar sus fisonomías y con ello (re)insertarse en el mercado de trabajo. A continuación, veremos cómo esta definición de la cirugía estética como una práctica necesaria y útil se traduce en una preocupación de estos médicos por tornarla accesible a todas las clases sociales.

4. Cirugía estética al alcance de todos

Según hemos visto hasta aquí, la estrategia argumentativa presente en la literatura médica de la primera mitad del siglo XX, consiste en establecer que la cirugía estética responde a una necesidad social. Más concretamente, plantea un escenario problemático en el que los defectos estéticos impactan negativamente en la empleabilidad de los pacientes y destaca el papel de las correcciones cosméticas en su reinserción laboral. Así, al igual que la reparación funcional de la mano del obrero, la cirugía estética del rostro reacondiciona la principal herramienta de trabajo de los empleados de servicio y contribuye a la subsistencia material de estos últimos. Siguiendo esta línea de razonamiento, la redefinición del límite entre lo esencial y lo accesorio, se encuentra inextricablemente ligado a una inquietud por redefinir el acceso económico a estas prácticas. En este sentido, los cirujanos señalan que la cirugía estética no debería ser un servicio de lujo propio

de las clases acomodadas, sino más bien un servicio de salud asequible para todos los sectores sociales.

Hay varias maneras de ampliar el acceso a prácticas de salud. Una de ellas, es a través de la inversión pública en infraestructura y formación de recursos humanos. En línea con ello, Malbec (1936) señala que la formación de recursos humanos redundaría en una democratización de estas prácticas, que alcanzaría no sólo a las “personas adineradas y pudientes” sino también a “el pobre, el obrero, el empleado” (Malbec, 1936: 32). Casi cincuenta años después, Malbec retoma este artículo publicado en “La Semana Médica” y hace un balance favorable de lo conseguido en materia de difusión. Comienza por destacar el intenso trabajo de formación de cirujanos plásticos y la “prédica constante ante las autoridades para que fueran creados servicios de la especialidad en los hospitales”. Como resultado de esta lucha, continúa diciendo el autor, “ahora no sólo se operan aquí [...] los que cuentan con mayores posibilidades económicas, sino que se operan, en gran escala, aquellos que antes ni se atrevían a soñar con ser favorecidos por esta conquista de la ciencia: obreros, empleados [...] Personas, en fin, de la más modesta condición” (Malbec, 1983: 117-118).

Por su parte, el cirujano Pedro Quiroga llevó aún más lejos este afán democratizador, al introducir estas prácticas en el Hospital A. Elicagaray situado en la localidad bonaerense de Adolfo González Chaves⁵⁷ a principios de la década del 40'. Formado en la sala 6 del Hospital Rawson bajo la tutela de Finochietto, este médico enfrentó un ambiente poco propicio al desarrollo de estas operaciones (“a menudo consideradas de lujo o innecesarias”), pero logró acercar a este pueblo bonaerense de ocho mil habitantes uno de “los beneficios que la medicina actual le puede brindar”. En este sentido, según señala en un artículo publicado en “La Semana Médica” en 1943, la iniciativa del médico rural es esencial para hacer llegar al enfermo del campo las prácticas de cirugía estética. Según argumenta, los enfermos aquejados de un “tumor o una afección X” difíciles de tratar en el medio rural, pueden ser trasladados a un centro adecuado y cuentan con las “arcas municipales o la colecta de buena voluntad” en caso de ser incapaces de costear el viaje. Por el contrario, “nadie comprendería si a una narigona u orejuda... se le ocurriera hacer una colecta para embellecerse, a costa de una operación que muchos condenan, generalmente, porque tienen el apéndice nasal de dimensiones normales” (Quiroga, 1943: 1454-1456). Por este motivo, resulta necesaria la disponibilidad de médicos formados en cirugía estética en el medio rural, vacante que

⁵⁷ Adolfo Gonzales Chaves es la ciudad cabecera del partido homónimo, en la provincia de Buenos Aires (Argentina). Se ubica al sur de la provincia.

suplió Quiroga al llevar a cabo operaciones en el pequeño poblado de la Provincia de Buenos Aires (Figura 17).

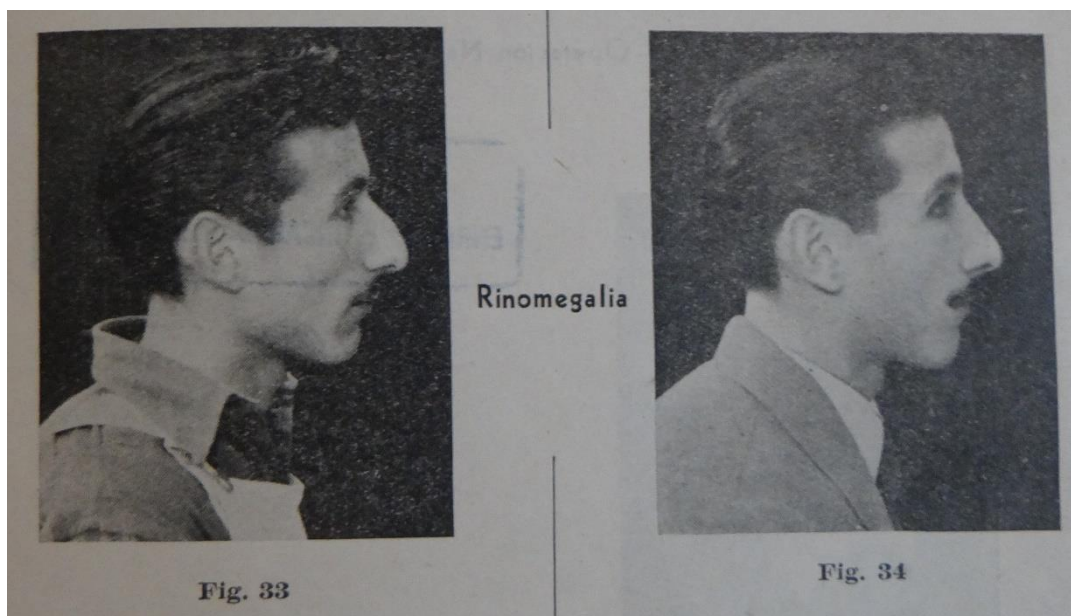


Figura 17. Pre y post operatorio de un hombre operado de la nariz en la localidad de González Cháves, Provincia de Buenos Aires. Nótese que, en la fotografía de la izquierda, el paciente viste un delantal de trabajo. En Quiroga (1943), pág. 1554

El segundo mecanismo a partir del cual estas prácticas adquirirían cierta difusión entre los sectores menos acomodados, es la construcción moral del honorario médico en las operaciones que tienen lugar en el sector privado. Según el médico legista español Royo-Villanova (1958), existe el prejuicio extendido de que la cirugía estética es una práctica onerosa, representación que responde en gran medida a la difusión de las cifras exorbitantes que los astros de la pantalla pagan para rectificarse alguna parte del cuerpo. Sin embargo, este imaginario no está en consonancia con la sensibilidad que los cirujanos exhiben ante la capacidad económica de los pacientes: “[...] téngase en cuenta que, si aquellos actores y actrices aún siguen abonando crecidos honorarios, verdaderamente prohibitivos, se debe simplemente a que [...] los cirujanos, y en general los médicos, se hacen pagar según la posición crematística del cliente” (Royo-Villanova, 1958: 30). Por su parte, Lluésma Uranga deja aún más claro el vínculo entre necesidad de cirugía estética y regulación moral de los honorarios, apelando a la declaración de un cirujano norteamericano:

‘Yo, que opero mucho –dijo en rueda de colegas el gran plasticista de Los Ángeles, Bames–, no cobro grandes sumas por mis operaciones de estética; la razón es que la inmensa mayoría de mis pacientes, tanto mujeres como hombres, pertenecen a las clases trabajadoras, y vienen a esta cirugía

buscando no un lujo o una coquetería, sino un arma más en la concurrencia profesional y un medio mejor para merecer la atención y el agrado del público al que sirven' (Lluesma Uranga, 1958: 34-35).

En ocasiones, el afán democratizador de los cirujanos estéticos del período parece llegar aún más lejos, al punto de brindar atención gratuita a pacientes insolventes con necesidades estéticas. Así surge, de algunas de las narraciones presentadas por Ernesto Malbec en “Anectodario de un cirujano plástico”. En estos relatos, la gratuidad es abiertamente mencionada, dejando entrever la intencionalidad del autor de representar ante la audiencia el desinterés económico que guió su labor como cirujano plástico. Asimismo, la referencia a la gratuidad, generalmente es introducida luego de haber explicitado la calidad social del paciente en cuestión, así como la gravedad del problema que lo aquejaba. Usualmente, la emoción y el llanto que siguen al anuncio de una esperanza asequible, constituyen el prolegómeno de una gratitud perdurable que se expresa en cartas y visitas informales.

Sin embargo, hay circunstancias en que la gratuidad es vivida como deuda, y la gratitud requiere reinventarse para saldarla sin dejar de parecerse a sí misma (Mauss, 2009). Tal fue el caso de Marcelo, peón de una barraca de Avellaneda que, por intermedio de su capataz, acudió al consultorio de Malbec. Dos eran las preocupaciones que planteó este paciente: la primera, si podría corregirle las secuelas de unas quemaduras en el rostro; y la segunda, si sería capaz de pagar una operación tan onerosa. Ante ello, Malbec contestó que había solución quirúrgica para su problema, y que del costo no se preocupara, “dado que no se trataba de una cuestión económica, sino de humanidad”. Ante este ofrecimiento, el paciente insistió en que se le pusiera precio al acto y ante la amenaza de no operarse, el médico le dio la posibilidad de que “pagase lo que pudiese y cuando quisiera”. Siguiendo esta indicación imprecisa, operación tras operación y semana tras semana, Marcelo depositó en manos de la secretaria un sobre con dinero “para ir amortiguando, según decía, la deuda de honor que había contraído”. A pesar de los intentos por disuadirlo, el paciente continuó dejando “el sobre con el producto, seguramente, de algunas privaciones”.

Ante este panorama, Malbec ordenó a su secretaria que en adelante devolviera los sobres con dinero, bajo el pretexto de que el monto de la intervención ya había sido saldado. Sin embargo, parece que el sentido de la deuda continuaba latiendo en Marcelo, que ideó un nuevo expediente para saldarla: “se despedía, salía, tocaba el timbre, tiraba el sobre por debajo de la puerta y escapaba”. La treta duró un año, período durante el cual los sobres fueron guardados meticulosamente en la ficha del enfermo, para ser finalmente restituidos mediante un cheque “con

el importe correspondiente a sus reiteradas entregas”. Cuando todo parecía indicar que el deudor se rendiría ante la generosidad de su benefactor, un obsequio vino a saldar la deuda, pero con el lenguaje de la gratitud: “El cheque fue cobrado, pero días más tarde llegó a nuestro domicilio particular un obsequio, consistente en varias camisas y corbatas de alta calidad, adquiridas en una de las casas más importantes de la Capital Federal”. Según cuenta Malbec, Marcelo continuó visitándolo, pero ahora lo hacía “con la frente levantada y limpia, como un deudor que pagó religiosamente todas sus deudas.” (Malbec, 1972: 49-52)

En otra de las narraciones, la deuda también atraviesa el intercambio médico-paciente. En este relato un sobre da inicio a la circulación, sólo que en lugar de dinero contiene un cheque y una carta que, fechada el 21 de diciembre de 1976, explica lo siguiente:

Mi estimado Dr. Malbec:

Un día de abril de 1937, usted me efectuó una intervención quirúrgica, sacándome parte del cartílago del tabique nasal. Del honorario fijado por usted en aquella oportunidad quedó un saldo deudor de \$ 80 m/n que no aboné, ya que en mayo del mismo año regresé a Europa, volviendo en 1948 al país.

Le ruego que acepte el giro por 1.000.000 m/n que deseo entregarle en cancelación de aquel saldo, y perdone la excesiva demora. Le deseo muy felices Pascuas de Navidad y un próspero Año Nuevo. Muy atentamente.

J.B.

Intrigado ante el gesto de este paciente, que había decidido cancelar una deuda cuarenta años después, Malbec se dio a la tarea de contactarlo. Según constaba en el fichero, este paciente había sido intervenido a los 18 años, era de nacionalidad yugoslava, y en aquel entonces vivía con sus padres en Santos Lugares, Provincia de Buenos Aires. Habiendo transcurrido un plazo tan extenso, el teléfono y la dirección de J.B. no estaban actualizadas, pero gracias a la gentileza de unos yugoslavos que vivían en el ex domicilio del paciente pudieron localizarlo. Luego de una emotiva conversación telefónica, concertaron una cita para el día siguiente, que comenzó con “un cordial apretón de mano [que] tradujo nuestra mutua alegría por el reencuentro después de 40 años”.

A continuación, J.B. pasó a relatar brevemente su historia. Días después de operado viajó a Yugoslavia con sus padres, donde consiguió empleo en un banco, ocupación que quedó interrumpida por el inicio de la Segunda Guerra Mundial. De origen alemán, fue alistado en el ejército, y tres años después de finalizada la contienda, inició gestiones para volver a la Argentina. Atravesó múltiples vicisitudes para llevar a buen puerto las gestiones, dado que “a las dificultades

económicas para pagar su viaje y el de sus familiares, se agregaba la tramitación de los documentos y pasaportes”. Por intermediación de un amigo, logró emigrar primero él, y luego el resto de sus familiares. En Argentina, consiguió trabajo en un importante establecimiento, y a fuerza de “constancia”, “dedicación” e “inteligencia” logró ocupar el puesto de director general.

Según continúa relatando, su regreso reactivó la memoria de la vieja deuda, a causa de la cual “vivía atormentado”. Las dificultades económicas del inicio le hicieron olvidar transitoriamente la obligación, pero una vez “consolidada su posición económica pensó resolver el problema haciendo una donación a una sociedad de beneficencia”. Esta iniciativa, que pretendía saldar una deuda de gratitud con el médico a través un acto de generosidad con terceros, no prosperó. Y así, venciendo la vergüenza del que se sabe deudor, decidió “dar la cara” y enviar “el giro postal por el valor de un millón de pesos moneda nacional”. Pero la narrativa adquiere un último y definitivo giro dramático, cuando Malbec le anuncia que ese dinero sería destinado a los “cottolengos”⁵⁸. Como sello a este vínculo donde el dinero simboliza responsabilidad moral y reconocimiento a la entrega desinteresada, J. B. “se levantó del asiento, me dio un abrazo y, demás está decir, que sus lágrimas también se mezclaron con las mías” (Malbec, 1972: 17-20).

Conclusiones

A lo largo de este capítulo, movilicé el corpus empírico, para explorar la construcción de la indicación económica en cirugía plástica. Comencé por indagar las narrativas fisio-quirúrgicas sobre cirugía de reconstrucción de la mano, en un contexto histórico caracterizado por la multiplicación de los accidentes de trabajo. A partir de ello, pudimos constatar que, en el caso de los obreros traumatizados, el tipo de procedimiento indicado se orienta a la obtención de una extremidad prensil y fuerte que le permita reintegrarse a sus actividades laborales. Acto seguido, realicé una incursión en algunas publicaciones sobre cirugía reconstructiva de la mano en pacientes de género femenino. A partir de ello, pudimos observar que el tipo de procedimiento indicado se orienta a la obtención de una mano estéticamente aceptable, quedando en un segundo plano la recuperación funcional.

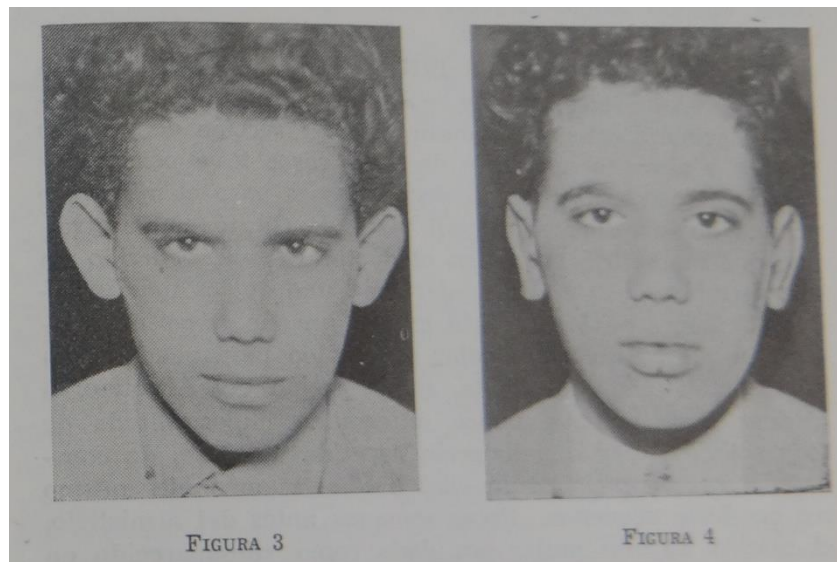
⁵⁸ El término cottolengo comúnmente se refiere a una institución que acoge a personas con discapacidades psíquicas y/o físicas.

En los siguientes apartados, me focalicé en las narrativas socio-quirúrgicas, que delinear una situación de exclusión laboral a raíz de defectos físicos y la capacidad de la cirugía estética de reinsertar económicamente a los operados. La creciente inserción de las mujeres en el mercado de trabajo emerge como trasfondo de estas narrativas, surgiendo la figura arquetípica de pacientes viudas y de aspecto avejentado que tras una cirugía de rejuvenecimiento facial consiguen reinsertarse y dejar atrás situaciones de extrema penuria económica. Asimismo, exploré narrativas análogas protagonizadas por pacientes masculinos, en los que la combinación de una disposición meritosa y la corrección de defectos estéticos conllevan a rutilantes trayectorias de ascenso social. La contracara de estas narrativas, son aquellas que muestran pacientes carentes de dicha disposición meritosa y que la literatura médica desaconseja intervenir para evitar que la frustración de los pacientes ante el fracaso persistente recaiga sobre el operador.

A continuación, indagué la indicación económica de cirugía estética en actores y actrices, fundada en la necesidad de contar con un aspecto juvenil para desempeñarse en el teatro y en los mayores requerimientos estéticos que impuso el pasaje de las tablas a la pantalla en la trayectoria de numerosos intérpretes. Al cierre, pudimos observar que esta redefinición de las fronteras entre lo esencial y lo accesorio en materia de prácticas médicas, conlleva una inquietud de los cirujanos plásticos por garantizar la accesibilidad de la cirugía estética a los sectores trabajadores a través de la ampliación de la oferta pública y de la regulación de los honorarios en la actividad privada.

En suma, las narrativas socio-quirúrgicas que emergen en la literatura médica de los pioneros de la cirugía plástica argentina durante la primera mitad del siglo XX, escenifican a la cirugía plástica como una práctica médica que contribuye a resolver problemas de empleabilidad surgidos a raíz de una serie de cambios tecnológicos, sociales y económicos. Sin embargo, lejos de limitarse a exhibir el impacto económico positivo de estas intervenciones sobre la trayectoria de los pacientes, muestran también una serie de pautas ordenadoras para la construcción de la indicación médica. Entre ellas, la consideración del género y la ocupación de los pacientes en la cirugía reconstructiva de mano, y la evaluación de la calidad moral de los candidatos a la cirugía estética. En este marco, podemos sostener que las narrativas no sólo muestran públicamente la evidencia de un problema médico, sino también transmiten criterios técnicos, cognoscitivos y morales destinados a lidiar con el quehacer diario como cirujanos plásticos. Siguiendo esta línea de análisis, en el próximo capítulo indago las narrativas psico-quirúrgicas a los efectos de identificar las pautas que guían la construcción de la indicación psicológica en cirugía estética.

Capítulo 3: La indicación psicológica de cirugía estética ante el “complejo de inferioridad”



Las fotografías que ilustran los casos de cirugía plástica se orientan a brindar un testimonio objetivo de las modificaciones sobre el cuerpo de los pacientes, y así corroborar la eficacia de las técnicas y del operador para efectuar dicha corrección. En las fotografías del inicio, es posible constatar el cambio fisonómico de un paciente masculino antes (“Figura 3”) y después (“Figura 4”) de una cirugía estética de las orejas. No obstante, más allá del cambio en la proyección de los pabellones auriculares, Lluesma Uranga (1943) coloca el foco de atención sobre el cambio en “la expresión de la mirada” de este “niño de catorce años” a “sólo diez días de diferencia (dos antes de la operación y ocho después)”. Según el autor del libro de divulgación “Los Fundamentos de la Cirugía Estética”, en la primera fotografía “puede verse la mirada torva, introvertida y rencorosa del ser que vive preocupado por algo amargo e injusto; es una mirada de verdadero pupilo de reformatorio.” Por su parte, la segunda fotografía atestigua el cambio que, asentado en la corrección de un defecto visible en la vida cotidiana, repercute en la psicología del paciente: “toda preocupación ha desaparecido; la mirada se ha hecho abierta, cándida y franca...verdaderamente infantil: ya no tiene nada ‘dentro’, ya está ‘reformado” (Lluesma Uranga, 1958: 30-31).

Tal como podemos observar, la fotografía opera como testimonio de la transformación psicológica que experimenta el paciente, haciendo hincapié en el contraste entre la peligrosidad latente antes de la intervención y en la sociabilidad de la mirada después de la cirugía. La selección

de este caso por parte del autor, se inserta como un ejemplo concreto destinado a ilustrar el carácter profiláctico y terapéutico que la cirugía estética tiene sobre la psicología y la conducta de los pacientes. En línea con ello, en este capítulo me propongo explorar el modo en que los cirujanos estéticos de la primera mitad del siglo XX despliegan evidencia médica destinada a fundamentar el carácter curativo de sus prácticas, y a establecer pautas para la categorización y selección psicológica de los pacientes.

A tal efecto, me centro particularmente en el análisis de las narraciones de casos contruidos e interpretados desde una perspectiva psico-quirúrgica. A diferencia de las aproximaciones que fundan la indicación médica en base a una apreciación objetiva del defecto y de las posibilidades técnicas de corrección, la particularidad de las narraciones psico-quirúrgicas es que procuran recuperar e interpretar la experiencia del portador de un defecto. En otros términos, desde este marco interpretativo no sólo importa la magnitud morfológica del defecto, sino también la significación subjetiva que el paciente confiere a este atributo corporal en el contexto de sus relaciones sociales.

Para dar cuenta de estas narraciones, dedico el primer apartado a explorar la figura del cirujano plástico como “psicólogo humanista”. Señalo que la literatura médica de este período, se orienta a fundar una aproximación a los pacientes que no sólo permite delimitar una esfera de problemas propiamente médicos y probar el valor curativo de estas intervenciones, sino que también pretende instruir a los cirujanos plásticos en los principios de construcción de la indicación médica. Más concretamente, a transmitir esquemas técnicos y morales de clasificación que permitan diferenciar entre pacientes con buen pronóstico y mal pronóstico; esto es, pacientes que requieren de un “psiquiatra con escalpelo” y pacientes que necesitan un psiquiatra a secas.

Partiendo de este esquema de clasificación, en los siguientes apartados analizo las narrativas de cirugía plástica en sus aspectos formales y sustanciales. En primer lugar, examino la estructura básica de estas narraciones y utilizo la noción de “carrera moral” (Goffman, 2015) para dar cuenta del modo en que las narraciones psico-quirúrgicas estructuran y secuencian relacionamente la experiencia de aprendizaje de los pacientes acerca de las consecuencias de ser portador de un defecto. A continuación, procuro dilucidar la manera en que dicha experiencia adquiere pleno sentido médico a través de la articulación con los saberes psicológicos en voga durante este período, en donde la noción de “sentimiento y complejo de inferioridad” cumple un papel central. Para finalizar el capítulo, ingreso de lleno en el despliegue de las narraciones de

casos que demuestran el carácter preventivo, reformador, curativo y vital de la cirugía estética. En suma, según veremos en este capítulo, las narrativas psicoquirúrgicas iluminan el carácter terapéutico de estas prácticas, pero también permiten indagar en torno a las pautas de categorización y selección de pacientes que guían la construcción de la indicación psicológica en cirugía estética.

1. La experiencia del paciente en la construcción de la indicación psicológica

Buena parte de la crítica dirigida a la cirugía estética durante este período aparece en hueco. Esto es, se recupera en los textos de los cirujanos plásticos bajo la forma de afirmaciones críticas cuyo enunciador es identificado de manera más o menos difusa y cuya voz raramente es introducida mediante una cita directa. Una de las críticas que con mayor frecuencia se mencionan bajo esta modalidad, refiere al carácter “frívolo” y “banal” de estas prácticas. Excepcionalmente esta crítica es formulada con nombre y apellido en las columnas de las revistas médicas y suscita respuestas que identifican al enunciador y apelan a la cita directa. El nombre y apellido del crítico es Jorge Orgaz, médico clínico cordobés que en 1940 publicó en la revista “El Día Médico” un breve e incisivo artículo titulado “Cirugía Estética”, a la que define como: “refugio y engaño de nuestro narcisismo confesable y tolerable. Ortopedia más para el parecer que para el ser. Alarde sibarita de la técnica, aburrida de plenitud” (Orgaz, 1940: 83).

Dicho artículo, parece haber tocado ciertas fibras sensibles de los cirujanos plásticos, al punto que Francisco Arescopachaga afirma desde la tribuna de la “Revista Argentina de Cirugía Plástica”: “Nunca sospechará el Profesor Orgaz, el desgarrón que [sus palabras] produjeron en el alma de un cirujano joven, enamorado de su incipiente profesión” (Arescopachaga, 1956: 23). Por su parte, el cirujano plástico rosarino Lelio Zeno, retoma esta crítica en el discurso inaugural del Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica llevado a cabo en Argentina en el año 1942: “[Existe] en el mismo ambiente médico, una visión parcial y a veces equivocada de su obra. Se la supone, en efecto, antes que una ciencia, un arte o una técnica narcisista al servicio ‘más del parecer que del ser’, como ha dicho Jorge Orgaz”.

Zeno contesta a esta crítica, destacando la labor de reconstrucción que los cirujanos plásticos desarrollan en “los países en guerra y en los grandes centros industriales”. Pero el valor de la cirugía plástica no sólo se pone de manifiesto ante “las necesidades graves determinadas por

la guerra”, sino también en la corrección de los “dismorfismos o desarmonías estéticas” que tienen una “repercusión patógena” en “la personalidad psicofísica” de los pacientes. Sobre este punto, sostiene lo siguiente: “[...] es de hacer notar que el desarrollo de la cirugía plástica no ha sido, en el fondo, fruto de un impulso académico [...] sino del hombre mismo que valora y vive la importancia subjetiva y social de un defecto corporal para su personalidad” (Zeno, 1942: 31-32).

Desde esta perspectiva, las motivaciones que llevan a los pacientes a las puertas del consultorio médico son menos intrascendentes de lo que *a priori* podrían parecer. Esta aseveración implica, en primer lugar, una aproximación al paciente que trasciende la lectura pura y exclusivamente “objetivista” de su problema. En este sentido, el cirujano estético requiere de una apertura hacia la experiencia subjetiva del paciente para poder comprender la magnitud del problema humano y médico que tiene ante sí. Quizás, quien mejor sintetiza esta aproximación que trasciende el acercamiento puramente “anatomista” al problema del paciente, es el doctor Franciso Arespachoga: “No son narices, orejas, cicatrices o leporinos los que nos consultan (...) Pensemos cuántas almas hemos auscultado y cuántos espíritus desechos hemos hallado en la trastienda de esos defectos corporales” (Arespachoga, 1956: 22).

Esta apertura hacia la experiencia de los pacientes, no sólo constituye una ruptura contundente con respecto al modelo biomédico desde un punto de vista sociológico (Anspach, 1988; Good, 1994), sino que revela que con mucha frecuencia las motivaciones que llevan a las personas al consultorio del cirujano plástico son “menos triviales” de lo que comúnmente se cree. Así, según afirma el propio Zeno en el libro “Cirugía Plástica” publicado en 1943:

[...] no son por lo general las personas adocenadas, de sensibilidad desviada, ociosas o narcisistas las que integran el mayor contingente de los enfermos que acuden a la consulta del cirujano plástico, sino que son las personas comunes, el hombre de la calle [...] En este hecho revela que nos encontramos ante un problema más general y más humano, no tan superficial como se creería, y que debe tocar raíces profundas de la personalidad (Zeno, 1943: 290)

Para decirlo de una vez, el problema al que el autor refiere, se vincula a las “torturas morales” o “padecimiento psíquico” de los portadores de defectos estéticos. Para una especialidad disputada y en ciernes, establecer la existencia de estos estados implica delimitar y probar un espacio de eficacia técnica para sus prácticas especializadas. Más concretamente, significa dar razones morales y médicas que justifiquen la instrumentación de técnicas aparentemente despojadas de finalidad curativa. Juan Andrés Codazzi Aguirre, en un trabajo publicado en las “Actas de las Jornadas Médicas de Corrientes” de 1942 expresa este punto con gran claridad. En

esta contribución, que busca difundir las conquistas “de una terapéutica psíquica”, el autor establece la centralidad que tiene fundamentar y delimitar el problema que esta novel especialidad aborda quirúrgicamente: “Establecer con veracidad la existencia real de tales procesos disnormales, ha comportado tanto como estructurar la razón misma que corresponde a las prácticas destinadas a normalizarlos” (Codazzi Aguirre, 1943: 111).

A partir de lo dicho precedentemente, podríamos sostener que buena parte de las producciones de los cirujanos plásticos en la primera mitad del siglo XX se orientan a medicalizar los problemas derivados de la apariencia corporal. Más precisamente, pretenden persuadir al público experto y profano acerca del padecimiento moral y psíquico de los defectuosos, y de la eficacia terapéutica de la cirugía estética para su tratamiento. Lo que me gustaría señalar ahora, es que la construcción pública de la cirugía estética como terapéutica psíquica, solo es una cara de la moneda del proceso de medicalización de la experiencia problemática de ser y tener un cuerpo en sociedad. Y que, para comprender cabalmente este proceso, la presente tesis propone una lectura de las prácticas en terreno para comprender el modo en que los cirujanos plásticos construyen la indicación psicológica de cirugía estética en el marco de la consulta propiamente dicha.

Desde esta perspectiva, el corpus empírico analizado adquiere un valor pedagógico antes que persuasivo, y tiene como objetivo transmitir principios de clasificación y selección de pacientes que permitan establecer si la cirugía estética está médicamente indicada o no. Después de todo, que la cirugía sea una “ortopedia” del “ser” o del “parecer” depende de la evaluación médica y de la autonomía que manifieste el cirujano al momento de determinar si accede o no a las demandas de corrección quirúrgica. En este sentido, la medicalización es una cuestión práctica, que en todo caso contribuye a cimentar la construcción pública de la especialidad cuando dichas prácticas se ajustan a las actividades de regulación de la corporación médica. Entre ellas, la enseñanza de lo que “se debe” y “no se debe” hacer con el arte quirúrgico indisolublemente ligado a lo “que conviene” o “no conviene” hacer.

En este sentido, los principios de construcción de la indicación en cirugía estética constituyen modos de hacer indisolublemente técnicos y morales surgidos de la experiencia quirúrgica y consolidados en el tiempo a través de la difusión y la sanción colectiva. Estos principios refieren principalmente a la cuestión del reconocimiento de la *autenticidad* del padecimiento. Esto es, a la presencia o no de un *problema psíquico y moral* fundado en un *defecto físico más o menos ostensible*. A partir de la combinación de estos dos elementos señalados en

cursiva, la literatura médica de la primera mitad del siglo XX propone una tipología de pacientes para los cuales la cirugía estética está indicada o contra-indicada. Cabe destacar que esta tipología no sólo tiene un valor diagnóstico, sino también pronóstico: permite explicitar ciertos indicios a partir de los cuales anticipar la eficacia terapéutica de la “cirugía psíquica”.

Siguiendo este esquema, los pacientes para los cuales la cirugía está indicada son: por un lado, aquellos que tienen un *defecto físico ostensible*, pero que aprendieron a vivir con ese defecto; y por el otro, aquellos que tienen un *defecto físico más o menos ostensible* y exhiben un padecimiento *proporcional a la magnitud del defecto*. Operando a estos pacientes, el cirujano no sólo cumple con una labor “noble y humanitaria”, sino que se asegura un éxito terapéutico y el agradecimiento del paciente. Por el contrario, los pacientes para los cuales la cirugía está contraindicada son: por un lado, aquellos pacientes que exhiben un problema *moral y psíquico* independientemente de la magnitud del defecto; por el otro, aquellos pacientes que confieren una trascendencia *psíquica y moral desmesurada* a un *defecto insignificante o inexistente*. Operando a los primeros, el cirujano ejecuta una operación no sólo ineficaz (no corrige la verdadera causa de padecimiento), sino también moralmente reprobable (realiza una cirugía de “camouflage”). Operando a los segundos, el cirujano accede a poner el “noble arte de la cirugía al servicio de la coquetería”, lo que implica no sólo una transgresión moral, sino que también augura fracasos terapéuticos y un revanchismo feroz por parte del paciente. Así lo expresa, con claridad, el médico-psicólogo Pizarro Crespo en el Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica realizado en Argentina, en 1943: “El cirujano plástico debe ahondar en la personalidad del paciente, para ahorrarse fracasos terapéuticos y para resolver el problema médico y humano” (Pizarro Crespo, 1942: 322-323).

Recapitulando lo expuesto hasta aquí, podemos señalar que la literatura médica producida por cirujanos plásticos en la primera mitad del siglo XX se orienta a construir la indicación en cirugía estética a partir de la identificación, delimitación y puesta en evidencia de una esfera de problemas médico-psicológicos que padecen los defectuosos y que la cirugía puede aliviar o curar. Al mismo tiempo, se orienta a brindar principios de orientación práctica que permitan al cirujano examinar al paciente y establecer si la cirugía estética está técnica y moralmente indicada. En este marco, las narraciones que presento a continuación deben ser leídas en este doble sentido: como un proceso de construcción de evidencia médica destinada a probar la eficacia terapéutica de la

cirugía psíquica, y como material pedagógico destinado a ilustrar a los cirujanos en los principios de construcción de la indicación médica en el quehacer profesional cotidiano.

2. Narrativas psico-quirúrgicas

Un aspecto clave de las narrativas psico-quirúrgicas en cirugía estética es que incorporan la experiencia subjetiva de los pacientes en su construcción. Esta apertura, que podría darse por sentada para cualquier otra disciplina, constituye una ruptura contundente con respecto al modelo biomédico tal y como lo definieron diferentes producciones del campo de la sociología del conocimiento médico (Anspach, 1988; Good, 1994). Más aún, tratándose de *cirujanos*, descriptos en investigaciones sociológicas y antropológicas como la encarnación arquetípica de la despersonalización y la evaluación puramente organicista de los pacientes (Cassell, 1991; Jaisson, 2001; Zolesio, 2013).

Pero las narraciones no se construyen sobre la base de una transcripción lisa y llana de la experiencia de los defectuosos. Constituyen, en realidad, “narraciones de narraciones”, que incluyen la experiencia de los pacientes pero que imponen una mediación que reconstruye y resignifica dicha experiencia (Atkinson en Sarangi y Roberts, 1999: 88-89). Esta mediación se rige, en primer lugar, por un proceso selección que comienza en el interrogatorio médico y que finaliza al momento de presentar el caso. El segundo paso es la secuenciación, que dispone las acciones en una relación de causa-efecto. A modo ilustrativo, veamos la estructura más simplificada y básica de una narración psico-quirúrgica. En la introducción al libro de divulgación “Obra Benéfica de la Cirugía Estética” (1939), Juan Andrés Codazzi Aguirre señala que “[hay] una relación, de causa a efecto, que hace que, suprimida la deformidad, desaparecido el defecto, desaparezca también, y se negativice el estado penoso espiritual que le acompaña”, y en el párrafo siguiente introduce la siguiente narración:

Era un joven siempre contrariado y taciturno, desganado y perezoso, a causa de la extrasociabilidad a que le conminaban unas enormes orejas en “asa”, caricaturescas y ridículas, que, corregidas un día, influyó de tal manera en su ánimo, que se echó a la calle, buscó y encontró trabajo, hízose de amistades y triunfó ampliamente en todas sus empresas (Codazzi Aguirre, 1939: 13)

En este caso, la estructura de la narración es extremadamente económica, con un escaso nivel de detalle y un trabajo interpretativo poco desarrollado. Pretende persuadir acerca de la eficacia de una práctica, antes que instruir a la comunidad médica en “técnicas de obtención del historial

clínico y de interpretación psicosomática de los datos” (Zeno y Pizarro Crespo, 1945: 5). Ahora bien, tanto en los textos de divulgación como en los especializados, los procesos de selección y de secuenciación se encuentran subsumidos a un marco interpretativo que pretende establecer un vínculo entre presencia de defectos, interioridad y exteriorización de estados internos. La apuesta de fondo de este marco consiste en transformar la experiencia humillante en enfermedad, a los clientes en enfermos y a una intervención quirúrgica “frívola y banal” en “Cirugía psíquica” o “Medicamento moral”. Para ilustrar este punto, considero conveniente recurrir a un ejemplo que sale de las lides de la cirugía estética propiamente dicha, pero que es recurrentemente citado por los cirujanos plásticos:

La hipertrichosis femenina, manifestación local de alteración evidentemente glandular endócrina, es capaz de producir tales torturas morales que pueden llegar a conmover profundamente la personalidad hasta el grado de ocasionar verdaderos estados de psicosis. Esta desagradable enfermedad, tanto por sus causas como por sus efectos de orden social, exige del médico el utilizar todos los recursos a su alcance para obtener su completa curación. Podemos decir que en el presente la parte local del tratamiento de la hipertrichosis femenina ha dejado de ser un procedimiento puramente estético, para pasar a la categoría de verdadero método curativo (Lanari y Cautela, 1936: 1845).

En este fragmento podemos percibir claramente el proceso de transformación de un problema estético mundano (el bello femenino en el rostro) en una enfermedad de índole médica (la hipertrichosis producida por una alteración glandular endócrina) y social (torturas morales y estados de psicosis), y de un “procedimiento puramente estético” orientado a corregirlo en un “verdadero método curativo”. Ampliando el campo de visión, resulta posible constatar cómo opera esta transformación en las narraciones médicas. Para ello, comenzaré por abordar el modo en que es escenificado el cuerpo defectuoso en sociedad y las repercusiones que esto tiene para la experiencia del defectuoso, para luego abordar los marcos interpretativos utilizados para medicalizar dicha experiencia.

3. El cuerpo risible: la carrera moral de los defectuosos

En el apartado anterior, señalamos que las narraciones médicas psico-quirúrgicas recuperan y resignifican la experiencia del portador de un defecto. Usualmente, comienzan a relatar *in media res*, esto es, a partir de la consulta del defectuoso. En línea con ello, inician con un registro acerca de las características socio-demográficas del paciente y el diagnóstico de carácter anatómico. No

obstante, lejos de limitarse a efectuar una constatación de hecho acerca de la magnitud del defecto y de establecer la indicación quirúrgica en función de ese dato “objetivo”, reconstruyen la experiencia del defectuoso hasta el momento de arribar a la consulta.

Como es evidente, el criterio de relevancia a partir del cual efectúan la selección de esas experiencias se centra en el registro subjetivo del paciente en tanto portador de un defecto. Menos evidente, sin embargo, es que estas experiencias son de carácter social. Más concretamente, no se construyen a partir de una apreciación atomizada, narcisista, del defectuoso frente al espejo. Tampoco a partir de una valoración puramente anatómica, pasible de ser examinada y clasificada según categorías expertas en la intimidad del consultorio médico. Las experiencias del defectuoso tienen lugar en el marco de relaciones sociales que, siguiendo la terminología de Goffman (2015), asumen la forma de “contactos mixtos” entre “normales” y “defectuosos”.

Las narraciones médicas psico-quirúrgicas reconstruyen el despliegue de estas experiencias en el tiempo. Reponen, con mayor o menor profundidad, la trayectoria social del defectuoso. Cada una de las etapas de esta trayectoria tiene lugar en distintos espacios y escenifica el contacto mixto con distintos tipos de personas. Más concretamente, dependiendo de la etapa del ciclo de la vida social del defectuoso, adquieren relevancia distintos espacios institucionales: la escuela y los grupos de pares en la niñez; los “bailes” en la adolescencia; el trabajo en la adultez. Transversal a todas estas etapas, pero más propias de la madurez, son los espacios no institucionalizados como la “calle”, el “barrio” y el “transporte público”.

Cabe destacar que, más allá de la diversidad de espacios en que se desarrollan los contactos mixtos, el rasgo común de todos ellos es que pertenecen a la esfera pública en el sentido lato del término. Esto es, refiere a todos aquellos contactos que se ubican por fuera de la esfera doméstica. Precisamente, es sobre la base de la dicotomía público/privado, que las trayectorias pueden entenderse como “carreras morales”. En línea con ello, la esfera doméstica opera en las narraciones como el espacio de protección y de repliegue del defectuoso, mientras que el espacio público es aquel en el que incorpora el punto de vista de los normales y aprende acerca de las consecuencias de ser portador de un defecto (Ibídem.: 48-53).

Tratándose de defectos físicos, la mayor o menor visibilidad cumple un papel crucial en la experiencia pública de los defectuosos. En este período, el rostro parece ser el sector anatómico más accesible al escrutinio público. Para decirlo con más propiedad, según la literatura médica analizada, las intervenciones efectuadas sobre este sector muestran un predominio absoluto sobre

aquellas orientadas a corregir defectos situados en el tronco o en las extremidades. A tal punto que, según Ernesto Malbec (1939), aproximadamente el noventa y cinco por ciento de las demandas de corrección quirúrgica refieren a defectos del rostro. Entre ellas, la nariz en primer lugar, y las orejas en segundo, constituyen los motivos más frecuentes de consulta.

El autor arguye dos razones para explicar esta tendencia. Epidemiológicamente, “la cara, por su ubicación, es la parte del cuerpo que se halla más expuesta a la acción de los golpes y traumatismos”. Desde el punto de vista de la exposición pública del cuerpo, el rostro “es el punto más visible y destacado de la figura humana y, por lo tanto, lo más susceptible de ser sometido a la censura despiadada del prójimo”. La visibilidad, en términos prácticos, es inversamente proporcional a la posibilidad de disimulación, lo que nos lleva a explicar que las cirugías de orejas: “Ocupan el segundo lugar después de la nariz, no porque la suma de deformidades auriculares sea menor, sino porque la mujer especialmente las disimula perfectamente con el cabello” (Malbec, 1939: 1506-1507).

Para ilustrar el modo en que la mirada pública irrumpe en la conciencia de los defectuosos del rostro, me parece pertinente abordar una narración publicada en el primer tomo de “Anecdotario de un cirujano plástico” (1971), que lleva el título de “Su suerte en el colectivo” (Figura 18). En esta narración, Ernesto Malbec relata el caso de una maestra de escuela primaria aquejada de una afección en la nariz: un “rinofima”⁵⁹. Según el autor, como consecuencia de “las bromas y la irrisión que provocaba la acentuada deformidad que padecía su nariz” tuvo que abandonar su cargo. A pesar de las dificultades que esta afección conllevaba para su vida social, esta mujer se mostraba irresoluta y temerosa de atravesar una cirugía. Pero luego de una de las tantas consultas infructuosas, algo cambió:

De repente, al cabo de dos horas, se presentó nuevamente al consultorio resuelta a someterse a la operación. ¿Qué era lo que había ocurrido? Ella me lo comunicó atropelladamente. Al salir del consultorio había tomado un colectivo para regresar a su casa [...] En la primera parada ascendieron al coche algunas personas, entre ellos una señora que llevaba en brazos a un niño como de dos años, quien, después de muchos aprontes, optó por sentarse delante. A todo esto, siendo ya numeroso el pasaje, comenzaron muchos a mirar insistentemente su enorme nariz y a reírse solapadamente. El pequeño, que llevaba en la mano un osito y parecía estar ajeno al espectáculo, repentinamente, y como atraído por alguna cosa mágica, dejó caer el juguete sobre la falda de la madre y estirando cuanto pudo su manecita le agarró la grotesca nariz a su circunstancial compañera de viaje. El

⁵⁹ El rinofima es una enfermedad que afecta a la piel de la nariz y se considera como una manifestación severa de rosácea. Se caracteriza por un engrosamiento deformante y progresivo de la piel que cubre la nariz con oclusión de las glándulas sebáceas y formación de pequeños quistes en la zona.

resultado fue una carcajada general. Gracias a ello, que le cayó como una bofetada, la maestra se armó de coraje y vino resueltamente a someterse a la operación (Malbec, 1971: 129-131)

Tal como puede observarse, el carácter que asume la experiencia pública del defectuoso está marcado por el rechazo y la hostilidad que no necesita de palabras para expresarse. Se pone de manifiesto a través de miradas, gestos y risas que dramatizan la experiencia de los defectuosos. En este sentido, las “burlas” constituyen un rasgo recurrente de las narraciones psico-quirúrgicas. Y no sólo se expresan mediante gestos y prácticas que hacen ostensible el rechazo, sino que adquieren articulación verbal a través de designaciones denigrantes. Estas designaciones, los “motes”, no exhiben una pretensión de neutralidad y sobriedad descriptiva, sino que escenifican y dramatizan mediante adjetivos superlativos (“narigón”), comparaciones (“nariz de loro”) e hipérboles (“contrabandista de rapé”) la carga afectiva propia de los sistemas profanos de clasificación. Más concretamente, constituyen la manifestación verbal de uno de los tantos modos en que los “normales” sancionan socialmente a los defectuosos: la risa ante el cuerpo grotesco, el recelo ante el cuerpo amenazante, el asco ante el cuerpo enfermo, etc.

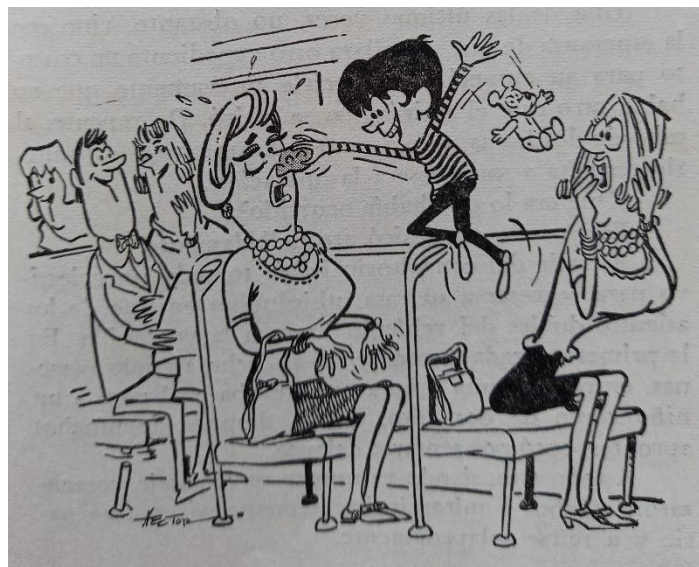


Figura 18. Ilustración de la narrativa “Su suerte en el colectivo” en Malbec (1971), pág. 129

La experiencia de humillación pública de los “defectuosos” constituye la contracara exacta de los gestos, prácticas y designaciones denigrantes de los “normales”. Tal como señalamos anteriormente, la esfera doméstica opera como espacio de protección y repliegue en la carrera moral de los defectuosos. No obstante, la gravitación hacia la esfera privada, constituye solo el aspecto manifiesto de una serie de estados y conductas que pude identificar en las narraciones

psico-quirúrgicas. A grandes rasgos, considero pertinente clasificarlas en estados y conductas diminutivas y expansivas. Las primeras refieren al repliegue y la introversión del individuo defectuoso, mientras que las segundas se relacionan con la violencia manifiesta o latente. El nexo entre una categoría y otra suele ser la acumulación de experiencias de humillación (el “resentimiento”) que confieren a los defectuosos una peligrosidad latente.

Para darle consistencia empírica a lo expuesto hasta aquí, considero conveniente abordar uno de los pocos testimonios directos de los que dispongo acerca de la “carrera moral” de un defectuoso. El testimonio en cuestión es la carta de agradecimiento que un hombre operado de las orejas envió a Ernesto Malbec, y que aparece publicada en su libro de divulgación “Cirugía estética. Conceptos fundamentales” (1938). La carta, comienza con una descripción contundente acerca de la conciencia permanente de su defecto en el marco de los contactos mixtos, que se expresa en un estado de alerta y vergüenza:

‘Por un defecto que yo tenía en mi cara, mi personalidad era nula, me sentía como achicado ante los demás mortales, no me animaba a entablar conversaciones en alguna reunión, por el temor de que los demás se estuvieran mofando, aunque más no sea interiormente, de mis abultadas orejas, y hasta una pequeña simpatía que yo sentía por una mujer, no me sentía capaz ni tenía valor para demostrarla, de modo que juzgue, estimado doctor, la gran pena que yo tenía por crearme diferente de los demás.’

A continuación, despliega las distintas etapas significativas en el aprendizaje de las consecuencias de poseer un defecto y la creciente retracción que experimentaba su vida social: “De pequeño estuve condenado a las risas de mis amigos, que no hacían más que atormentarme cuando podían llamarme ‘Orejita’, ‘Orejudo’, y me daban otros sobrenombres que ya ni recuerdo”. En la juventud, continúa relatando, mientras el resto se divertía “en los bailes y reuniones, me abstenía de ir, llegando a ser un hombre solitario”. La acumulación de experiencias públicas negativas tuvo tal repercusión, que en la adultez: “Llegó a ser para mí intolerable la existencia, y yo mismo me empeñaba en amargarme la vida con ideas de las más absurdas, hasta el extremo que no tenía deseos de estudiar ni trabajar; tantos estragos había causado en mí ese defecto”. En ese marco, emergió en el paciente la necesidad imperiosa de corregir el defecto (“hubiera dado la mitad de mi vida por poseer orejas normales”), al punto de improvisar métodos caseros: “me observaba adhiriéndome las orejas momentáneamente con pañuelos, evitaba que se me enrojecieran y hacía más disparates para que parecieran más chicas”.

La cirugía estética responde a esta demanda de corrección morfológica, cuyos resultados exceden largamente el reposicionamiento de los pabellos auriculares. Más bien, opera como un punto de inflexión en la carrera moral del defectuoso, dando lugar a una integración social plena y a una sociabilidad expansiva: “Después que usted me operó [...] puedo afirmar con satisfacción que soy otro hombre [...] además de dirigir una fábrica de una importante industria, mis actividades son numerosas, pudiéndome presentar en cualquier reunión, siendo, modestia aparte, simpático y atrayente” (Malbec, 1938: 15-18).

En este apartado pudimos constatar que las narrativas despliegan la carrera moral de las personas portadoras de defectos físicos, cuyo contacto con la vida pública trae aparejado un aprendizaje acerca de la portación del defecto y diversas experiencias de humillación que derivan en la retracción y el resentimiento creciente. En el próximo apartado, veremos la centralidad que tuvieron las nociones de “sentimiento y complejo de inferioridad” en la medicalización de los problemas psicológicos asociados a los defectos de la estética corporal.

4. Motejados y acomplejados: la medicalización de los problemas asociados a los defectos estéticos

Hasta aquí, estamos frente a la descripción de un problema de la vida cotidiana. Según las narraciones, el “defectuoso”, en las diferentes situaciones sociales que se le presentan en su trayectoria, sufre como consecuencia de ser el blanco de miradas, gestos y comentarios burlones. Sin embargo, la medicalización implica que algunos problemas no médicos sean definidos y tratados como problemas médicos, entendidos en términos de enfermedades o desórdenes (Conrad y Leiter, 2004). Las experiencias de humillación, por lo tanto, no necesariamente constituyen una evidencia médica en sí misma. Requieren de un proceso interpretativo que comienza con la recuperación y selección de la experiencia del defectuoso, pero que debe ser resignificada a la luz de las categorías expertas del pensamiento médico. El proceso interpretativo, por lo tanto, supone transformar la *experiencia de humillación* en *síntoma* de una *patología médica*, a los *motejados* en *enfermos* y a la cirugía estética en *práctica curativa*. Como veremos en este apartado, la noción de “complejo de inferioridad” asumió un rol central en el proceso de medicalización de la experiencia de los defectuosos.

A partir de una lectura de las narrativas correspondientes a la primera mitad del siglo XX, me gustaría destacar que el proceso de medicalización no necesariamente se construye a partir del

uso sistemático de categorías médicas en la re-interpretación de la experiencia de los pacientes. En todo caso, especialmente en la literatura de divulgación, podríamos hablar de una medicalización a través de repertorios que determinan formas estables de construir y disponer la evidencia. Este proceso, adquiere su expresión mínima en el uso testimonial de cartas y fotografías, y avanza hacia una mayor complejidad apelando al testimonio indirecto mediante los procesos de selección y secuenciación descriptos en el segundo apartado. Un paso adelante en el proceso de medicalización, se observa en buena parte del corpus empírico correspondiente a la década del 20' y la primera mitad del 30', en las que se observa un uso impreciso de las nociones psicológicas y una alternancia entre estas nociones y referencias a la “moral” o al “alma” de los defectuosos. Así, por ejemplo, es habitual encontrar en un mismo texto expresiones que describen alternativamente el estado de los pacientes como “problemas de índole psíquica”, “sufrimiento moral” o “estados afligentes del alma”.

Estos primeros intentos orientados a fundar una aproximación científica a las experiencias de los defectuosos, adquieren mayor elaboración a partir del trabajo de colaboración psicológico-quirúrgico iniciado por Lelio Zeno (cirujano) y Emilio Pizarro Crespo (médico psicólogo) en el Hospital Centenario de Rosario en 1937. Dicho trabajo, interrumpido por la prematura muerte de Pizarro Crespo en 1944, tuvo sus frutos en varios artículos publicados en “La Semana Médica” entre 1937 y 1942, posteriormente retomados en los libros “Cirugía Plástica” (1943) y “Clínica Psicosomática” (1945). En esta última obra, los autores exhiben una pretensión didáctica al procurar transmitir métodos de observación y análisis clínico del enfermo que, rompiendo con la “concepción materialista” de la “medicina académica”, permita identificar las repercusiones que un conflicto emotivo puede tener sobre el soma, o el de una afección somática sobre el psiquismo.

Zeno y Pizarro Crespo dedican los tres últimos capítulos del libro “Clínica Psicosomática” al análisis e interpretación psicosomática de las historias clínicas de pacientes de cirugía plástica, con la pretensión de identificar las repercusiones que los dismorfismos tienen sobre la personalidad psico-física de los pacientes. Para ello, se apoyan en los saberes psicológicos en boga durante este período, cuya articulación está marcada por un fuerte eclecticismo (Plotkin, 1996). En este sentido, en el prefacio del libro “Clínica Psicosomática”, Zeno rememora la labor intelectual del recientemente fallecido Pizarro Crespo en los siguientes términos:

En esa fragua creadora de la observación clínica hospitalaria y privada, puso a prueba las diversas concepciones médicopsicológicas, pasando por el freudismo [...] por las directivas de Kretschmer;

por la psicología sintética y analítica de Jung; por la psicología individual de Adler; por la caracterología de Künkel; por el psicoanálisis breve de Stekel, etc. (Zeno, 1945: 14).

De este conjunto de referencias, me gustaría destacar una noción que tuvo particular trascendencia en la medicalización de la experiencia de los defectuosos: el “complejo de inferioridad”. Esta noción, acuñada por Alfred Adler⁶⁰ a principios de siglo, tuvo una amplia acogida en la sociedad norteamericana desde fines de la década del 20’, al punto de devenir no sólo en una noción recurrentemente utilizada en la literatura médica sobre cirugía plástica, sino también en un ícono de la cultura popular en el contexto de la “Gran Depresión”. Esta noción, asumiría tal ubicuidad que aparecería citada en texto médicos, en la prensa, en registros clínicos e inclusive en las cartas de algunos pacientes. Según Haiken (1997), la enorme difusión de esta teoría, obedece al estilo coloquial de Adler y a la orientación fuertemente pragmática de la psicología individual adleriana. En el caso de los cirujanos plásticos, esta noción permitió reforzar el vínculo entre defectos y enfermedades mentales, y ampliar el espectro de las intervenciones legítimas al incluir la perspectiva de los pacientes en la construcción de la indicación médica (Ibídem.: 91-130).

En Argentina, pude hallar una referencia temprana a esta noción en un artículo de Rómulo Gil sobre prótesis oculares publicado en “La Semana Médica” en 1919. Sin embargo, recién a fines de la década del 30’ y principios del 40’, esta noción parece instalarse definitivamente en el vocabulario médico de los cirujanos plásticos argentinos. Es sintomático de ello, la utilización recurrente de esta noción en varias de las publicaciones médicas de este período. Por citar algunos ejemplos: en 1939, Ernesto Malbec señala que “Hay defectuosos físicos, que han hecho con el andar del tiempo un complejo intelectual de inferioridad” (Malbec, 1939: 716); en 1943, el cirujano uruguayo Fernando Schreiber sostiene que las mujeres con senos hipertrofiados “desarrollan complejos de inferioridad” (Schreiber, F., 1943: 296) ; en 1946, el cirujano argentino Ramón Palacio Posse sostiene que el estigma que recae sobre los defectuosos de las orejas “[...] es un motivo más que suficiente para producir en sus portadores un verdadero complejo de inferioridad” (Palacio Posse, 1946: 145). La misma tendencia, parece replicarse en cierta medida

⁶⁰ Alfred W. Adler (1870-1937) fue un médico y psicoterapeuta austriaco. Fue fundador de lo que se denominó la escuela de psicología individual. Fue un colaborador de Sigmund Freud, pero se apartó de él en 1911 al divergir sobre aspectos centrales de la teoría psicoanalítica.

en la prensa escrita, tal como puede comprobarse en los epígrafes de las fotografías de la Figura 19.



Figura 19: Referencias al “complejo de inferior” en medios gráficos argentinos. En “Buenos Aires, meca de la cirugía plástica”, s.f., pág. 58 y “La Cirugía Estética al Servicio de los Artistas”, Sintonía, 1950, pág. 45.

Igual trascendencia asumiría esta noción a nivel latinoamericano. Para no agotar al lector con la reproducción exhaustiva de las referencias a este término en los congresos de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, me gustaría centrarme en un pasaje que pone a las claras el nivel de aceptación de la teoría adleriana entre los cirujanos plásticos latinoamericanos a fines de la década del 40’:

No voy a insistir, porque es del conocimiento de quienes me escuchan, sobre el alcance de los trabajos de Adler en especial aquellos que se refieren al concepto de inferioridad fundado en defectos orgánicos [...] [En] todos estos casos la intervención del cirujano plástico tendrá una beneficiosa influencia sobre el carácter del individuo. Son frecuentes y repetidos los cambios favorables obtenidos en el carácter del sujeto por el éxito de una operación correctora que le ha modificado las orejas en pantalla, una nariz en giba u otras deformaciones morfológicas que le creaban un complejo de inferioridad (Más de Ayala, 1949: 361).

Quien pronunció estas palabras es el psiquiatra uruguayo Isidro Más de Ayala en el Cuarto Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica (1949). En ese trabajo, el autor apela a una extensa cita directa extraída del libro “Clínica Psicossomática” (1945) para sustentar su posición. En línea con ello, considero atinado destacar la frecuencia con que los trabajos de Zeno y Pizarro Crespo son retomados en las producciones locales y latinoamericanas y, por ende, el rol central que tuvieron en la difusión de la teoría del complejo de inferioridad. Un papel para nada desdeñable en dicha empresa de divulgación, fue la participación destacada de Zeno y Pizarro Crespo en el Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1942). El primero, en su

calidad de presidente del Congreso, y el segundo como miembro titular de la Sociedad y expositor de un importante trabajo titulado “Sentimiento y Complejo de Inferioridad”⁶¹.

Entrando en el terreno de las definiciones, el sentimiento de inferioridad y el complejo de inferioridad se insertan dentro del proyecto intelectual de la Psicología Individual⁶², iniciado por Adler en 1911 a partir de su ruptura con el psicoanálisis de Freud. En el trabajo antes mencionado, Pizarro Crespo se propone precisar dichas nociones con el fin brindar al auditorio de cirujanos plásticos los rudimentos conceptuales y prácticos para la construcción psicológica de la indicación en cirugía plástica. Según el autor, dicho equipamiento conceptual debería no sólo rectificar la mirada puramente “exterior o morfológica de la cirugía correctora”, sino también clarificar el límite entre las demandas legítimas e ilegítimas de cirugía plástica. En línea con ello, las nociones de sentimiento y de complejo de inferioridad operan como un marco interpretativo de la experiencia de los pacientes que permite anclar dicha distinción:

la cirugía plástica no puede subordinarse solamente a los imperativos del narcisismo individual o a las exigencias de las modas colectivas, sobre todo cuando lo favorece un clima espiritual inadecuado y ficticio, donde se abusa médica y socialmente de nociones psicológicas que no permiten ser violentadas y que, por ello, merecen ser aclaradas y precisadas en sus justos términos (Pizarro Crespo, 1943: 317).

Por otra parte, estas nociones instalan pautas temporales en la construcción de la indicación, estableciendo una mayor o menor premura en la intervención según los síntomas que presente el paciente al momento de la consulta. En este sentido, el autor define el “sentimiento de inferioridad” como “un fenómeno transitorio de la conciencia [...] que no quebranta la unidad directriz de la personalidad”, y el “complejo de inferioridad” como un fenómeno que implica “la actuación permanente y semidespótica de un estado afectivo, relativamente autonomizado, sobre el resto del psiquismo (intelectual, volitivo, etc.) y del comportamiento psicossomático a él subordinado”. Según Pizarro Crespo, tanto el sentimiento como el complejo de inferioridad “que provoca toda insuficiencia o defecto orgánico [...] crea automáticamente una ‘tendencia

⁶¹ En unos de los discursos de apertura al Tercer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1944), Zeno rememora la participación de Pizarro Crespo en la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica en los siguientes términos: “Nuestra sociedad tiene pues el privilegio de ser la primera que ha contado entre sus miembros con un médico psicólogo especializado en el estudio analítico de los sentimientos y de los complejos de inferioridad del dismorfo” (Zeno, 1944: 16).

⁶² La Psicología Individual se define como una psicología de “posición” antes que de “disposición”, entendiendo la conducta humana no como “algo intrapsíquico (que se produce dentro de la persona), sino como un aspecto de la vida de esta persona respecto a otras (que se produce entre personas)” (Oberst, Ibarz y León, 2004: 38).

compensadora de todo el organismo”, cuyas manifestaciones más perturbadoras para la convivencia social es la aparición de “impulsiones agresivas y de dominio” (Pizarro Crespo, 1943: 319). La cirugía plástica, por lo tanto, debe llegar a tiempo para evitar no sólo que un sentimiento estructure en un complejo de inferioridad, sino también para prevenir la exteriorización de “reacciones antisociales” de consecuencias imprevisibles.

Siguiendo este esquema, resulta posible presentar de manera simplificada el modo en que los cirujanos plásticos de este período medicalizan la experiencia de los defectuosos y construyen la indicación psicológica de cirugía estética: un defecto morfológico puede llevar al individuo a experimentar un “*sentimiento de inferioridad*” (estados y conductas diminutivas), con el tiempo estructurar en un “*complejo de inferioridad*” y suscitar tendencias “sobrecompensadoras” (estados y conductas expansivas). En este marco, la cirugía plástica asume un carácter a la vez preventivo y curativo de los problemas psíquicos que presentan los defectuosos. Dedico los próximos apartados a explorar las narraciones médicas que dan cuenta de estas dimensiones de la indicación de cirugía estética, partiendo del análisis de casos de cirugía en niños para luego abocarme a la adolescencia y la etapa adulta.

5. La indicación psicológica de cirugía estética en la niñez

Los servicios de emergencias utilizan sistemas expertos de clasificación para administrar el ingreso de los pacientes. Confieren prioridad a aquellos que muestran un riesgo vital inminente, dilatando el momento de la atención para los casos en que no exista un compromiso serio para la salud. Dentro de este ordenamiento, la cirugía estética (si tuviera lugar dentro de un servicio de emergencias), se ubicaría en el último lugar dentro de la escala de prioridades. Contra esta definición, Ernesto Malbec afirma no sólo que la cirugía estética es esencial, sino también que reviste un carácter urgente:

La Cirugía estética debe llegar hasta quien la solicita, con la misma rapidez con que llega la Cirugía de urgencia al lecho de un enfermo atacado de apendicitis [...] La Cirugía Estética debe ser utilizada como cirugía de urgencia, como cirugía reparadora, porque indiscutiblemente repara daños, no solamente físicos, sino que éstos traen aparejados la reparación de daños morales muy grandes (Malbec, 1938: 15-16).

En la literatura médica de la primera mitad del siglo XX, las cirugías estéticas de corrección de las orejas realizadas sobre niños y adolescentes ejemplifican de modo paradigmático esta

premura en la intervención. Que la cirugía estética “preventiva” recaiga sobre todo en las orejas obedece a que, a diferencia de la nariz, los defectos auriculares se ponen de manifiesto a una temprana edad. Asimismo, que se realicen con mayor frecuencia sobre niños y adolescentes de género masculino, responde a la menor posibilidad de la que disponen estos últimos de ocultar su defecto mediante el artificio del cabello. Cabe destacar, que los defectos pueden tomar asiento en distintos sectores de las orejas, pero que el tipo de intervenciones más frecuentes durante este período recaen sobre el pabellón auricular y tienen como objetivo corregir el ángulo de separación de las orejas respecto del cráneo.

A criterio de algunos cirujanos plásticos, este tipo de defectos no sólo “afea el semblante”, sino que expresa las presuntas características intelectuales y morales del portador del defecto. Así, según el cirujano plástico Ernesto Malbec: “[...] cada deformidad o vicio de conformación traduce o encarna un estigma. Ante la presencia de un hombre con orejas en asa, surge inmediatamente, en la imaginación, la figura inequívoca del retardado, del incapaz, del cretino.” (Malbec, 1939: 98-99). Esta asociación entre conformación de las orejas y moralidad responde a la relevancia que asume el discurso criminológico de corte biotipológico durante este período (Vallejo y Miranda, 2004; Coppa, 2019). Sobre este punto, existen diferentes posturas entre los cirujanos plásticos. En el caso particular de Malbec, parece acoger esta perspectiva al sostener que usualmente existe cierta correspondencia entre el “ser” y el “parecer” del paciente: “Si bien es cierto que el volumen de la inteligencia no se puede medir por la dimensión de los pabellones, no es menos cierto que la dimensión de los pabellones [...] es un índice que excepcionalmente fracasa” (Malbec, 1939b: 1507).

En todo caso, según Malbec, corresponde al cirujano establecer si efectivamente existe esta correspondencia o no y, en función de ello, determinar la indicación de cirugía estética: “Los niños que nacieron estúpidos lo seguirán siendo después de la corrección plástica. Mas, aquellos cuyas aptitudes son normales, se beneficiarán espléndidamente mediante una intervención remodeladora” (Ibidem.: 1508). Según el autor, operar a los primeros implica no sólo realizar una mera cirugía de fachada, sino también ocultar detrás de esa fachada la esencia desviada del paciente: “[...] si procedemos a su corrección, con la supresión del defecto, el mismo peligro queda oculto o disimulado. Concurrimos, sin querer, a la fabricación de un ‘camouflage’ de consecuencias imprevisibles”. Por el contrario, operar a los segundos “más que una medida de

profilaxis estética, es una medida de profilaxis psíquica. Los beneficios que le reporta a la sociedad son incalculables” (Ibídem.: 1509).

En una posición crítica respecto a las teorías biotipológicas, podemos ubicar a Jorge Games⁶³ que, en su tesis titulada “Orejas en asa. Su corrección quirúrgica” (1944), se distancia de los médicos alienistas y criminalistas que conciben las anomalías de los pabellones “como caracteres exteriores de una degradación intelectual o moral”. En línea con ello, señala que los datos estadísticos que sustentan esta postura recogen una visión sesgada al registrar solamente la frecuencia con que se producen estos defectos en asilos de alienados y cárceles. La distancia respecto a la perspectiva biotipológica es acompañada por una adopción plena del enfoque psicossomático desarrollado por Zeno y Pizarro Crespo. En este sentido, Games señala que:

los niños con anomalías morfológicas son víctimas de apodos, puestos por sus compañeros en la época en que comienzan a formar su personalidad, [y] reaccionan aislándose de ellos y de sus juegos, tornándose huraños, apáticos y retraídos o, no resistiendo la humillación, se hacen agresivos e irascibles (Games, 1944: 30)

En línea con ello, para los casos en que la intervención está indicada, un consenso básico entre los cirujanos estéticos es la necesidad de efectuar las correcciones auriculares antes de que el niño ingrese al ciclo escolar. Esto obedece a dos motivos: por un lado, el ingreso a la escuela es el momento en que el niño sale de la cápsula protectora familiar y aprende acerca de su defecto a través insultos, burlas, ostracismo y peleas; por el otro, el medio social hostil actúa como impedimento del desarrollo conductual y cognitivo de los niños. Malbec (1938) ilustra este punto a través de una narración en la que despliega la carrera moral arquetípica de un defectuoso de las orejas.

En ella, el cirujano comienza por señalar que el hogar es un espacio relativamente protegido para el niño, en el que los padres padecen el drama de su hijo pero lo mantienen al margen de esas preocupaciones. La protección y el equilibrio precario del hogar se ve roto por las “visitas”, cuyas referencias al niño (“Es muy rico el chico, pero, ¡qué lastima las orejitas!”), producen “una nueva angustia en los autores materiales de la defectuosidad”. Pero es cuando el niño sale a la calle, que se inicia el verdadero drama, “el segundo episodio que es más doloroso que el primero”. Allí, el niño es el “punto central de las burlas”, “persecuciones” y acciones despiadadas (“¡Cuántas veces

⁶³ Jorge Games fue un cirujano plástico argentino, que se formó en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Rawson y posteriormente en el Instituto de Clínica Quirúrgica, del Hospital de Clínicas, bajo la dirección de Julián C. Fernández.

vuelve el niño al hogar llorando y clamando la ayuda paterna, pues le han colgado un broche de ropa en su pabellón auricular!”), que “lo indispone contra el medio y genera en él un sentimiento de inferioridad.” Una vez ingresado a la escuela, el conflicto se agudiza: se ve constantemente “perseguido y desplazado”, y “concluye por hacerse huraño, desconfiado, retraído, cuando no se rebela y adopta una actitud inversa, haciéndose entonces violento, agresivo y sanguinario”. Si continúan asistiendo a la escuela, reciben una “instrucción deficiente”, porque están más atentos “a las burlas de sus compañeros que a las indicaciones del maestro”.

Es entonces que estos “niños, futuros hombres del mañana, son retirados prematuramente de los colegios por sus padres, a fin de evitar el sufrimiento moral que causa a todos las interminables provocaciones de que es víctima”. Algunos de ellos, reciben instrucción particular en sus hogares, otros se ven empujados a trabajar para ganarse un sustento diario. Pero tanto en uno como en otro caso, “son candidatos al fracaso en sus respectivas esferas [...] Las bromas y las alusiones malignas que su presencia promueve a cada rato acentúa su idiotez original o exacerba su virulencia criminal.” La conclusión que se deriva de esta narración es que “llegando a tiempo con la Cirugía Estética, es posible, con una operación, evitar toda esta serie de graves inconvenientes que perturban el normal desarrollo de la vida de un niño”, y “restituir a la sociedad a un miembro que se halla al margen o fuera de ella. Porque, aisladamente el que se beneficia es el individuo, mas, colectivamente, la beneficiada es la sociedad.” (Malbec, 1938: 15-18)

A partir de lo expuesto, es posible constatar que la cirugía estética de orejas en niños constituye una medida de profilaxis psíquica cuyo efecto inmediato es una plena integración en el ámbito escolar. A esto deberíamos añadir que, a largo plazo, evita que los portadores de defectos auriculares devengan en “idiotas”, “locos” o “criminales”. La utilización de estos términos, plantea un uso impreciso del vocabulario médico destinado a designar estados y conductas de los defectuosos. Lelio Zeno y Emilio Pizarro Crespo (1943), presentan un caso de cirugía estética de orejas en un niño que, si bien plantea la misma estructura básica que el relato de Malbec, despliega técnicas de obtención del historial clínico y marcos interpretativos que median la transcripción lisa y llana de la experiencia del paciente.

El caso en cuestión, corresponde a un niño de 9 años, escolar de 2º grado, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Según dejan sentado en la historia clínica, los padres del niño afirman que el defecto de las orejas se hizo visible desde los primeros años, pero fue recién a los 5 años que el paciente “[...] comenzó a darse cuenta de la misma a causa de las alusiones y pullas

de otros chicos que le decían: ‘Orejudo’, ‘Pantalludo’, ‘Orejas de burro’, ‘no puedes correr porque atajás el viento’”. Según consignan los autores, el psiquismo del niño se encontraba profundamente afectado: “Conscientemente acusaba fallas graves, a su edad, del carácter (taciturnidad, resentimiento) y de la adaptación (inconducta escolar, incapacidad mental asimilativa, etc.)”. A nivel inconsciente “sus sueños revelaban ‘agresividad’, impetuosa y reconcentrada”⁶⁴. A partir de estos síntomas, Zeno y Pizarro Crespo confirman psicológicamente la necesidad de la intervención correctora, “especialmente porque las perturbaciones del carácter y de la adaptación social que actualmente presentaba, exigían ser rectificadas con urgencia y como prevención contra reacciones antisociales ulteriores que muy probablemente este niño presentaría cuando grande”.

Los resultados posoperatorios revelan, más allá del cambio estético, modificaciones notables en el carácter (la taciturnidad cede paso a una “comunicatividad franca y hasta expansiva”), en la convivencia social (la agresividad y la recorsidad son reemplazadas por una sociabilidad cordial y semieufórica) y la adaptación: “Visto a los 6 meses de la operación y al finalizar el año escolar, en diciembre de 1939, manifiesta haber pasado con *notas sobresalientes*... Nos confesó que antes, mientras pretendía estudiar la lección, sólo pensaba en tramar peleas con compañeros que le habían ofendido”. A largo plazo, la cirugía estética de este niño asume una enorme trascendencia social, al “prevenir probables delitos, agresiones y hasta fracasos profesionales y de adaptación social o amorosa que la persistencia de esos sentimientos hubieran generado casi seguramente cuando mayor” (Zeno, 1943: 305-308).

Asumir una perspectiva psico-somática no implica, sin embargo, que en todos los casos esté indicada la cirugía estética. Corresponde, en todo caso, que el cirujano despliegue un análisis integral de la personalidad del enfermo para establecer si el defecto provoca un “sentimiento de inferioridad” que amenaza estructurarse en un “complejo de inferioridad”; o si, por el contrario, se trata de un “Complejo de inferioridad ‘aparente’, enmascarando un trastorno de la personalidad”. Para ejemplificar este punto, considero pertinente recurrir una vez más al libro “Clínica Psicosomática” (1945) para desarrollar el caso Roberto C., un niño de seis años de edad que en 1943 se presentó, junto a su madre, a la consulta de Zeno.

⁶⁴ En este punto, la influencia del psicoanálisis en la anamnesis se hace patente, a través de una estructura de presentación del caso que intercala una descripción del sueño con su correspondiente interpretación colocada entre paréntesis (Kripper, 2012).

El defecto del niño consistía en un hundimiento del puente nasal producto de haber recibido una coz de caballo. Desde un punto de vista puramente anatómico, la magnitud del defecto es mucho más marcada que en el caso anterior y la indicación quirúrgica parecería imponerse con más fuerza (Figura 20). Sin embargo, el análisis de la personalidad del enfermo suscitó ciertos reparos y dilaciones al momento de responder a la demanda intervencionista. Al igual que en el caso anterior, Roberto C. presentaba serios trastornos de conducta en la escuela y retrasos en el desarrollo cognitivo. Así lo atestigua en una carta, la Sta. Blanca E. Lugones, directora de la Escuela Diferencial del Consejo General de Educación de Santa Fe: “‘R. S., edad cronológica 9 años. Edad mental 6 años 8 meses. Ingres a esta escuela con marcadas perturbaciones del carácter y conducta [...] Atención débil y fatigable; fallas de memoria (principalmente auditiva). Lentitud extrema en los procesos asociados y falla de comprensión’”.



Figura 20. A la izquierda pre y post operatorio de un niño operado de las orejas. A la derecha, las secuelas en la nariz de un niño producto de haber recibido la coz de un caballo. En Zeno (1945), págs. 306 y 355

No obstante, el estudio clínico psicossomático del niño revela la presencia de problemas que, coadyuvados por el dismorfismo, tienen raíces más profundas y que difícilmente pueden ser corregidos mediante la acción inmediata del bisturí. Así, según se consigna en la historia clínica, desde pequeño Roberto C. se mostró extremadamente cruel con los animales (“[...] atrae a los animalitos para jugar con ellos prodigándoles mucha ternura, pero [...] siempre termina por

maltratarlos”); no expresó pena, y parece haber experimentado cierta satisfacción, tras la muerte de uno de sus hermanos; manifestó deseos de matar al padre (“Nosotros le preguntamos cómo mataría a su padre, si con un palo, con un cuchillo o con un revólver; él nos contestó fríamente: con un revólver”). A partir estos datos, los autores concluyen “que se trata de un niño con personalidad psicopática de tipo perverso”, y que requiere de un “acompañamiento psicológico” para lograr una corrección no sólo morfológica, sino también psíquica.

En este caso, dicho acompañamiento se asemeja a una tutela moral, asentada en la autonomía de la que dispone el cirujano para decidir el momento de la intervención. La disposición de este recurso estratégico le permite establecer ciertas condicionalidades para acceder al servicio que, lejos de limitarse a una retribución económica, involucra un desempeño meritorio por parte del paciente: “A Roberto le exigimos en consecuencia pagar por adelantado, no con dinero (que era cuestión de la madre), sino con disciplina, trabajo y conducta escolar [...] [Si] terminaba el año escolar con buenas notas y buen comportamiento, le haríamos la operación correctora”.

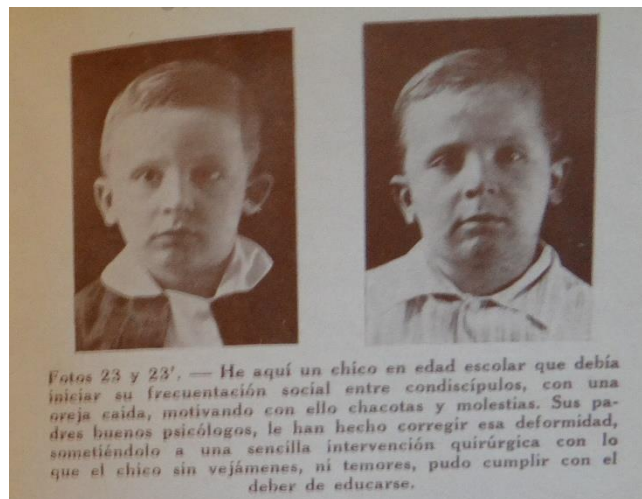
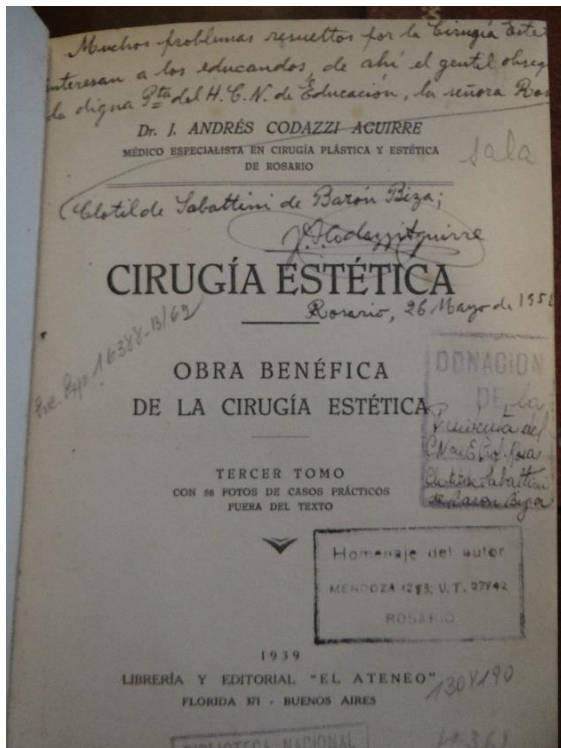


Figura 21. A la izquierda dedicatoria de un libro de Codazzi Aguirre obsequiado a la Presidenta del Honorable Consejo Nacional de Educación. A la derecha, fotografía del pre y post operatorio de un niño tomada del mismo libro, cuyo epígrafe da cuenta del impacto positivo de la cirugía estética en el desempeño escolar. En: Codazzi Aguirre (1939), pág. 65.

Así, luego de numerosas dilaciones (recuerden que la primera consulta fue en 1943), en el receso escolar de 1945 se decide efectuar la primera cirugía. La promesa de una fisonomía normal parece haber tenido cierta gravitación en la conducta del niño, tal como lo atestigua una vez más la directora de la Escuela Diferencial de Santa Fe, Blanca E. Lugones, en carta fechada el 1° de junio de 1945: “Comienza el año escolar con sentido de responsabilidad. Los trastornos de carácter se manifiestan sólo esporádicamente. Trabaja con afán e interés [...] Se siente muy feliz al saber que yo le hago conocer a su cirujano el adelanto que experimenta en la escuela [...]” (Zeno, 1945: 353-360).

Según pudimos constatar en este apartado, la corrección temprana de las orejas de los niños asumiría un papel profiláctico al evitar que los sentimientos se consoliden en un complejo de inferioridad, siempre y cuando la evaluación psicológica del cirujano establezca que la cirugía está indicada. Este tipo de cirugías, también supondrían un impacto positivo inmediato en el ámbito escolar, al permitir una mejor integración en el grupo de pares y contribuir al rendimiento en materia educativa. Sobre este punto, resulta interesante remarcar el interés que manifiestan algunos de estos cirujanos por persuadir a los funcionarios públicos del área acerca de los beneficios de las correcciones estéticas en la niñez. Esto último, se pone de manifiesto en la dedicatoria del libro “Obra Benéfica de la Cirugía Estética” (1939) que Codazzi Aguirre obsequió a la presidenta del Consejo Nacional de Educación: “Muchos problemas resultados por la Cirugía Estética interesan a los educandos, de ahí el gentil obsequio a la digna Pta. del H. C. N. de Educación, la señora Rosa Clotilde Sabattini de Barón Biza. Rosario 26 de mayo de 1958” (Figura 21).

6. Indicación psicológica de cirugía estética en presos

En el apartado anterior pudimos reponer algunas de las discusiones en torno a la conformación de las orejas y su asociación con las características morales e intelectuales del portador del defecto. En esta sección, me desvíó por un momento del análisis de casos que va de las orejas en la niñez a la nariz en la adultez, para focalizarme en el carácter reformador de la cirugía estética en los reclusos. Tomo como eje la indagación de las cicatrices. Más precisamente, la asociación entre cicatrices en el rostro y presunción de comportamiento delictivo: “No importa que la cicatriz provenga, a veces, de un accidente, del cual no está libre ninguno. Lo importante es que la cicatriz está asociada al delito... A primera vista se le otorga, habitualmente, un certificado

de peligrosidad, que a lo mejor no posee” (Malbec, 1939: 95). Para hacer más palpable esta asociación, estimo pertinente mencionar el relato de un caso que el mismo autor describe en el primer tomo de “Anecdotario de un cirujano plástico” (1971).

La narración lleva el alusivo título “La moral de un jugador de naipes”, cuyo protagonista es un hombre de sesenta y cinco años que se presenta al consultorio de Malbec para solicitar que se le corrigiera una cicatriz en el lado izquierdo del rostro. La cicatriz no era demasiado notoria, dado que el paciente había sido intervenido previamente por otro cirujano y, a juicio del autor, una nueva cirugía corría el riesgo de malograr la corrección efectuada previamente. La concurrencia asidua e insistente del sexagenario al consultorio forjó un vínculo de confianza y en tren de confesiones el paciente terminó revelando el motivo de solicitud de la operación correctora. El hombre era jugador de naipes “fullero o pequero” (estafador). Su estrategia consistía en fingir que era un anciano frágil, respetable y millonario, y utilizar esta mascarada para bajar la guardia de sus competidores y vaciarles los bolsillos. Sin embargo, su máscara estaba dañada, y amenazaba con malograr su pretendida respetabilidad: “Pues, al verle la cicatriz en la cara, los demás jugadores comenzaban a sospechar que se trataba de un individuo peligroso o de un elemento del hampa disfrazado de gentil-hombre.” (Malbec, 1971: 37-40).

En el relato, Malbec no explicita si finalmente decidió o no intervenir al paciente. Sin embargo, es probable que haya experimentado el mismo dilema médico y moral que al efectuar correcciones de las orejas: operar para enmascarar el carácter u operar para reformar el carácter. Esta misma dualidad podría plantearse para analizar las escasas referencias directas al vínculo entre cirugía plástica y mundo del delito presentes en este período. En lo referente al carácter reformador de la cirugía plástica, Estanislao Lluesma Uranga refiere a un experimento realizado en una cárcel de los Estados Unidos cuya documentación filmográfica circuló en Buenos Aires a principios de la década del 40’:

En el mes de marzo de 1943 fue presentado en Buenos Aires un film documental norteamericano donde aparece el Servicio de Cirugía Estética de un establecimiento penitenciario. En él se somete a correcciones plásticas las fisonomías más desagradables o repulsivas de los presidiarios que están próximos al cumplimiento de su condena, con lo cual se aspira a corregir lo que podría llamarse el ‘reflejo psicológico de la conducta social’, tanto subjetivo como objetivo de los individuos tarados físicamente. Al parecer, los resultados conseguidos son ya del mayor interés, confirmando plenamente de este modo las sugerencias que hemos apuntado en este trabajo (Lluesma Uranga, 1943: 33).

Con posterioridad al período analizado, estos ensayos de reforma de la conducta delictiva a través de la cirugía plástica continuarían mencionándose de tanto en tanto en las páginas de la prensa nacional. De esta manera, un informe de la “Agenzia Nazionale Stampa Associata” de 1968 titulado “La cirugía plástica al servicio de la ley”, señala que 550 presos de la Clinton Prison de Dannemora situada en la ciudad de Nueva York se sometieron voluntariamente a realizarse cirugías plásticas. Los médicos que participaron de la experiencia seleccionaron a los presos más jóvenes, “especialmente a aquellos aún considerados ‘recuperables’ para la sociedad”. Las intervenciones realizadas sobre los reclusos consistieron en la eliminación de tatuajes obscenos, corrección de narices rotas, orejas deformes y cicatrices desfiguradoras del rostro. Al momento de escribir el informe, los resultados de este experimento de “rehabilitación por medio del bisturí” no eran concluyentes, pero las primeras impresiones evidenciaban que los penitenciarios tratados quirúrgicamente reincidían en el delito en porcentaje mucho menor.

A mucho menor escala, pero significativo para el tema que estamos tratando, es el caso de un ex presidiario que relata Américo Barrios en una columna de “Crónica” en Diciembre de 1959. Según narra el autor, luego de pasar varios años en prisión, este “pistolero conocido” quería “enmendarse”, “poder caminar con la frente alta”, “sin miedo” y “sin vergüenza”. En una palabra, dejar atrás el largo historial delictivo y reintegrarse a la sociedad como un ciudadano honrado. Sin embargo, dicho historial no sólo figuraba impreso en los registros policiales, sino también en el cuerpo del ex convicto:

[...] ocurría que salía en libertad y enseguida volvía a caer preso. Pero no era encarcelado porque cometía un nuevo delito. Sino por algo muy curioso. Cuando un delincuente, de algún volumen, cae preso, con una hoja de afeitar se tajea la muñeca, para que la hemorragia lo lleve a la enfermería. Allí lo verá el médico, y se le irá el miedo, por eso mismo, de sufrir algunos golpes. Además, lo pasa mejor en un hospital que en un calabozo. Y hasta tiene más posibilidades de fugarse. Pero este pistolero tiene cicatrices de tantos tajos que no puede evitar que se le vean. Se recoge la manga de la camisa, y le aparecen decenas de tajos. Los policías, entonces, al advertirlos saben que están en presencia de un pistolero con larga historia. Y se lo llevan a la cárcel.

Por este motivo, para librar a este hombre del lastre de un pesado pasado demasiado visible y respaldarlo en el camino de la redención, el Instituto de Detención de Villa Devoto le hizo practicar una cirugía plástica en los brazos. El artículo, no relata el derrotero posterior del “Ex Pistolero”, pero si juzgamos sólo por las intenciones podemos ver que la cirugía plástica es escenificada como una práctica tendente a reformar y reintegrar criminales al seno de la sociedad. Un valor de signo contrario, asumen los cambios en la fisonomía cuando son utilizados para

enmascararse y huir de la ley. En fecha temprana como 1936, José A. López rememora en las páginas de “Viva Cien Años”, la búsqueda tenaz e infructuosa de la policía de Nueva York de “[...] un terrible pistolero, a quien llamaban por su peligrosidad e instinto sanguinario, así como por su arrojo y audacia, ‘El enemigo público número 1’”. Lo que las autoridades públicas no podían saber, era que este peligroso criminal se paseaba, campante, frente a sus propias narices: “¿Y cómo podía ser ello posible? [...] Un mal médico [...] había sometido al criminal a procedimientos de cirugía estética que habían cambiado su fisonomía en grado tal que era irreconocible, hasta para sus amigos” (López, 1936: 438-439).

La cirugía plástica como instrumento de evasión de los perseguidos por la ley continuaría haciendo su aparición en las décadas subsiguientes, y sería sospechada de servir como estrategia de ocultamiento de prófugos de distinto signo político. De esta manera, en una nota publicada en 1967 en el diario “Crónica”, se informa que en la ciudad de Guatemala fue detenido un hombre sospechado de ser Martin Bormann, secretario privado de Hitler durante el nazismo. Según las fuentes policiales citadas en el artículo, los rayos X tomados del rostro del individuo revelaron que fue sometido a una operación de cirugía plástica, aunque las impresiones digitales no coincidieron con los registros de Bormann en Alemania Occidental. En el lado opuesto del arco político, el diario “Crónica” informa en una breve, pero contundente noticia, que la cirugía estética también podría haber servido de camuflaje para las guerrillas latinoamericanas: “CIRUGÍA ESTÉTICA. MONTEVIDEO, 22 (Telam). – Los jefes de los comandos de acción de los tupamaros, buscados desde hace años por la policía, se habrían sometido a intervenciones de cirugía estética, afirma el vespertino oficialista ‘Acción’” (“Cirugía Estética”, Crónica, 22 de Julio de 1970: 15).

En este apartado, realizamos una breve exploración en torno a las cicatrices en el rostro y su asociación con el delito. También vimos que, durante la primera mitad del siglo XX y en décadas posteriores, se llevaron a cabo una serie de experiencias destinadas a reformar el comportamiento delictivo mediante cirugía estética. La indicación surgió nuevamente en el análisis de estos materiales, al establecer la distinción entre las demandas legítimas de cirugía (aquellas destinadas a reformar el comportamiento desviado) y demandas ilegítimas (aquellas destinadas a enmascarar el comportamiento desviado). En el próximo apartado, retomo el itinerario trazado más arriba, a los efectos de explorar la indicación psicológica de cirugía estética de la nariz en la juventud y la adultez.

7. Indicación psicológica de cirugía estética en la adolescencia y la adultez

La nariz es el sector anatómico sobre el que mayor cantidad de cirugías plásticas se realizaban durante este período. Fundamenta esta afirmación no sólo el volumen de publicaciones referidas a este tipo de intervenciones, sino también las estimaciones efectuadas por los propios cirujanos. De este modo, Palacio Posse (1946) sostiene la importancia de que el cirujano que se está iniciando en la disciplina realice “una estada en otorrinolaringología, teniendo en cuenta que casi un 60 por ciento de las operaciones recaen sobre el apéndice nasal” (Ibídem.: 22)⁶⁵. En cuanto al perfil de la demanda, podemos decir que si las otoplastias se realizan con mucha frecuencia en la niñez, las rinoplastias se efectúan usualmente en la adolescencia y la adultez. Por un lado, porque a diferencia de las orejas, los defectos en la nariz por lo general se tornan evidentes durante la pubertad. Por otro lado, porque recién alrededor de los 17 años adquiere un desarrollo pleno, motivo por el cual los cirujanos consideran conveniente operar después de esa edad. De lo contrario, el desarrollo posterior del apéndice podría malograr el resultado estético de la intervención.

Cabe destacar que el rol protagónico de las intervenciones sobre la nariz constituye una tendencia de largo plazo. En este sentido, según se consigna en la mayoría de los relatos sobre historia de la cirugía plástica, los antecedentes más remotos de este tipo de intervenciones tenían como objetivo reconstruir las narices amputadas. La amputación a diferencia de un traumatismo accidental tiene un sentido social, y puede constituir tanto una marca de honor como de deshonor (Gilman, 2000). Así, según relata el cirujano argentino Marco Acuña (1914) en su tesis titulada “La rinoplastia en las grandes destrucciones nasales”: “La amputación de la nariz era un castigo en la India. [...] Cuando los daneses entraron a Inglaterra, mujeres y niñas se amputaron la nariz para salvar su honor. [...] Los duelos de estudiantes en Alemania, terminan a menudo, con la pérdida de la nariz” (Acuña, 1914: 51-52).

Ya entrados en la historia moderna de la especialidad, la nariz continuaría multiplicando sus sentidos al ritmo de los cambios históricos, y seguiría siendo el sitio privilegiado de

⁶⁵ A nivel internacional, se observa una tendencia similar. En este sentido, en un artículo publicado en 1940 en la revista el “Día Médico”, el cirujano plástico mexicano González Ulloa señala que en Estados Unidos: “El 60% de operaciones efectuadas corresponde a intervenciones de la nariz, el 40% restante para las otras deformaciones de la cara y el cuerpo” (González Ulloa, 1940: 610).

intervención de los cirujanos plásticos. En este sentido, el historiador de la cultura Sander Gilman (2000), señala que en la sociedad norteamericana de fines del siglo XIX y principios del XX, la nariz con el dorso hundido se asociaba habitualmente a la sífilis. Asimismo, señala que, en el marco de los fuertes movimientos poblacionales del período, la nariz funcionaba como un marcador del origen racial y migratorio de los individuos y la cirugía estética como una técnica de asimilación a los patrones de belleza dominante de los W.A.S.P. (“White Anglo-Saxon Protestant”). Sobre este punto, Guirimand (2005) menciona la labor quirúrgica realizada por Suzanne Noël (cirujana estética francesa y feminista de la que hablamos en el capítulo anterior) orientada a “arianizar narices semitas” durante la Ocupación nazi y a borrar los estigmas de los sobrevivientes de los campos de concentración.

En la literatura médica argentina de la primera mitad del siglo XX, pude hallar menciones aisladas acerca de la raza como motivo de las rinoplastias y, con mayor frecuencia, referencias a la nariz hundida como signo de la sífilis. Así, el cirujano estético argentino Ramón Palacio Posse (1946) afirma que: “Las crueles persecuciones raciales de la época en que vivimos han contribuido [...] mucho a actualizar estas operaciones” (Palacio Posse, 1946: 26). En lo referente al segundo punto, la mayoría de los cirujanos de la primera mitad del siglo XX coinciden en identificar a la sífilis adquirida como uno de los factores etiológicos que más frecuentemente contribuyen a las pérdidas de sustancia nasal, y a la sífilis hereditaria como uno de los principales causantes de la denominada “nariz en silla de montar”. La asociación entre conformación de la nariz y enfermedad de transmisión sexual aparece explicitada en un artículo del otorrinolaringólogo argentino Cora Eliseht: “Tal vez pueda establecerse que un sujeto con el dorso nasal hundido, puede ser estigmatizado por sifilítico, que le recarga y acelera el valor de su desprestigio.” (Cora Eliseht, 1938: 5-6).

Tal como señalé más arriba, los defectos en la nariz, por lo general, se ponen de manifiesto en la adolescencia. En este marco, si las orejas constituyen el problema por excelencia en la escuela, la nariz comienza a adquirir relevancia en la carrera moral del defectuoso durante la etapa del colegio. En línea con ello, Codazzi Aguirre señala que: “los dimorfismos nasales crean, en la época de los estudios [...] que denominamos ‘colegio’, problemas psicomorales de sumo interés”. Según el cirujano, el “alumno narigón [...] se encuentra incómodo entre sus compañeros, y su resentimiento en lo moral concluye por hacerle insoportable el estudio, hasta llegar en casos múltiples a abandonar el colegio”. Aún más, de continuar esta trayectoria signada por la

frustración, muchos de estos “infelices” llegan a encontrar como única liberación el “recurso extremo del suicidio”. La cirugía estética, al corregir el defecto nasal, redonda en una “benéfica acción psíquica” para el estudiante: “Devuelto él, a la normalidad morfológica [...] se siente renovado, moralmente fortalecido para dedicarse sin inconvenientes a sus tareas estudiantiles y así transfigurado [...] se convierte a no dudarlo en un factor positivo de progreso, de prosperidad” (Codazzi Aguirre, 1941: 59-61) (Figura 22).



Figura 22. Fotos de frente y de perfil de operación de nariz en un joven estudiante, en Codazzi Aguirre (1942), pág. 985

Pero no es sólo en relación al desenvolvimiento en las instituciones educativas que la cirugía estética cumple un papel preventivo y terapéutico en la carrera moral de los defectuosos. Otro de los espacios de socialización claves para los jóvenes son el barrio y los eventos sociales. Para ilustrar esta etapa, podemos tomar el caso de “S.H., 24 años. Soltero. Pintor. Rosario”, desarrollado en el libro “Clínica psicósomática” (1945) de Lelio Zeno y Pizarro Crespo. Desde la adolescencia, el muchacho comenzó a notar un desarrollo algo exagerado de la nariz, “pero que se ha acentuado y consolidado particularmente desde hace cinco años”. La conciencia del defecto obedece al desarrollo objetivo del apéndice nasal, pero principalmente a las prácticas y designaciones denigrantes que empujan al paciente a retirarse de la vida social: “No va a baile ni reuniones, porque en vez de divertirse viene peor, ya que si sale a bailar con alguna chica siempre escucha a alguno o alguna decir: ‘Mirá con que narigueta ha salido a bailar esa’, etc.”. La retracción se proyecta incluso a otras esferas sociales, ya que “[las] mujeres del barrio siempre hacen alguna

alusión a su nariz y hasta ha escuchado que dan como mojón su nariz para señalar una dirección o una casa a alguno que ha ido a preguntar: ‘Más allá o más aquí de la casa donde vive el narigón aquel’”.

Según se consigna en la historia clínica, el aislamiento creciente viene acompañado de desánimo, malhumor y violencia contenida (“Hay momentos, según expresa, ‘en que está tan irritable, que se pone a pasear como un león enjaulado para desahogar su rabia y su rencor provocado cuando viene de la calle’”), que tiene cauce libre en los sueños: “Sueña: ‘Que se pelea en bailes con todo el mundo, porque se burlaban de su nariz’, ‘Que se pelea furiosamente con mucha gente y mata y ve sangre’, ‘Que bombardea una ciudad’”. El malestar psíquico, a su vez, asume tal magnitud que se proyecta en la esfera somática del paciente: lleva un “*régimen de hiperalimentación*” pero no logra engordar (“cosa natural porque comiendo con disgusto la digestión o la alimentación no puede realizarse normalmente”) y sufre de estreñimiento (“La tendencia a ‘reprimir’ o ‘no descargar’ ciertos sentimientos se transfiere [...] a la esfera funcional de la descarga o expulsión de heces, como lo haría una función vicariante”).

Por todos estos motivos, Zeno y Pizarro Crespo consideran que la intervención queda indicada. Los resultados post-operatorios, revelan acertada esta indicación y la eficacia terapéutica de la corrección nasal: desaparecen sus “molestias orgánicas (estreñimiento, anorexia, etc.) y psíquicas (depresión, irritabilidad, tristeza, fobias, etc.)”; revierte lenta, pero definitivamente, la “actitud de desconfianza y retraimiento frente a los semejante y a las mujeres”; y, finalmente, “[los] sueños postoperatorios [...] revelan la progresiva y total desaparición de sus vivencias agresivas y antisociales” (Zeno, 1945: 308-311).

Ingresados en la etapa adulta, la familia y el trabajo se instalan como los polos principales en torno a los que gravita la vida social. Excepto que haga irrupción un defecto, que termine por descalibrar este movimiento pendular y condene a su portador a permanecer “Siete años prisionero”. Éste, es el título de una narración de “Anecdotario de un cirujano plástico” (1970), y el tiempo durante el cual un hombre de 45 años, casado y padre de una hija de 16 permaneció encerrado en su propia casa. “[Hombre] cariñoso, de carácter alegre y jovial, muy conversador y amigo de todo el mundo”, se desempeñaba como corredor de una importante bodega y, por este motivo, pasaba una gran parte del día en la calle.

Sin embargo, desde hacía varios años, el paciente comenzó a notar “que la nariz aumentaba de tamaño, por engrosamiento de las partes blandas de la misma; que adquiriría un gran volumen y

que se hacía irregular, abollonada y que también cambiaba de color, siendo ahora violácea y amoratada”. La patología del hombre era una rinofima, pero su verdadero calvario respondía a las “miradas”, la “risa” y la “conmiseración” que su “enorme nariz” provocaba en la vía pública (Figura 23). Por este motivo, “a medida que su deformidad se hacía más evidente”, se fue tornando un “sujeto retraído, poco conversador, serio y malhumorado y que rehuía sistemáticamente el trato con los demás”. A tal punto, que fue saliendo cada vez menos, hasta quedar definitivamente enclaustrado.

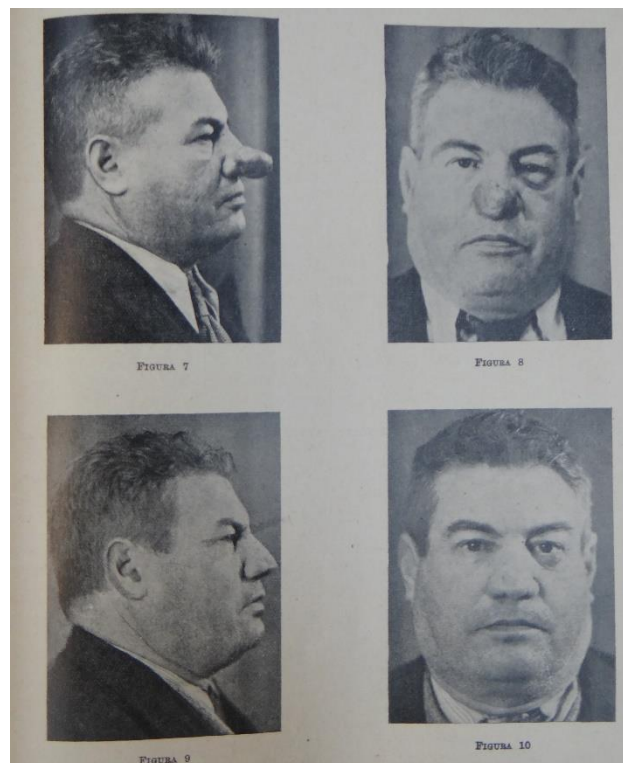


Figura 23: Pre y post operatorio de hombre de 45 años y casado que permaneció siete años encerrado en su domicilio como consecuencia de un rinofima, en Malbec (1939), pág. 35.

Por iniciativa de un amigo de la familia, y luego de numerosos esfuerzos de persuasión de Malbec, el paciente accedió acudir al consultorio: “pero con la condición de que la vista tuviera lugar a una hora en que no hubiese nadie. Dado el complejo que se había creado, lo cité para una hora bastante avanzada de la noche”. Habiendo escuchado la historia detrás del rinofima, y sabiendo que era un hombre de escasos recursos económicos, Malbec decide intervenirle gratuitamente. Como resultado de la cirugía, “[el] panorama de su rostro cambió radicalmente y con él cambio también el panorama de su espíritu”. Cuando todavía se hallaba en la mesa de

operaciones, y al mostrarle todo lo que le habían extirpado del órgano, “comenzó a hablar como si le hubiesen dado cuerda”, y en tren de confesiones, señaló que “había pensado varias veces en suicidarse”. Meses después, hacen su aparición inesperada la esposa y la hija del paciente en el consultorio, cuyos rostros expresaban signos de profunda inquietud: “Al preguntarles qué pasaba, por toda respuesta, se pusieron a llorar las dos [...] [Me] manifestaron que después de la intervención a que lo sometí ya no volvía más de noche a casa [...] Claro: el pobre había estado siete años sin salir a la calle.” (Malbec, 1971: 21-25) (Figura 24).



Figura 24: Ilustración de la narrativa “Siete años prisionero” en Malbec (1971), pág. 21

En los casos examinados hasta aquí, pudimos observar el modo en que defectos más o menos notorios de la nariz repercuten en las distintas etapas de la carrera moral del paciente, y el papel de la cirugía estética como punto de inflexión de dichas carreras. Sin embargo, la literatura médica advierte que, de la misma manera que no se debe y no conviene “enmascarar” a los “criminales” y a los “locos”, es atinada la cautela ante los pacientes “narcisistas”. Las producciones médicas, definen al paciente narcisista como aquel que confiere una trascendencia *psíquica y moral desmesurada* a un *defecto insignificante o inexistente*. Según el médico psicólogo uruguayo Mario Berta, en este grupo de enfermos, “es la estructura psíquica patológica lo fundamental y lo primario, que encuentra expresión orgánica secundaria, a expensas de una mínima y muchas veces inexistente deformación somática, mediante un mecanismo de simbolización histérica” (Berta, 1941: 317). La recomendación, ante un caso así, es no operar o, en todo caso hacerlo, pero solicitando la colaboración de un psicólogo.

En este marco, las narraciones médicas psico-quirúrgicas adquieren un sentido algo diferente al que venimos explorando hasta ahora. Permiten ilustrar a los cirujanos plásticos en los principios de construcción de la indicación médica, pero a través de la exposición de los fracasos terapéuticos. En línea con ello, Estanislao Lluesma Uranga (1958) trae a colación el caso de una paciente enviada por el médico psiquiatra Emilio Mira y López⁶⁶ en 1942. La paciente, portadora de “una deformidad mínima por una leve gibosidad del dorso nasal”, tenía (según advirtió el psiquiatra) “un problema psicológico imbricado en su malformación facial”. Aun así, por motivos no explicitados en la narración, el cirujano decidió intervenir: efectuó una corrección mínima del apéndice nasal para que armonizara con el resto del rostro. El resultado, estéticamente bueno, “no debió parecerle así a la paciente, por cuanto a partir de entonces, y con perfecta regularidad, con ocasión de las fiestas de Navidad y durante siete u ocho años (!), nos estuvo mandando otras tantas cartas llenas de insultos, recriminaciones y malos augurios” (Lluesma Uranga, 1958: 167).

En este apartado, analicé una serie de narrativas psico-quirúrgicas presentes en la literatura médica de la primera mitad del siglo XX que escenifican a la nariz como un problema propio de la adolescencia y la adultez, repercutiendo en las esferas sociales propias de esta etapa del ciclo vital. Según hemos visto, las narrativas muestran que las rinoplastias contribuirían a revertir el encierro y el resentimiento de los pacientes, dando lugar a una vida social plena y expansiva. La contracara de estas narrativas, son aquellas que advierten acerca de los pacientes con defectos mínimos o inexistentes, que depositan demasiadas expectativas en la corrección estética. De esta manera, al tiempo que escenifican a la cirugía estética como terapéutica psíquica, estas narrativas aspiran a transmitir principios de categorización y selección que fundamentan la indicación psicológica de cirugía estética. Habiendo analizado el carácter preventivo, reformador y curativo de la cirugía estética en las narrativas psico-quirúrgicas de la primera mitad del siglo XX, veamos finalmente una de las manifestaciones más dramáticas del carácter terapéutico de estas intervenciones: la prevención del suicidio.

⁶⁶ Emilio Mira y López (1896-1964) fue un reconocido psicólogo y psiquiatra español que, al finalizar la guerra civil española, tuvo que exiliarse. Tras breves estadías en Gran Bretaña, Estados Unidos y Argentina, se instaló definitivamente en Brasil.

8. La cirugía estética en la prevención del suicidio

A lo largo de este capítulo pudimos constatar que la cirugía estética constituye una terapéutica que, corrigiendo los defectos morfológicos que emergen en cada etapa del ciclo biológico, repercute psicológicamente en las distintas etapas de la vida social del paciente. En este apartado de cierre, me propongo demostrar el modo en que los cirujanos plásticos argentinos de la primera mitad del siglo XX despliegan evidencia médica para demostrar que la cirugía estética salva vidas. Esta operación pone de manifiesto de modo elocuente la empresa orientada a trastocar el mapa cultural de las prácticas de salud, ubicando a la cirugía estética en pie de igualdad con aquellas intervenciones esenciales para la supervivencia del paciente.

La cirugía estética como terapéutica psíquica que previene el suicidio es uno de los tópicos que, frecuentemente mencionados en la literatura médica, contribuyen a conferir a estas prácticas un carácter vital. De esta manera, ya en 1910, el otorrinolaringólogo argentino Pedro Tessone señalaba que las mutilaciones de la nariz “traen aparejadas alteraciones psíquica y por ende ideas de suicidio” (Tessone, 1910: 28). En un terreno propiamente estético, el cirujano argentino Alejandro Forero (1929) afirma que “[...] es principalmente en aquellos casos en que la rinomegalia produce una depresión psíquica de la persona [...] [y] alcanza a veces tan alto grado que ha llegado a lanzar a algunas personas a tentativas de suicidio” (Forero, 1929: 1462). Incluso, defectos estéticos aparentemente intrascendentes como el vello facial femenino, pueden provocar “reales estados psicopáticos, entre los que cita a la tricomanía morbosa obsedante, que conduce a la desesperación y a la melancolía, llegando a veces hasta el suicidio, en jovencitas con bigote y barba” (Codazzi Aguirre, 1937: 13).

Ingresando de lleno en los relatos de casos, en una narración breve pero contundente, el cirujano rural Pedro Quiroga (1943) refiere que: “Una enferma nuestra había intentado dos veces el suicidio, tan fea era su cara. Y entre hacer una tercera tentativa y operarse con nosotros, optó por lo último... [Hoy] la enferma vive y se curó de la manía del suicidio” (Quiroga, 1943: 1454). Mayor complejidad y dramatismo plantea una narración presente en “Anecdotario de un cirujano plástico” (1977), en el que el cirujano es empujado a dejar de lado el prurito quirúrgico para rescatar al paciente de la autodestrucción. El caso en cuestión, corresponde a una joven de 15 años “que padecía de una deformidad nasal no muy desarrollada, pero que a pesar de ello estaba hondamente preocupada por su malformación”. Como señalamos en el apartado anterior, un

consenso básico entre los cirujanos es que las rinoplastias deben efectuarse a partir de los 17 años, ya que intervenir con anterioridad puede arruinar el resultado estético al encontrarse la nariz en pleno desarrollo. Por este motivo, en las dos o tres oportunidades en que la paciente acudió al consultorio, Malbec le aconsejó “que esperase 1 o 2 años más para ser sometida a una operación”.

Si bien en esas oportunidades pareció aceptar juiciosamente la sugerencia, en una de sus visitas “ya no estuvo de acuerdo con esperar tanto tiempo y me declaró que quería operarse inmediatamente. Para conformarla, le prometimos hacerlo durante las vacaciones de fin de año”. Sin embargo, la necesidad de corregir su defecto se hacía tan apremiante, que: “Esa misma tarde de la consulta, al llegar a su domicilio, se encerró en el baño. Como tardara mucho en salir, la madre... rompió los vidrios y encontró a la muchacha tirada en el piso, boca abajo. Había dejado abierta la llave del gas con el fin de suicidarse”. Por fortuna, la muchacha sobrevivió a su intento de suicidio y fue operada con tanto éxito que “...ahora ella me visita con frecuencia, no para formularme ningún reclamo como lo hacía antes, sino para enseñarme su nariz y hacerme partícipe, junto con sus padres, de su felicidad. De su felicidad plena” (Malbec, 1977: 41-44).

En ocasiones, ni siquiera hace falta el bisturí para comenzar a atenuar el drama moral que empuja a los defectuosos a despojarse de su vida. Así, en una carta que un distinguido cirujano compartió con Malbec para incluir en el segundo tomo de “Anecdotario de un cirujano plástico” (1972), se evidencia que la escucha y la comprensión del cirujano es un “medicamento moral” que predispone a un resultado positivo de la cirugía. En su carta al cirujano, la paciente señala que producto de su “horrible nariz”:

Estaba sumergida en el pozo de una terrible depresión. Hundida hasta el cuello. Solamente me quedaba una salida: el suicidio [...] Apenas hablé con usted, doctor, sin embargo, sentí que comenzaba el cambio. Su inmensa bondad, su gran valor humano hicieron que volviera a tener fe en Dios y en la humanidad. Me sentí revivir nuevamente. Cambié por completo. Ahora no quisiera volver atrás. Mañana, doctor, usted me sacará las vendas. Jamás en mi vida me sentí más tranquila, en mi operación, en mi espera. Porque ya había conseguido lo que buscaba. El mejor antidepresivo. El que no se vende en las farmacias. Se da todo entero. Y ese antidepresivo es usted, doctor.

Para fortuna del lector, el propio Malbec fue testigo ocular del desenlace conmovedor de esta historia que, al igual que el resto de los sucesos psico-quirúrgicos narrados en este capítulo, está marcado por una emoción que no necesita o no encuentra palabras para expresarse: “Esa misma tarde, en el consultorio de esa misma clínica, tuve oportunidad de conocer a esa desventurada mujer, que estuvo al borde del suicidio [...] [Al] ver cómo había quedado, lloraba de

alegría y se le atragantaban las palabras con las cuales intentaba manifestar su agradecimiento” (Malbec, 1972: 143-144).

Conclusiones

En el presente capítulo exploré las narrativas psico-quirúrgicas y la indicación psicológica de cirugía estética, con la pretensión de mostrar la escenificación de la cirugía estética como terapéutica psíquica y los criterios de categorización y de selección de pacientes puestos en juego en la literatura médica de la primera mitad del siglo XX. Según vimos al inicio, los cirujanos plásticos argentinos de este período plantean la necesidad de tomar distancia con respecto a las aproximaciones “objetivistas” a los defectos de los pacientes, a los efectos de revalorizar la experiencia subjetiva de padecimiento de los portadores de defectos estéticos. En línea con ello, las narrativas psico-quirúrgicas muestran el padecimiento de los pacientes en distintos momentos del ciclo vital y distintos escenarios, cuyo denominador común es la violencia ante el cuerpo desviado. La retracción y un resentimiento potencialmente explosivo son la respuesta ante el entorno agresivo. En este marco, la cirugía estética emerge como una práctica que, al corregir defectos estéticos visibles, cumple un papel de prevención y reinserción social de las personas afectadas. De esta manera, al corregir las orejas de los niños mejora su rendimiento escolar y previene una trayectoria signada de fracasos; al corregir la fisonomía de los delincuentes contribuye a reformar su carácter y a reintegrarlos socialmente; al corregir narices en la adolescencia y la adultez realiza un aporte que redundará en una sociabilidad expansiva y previene el suicidio. En este marco, la noción de “complejo de inferioridad” incorporada y difundida entre la comunidad de cirujanos plásticos, contribuye a significar la experiencia de las personas portadoras de defectos y a medicalizar un conjunto de práctica aparentemente despojadas de una finalidad curativa.

Sin embargo, además de medicalizar la experiencia de los defectuosos y mostrar el valor curativo, las narrativas psico-quirúrgicas cumplen un papel pedagógico al establecer criterios para la construcción de la indicación psicológica en cirugía estética. En otras palabras, establecen una distinción entre las operaciones legítimas e ilegítimas, y entre las intervenciones con buen pronóstico y las intervenciones que redundarán en un fracaso. La primera distinción se asienta en una valoración de la finalidad que debe perseguir la cirugía estética, desalentando aquellas

operaciones que lejos de reformar el comportamiento desviado, contribuyen a enmascarar los signos físicos que alertan acerca de dicho comportamiento y hacen que pasen desapercibidas personas potencialmente disruptivas para el orden social. La segunda distinción se funda en una valoración del vínculo entre magnitud del defecto “objetivo” y padecimiento “subjetivo” del paciente, desalentando las operaciones sobre los candidatos que muestran una excesiva preocupación ante imperfecciones físicas mínimas o inexistentes. Según advierte la literatura médica, estos pacientes nunca quedarán satisfechos con el resultado de la cirugía, y proyectarán sobre el operador la responsabilidad de su malestar.

Habiendo explorado las pautas que, según la literatura médica, deberían guiar la construcción de la indicación económica y psicológica en cirugía estética, resta sumergirnos en la indicación estética de este tipo de procedimientos. Esto es, los criterios diagnósticos y terapéuticos puestos en juego para establecer el tipo de corrección estética a efectuar, así como las prácticas y dispositivos movilizados por los cirujanos para gestionar las expectativas estéticas de los candidatos a la operación.

Capítulo 4. La indicación estética entre el criterio experto y la demanda de los pacientes



Las fotografías que encabezan este capítulo exhiben el resultado estético de una intervención realizada por el cirujano estético argentino Ramón Palacio Posse⁶⁷. Expuso este resultado a los asistentes al Primer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica, llevado a cabo en las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro en el año 1941. En este marco, las fotografías tienen como fin certificar visualmente la eficacia de la técnica propuesta a partir de la comparación entre el “pre” y el “pos” operatorio del paciente. Como puede constatarse, esta secuencia temporal aparece reconstruida a partir de fotos tomadas de frente y de perfil. Este doble registro obedece a la necesidad de presentar los distintos cambios en el sector anatómico intervenido, pero también a que los distintos ángulos permiten examinar estos cambios en relación a los demás componentes del rostro. Este último registro es clave, en tanto la intervención consistió en la extracción de la giba nasal y en la utilización de esta última como material de relleno para darle mayor proyección

⁶⁷ Ramón Palacio Posse fue un cirujano plástico argentino que desarrolló sus actividades en la Ciudad de Buenos Aires, principalmente en el sector privado y con una fuerte inclinación hacia la cirugía estética. Los escasos datos disponibles de este cirujano, muestran una trayectoria signada por una fuerte circulación internacional. Además de ser miembro de varias entidades internacionales de cirugía plástica, se formó junto a cirujanos plásticos de relieve durante la primera mitad del siglo XX, tales como Jacques Joseph, Suzanne Noël, entre otros.

al mentón del paciente. De esta manera, y tal como pretenden mostrar en las fotografías, logró conferirle al paciente una cara en el que nariz y mentón asumen “proporciones armónicas” (Palacio Posse, 1941: 163-165).

A partir de este caso, podemos constatar que los cirujanos plásticos argentinos de la primera mitad del siglo XX movilizan una indicación estética específica para planificar las correcciones quirúrgicas, donde la armonía en las proporciones del rostro asume relevancia. En línea con ello, dedico parte de este capítulo a analizar literatura médica de la primera mitad del siglo XX con el fin de identificar el modo en que aparecen descritas las prácticas de examen, diagnóstico e indicación de las correcciones estéticas. A partir de ello, podremos observar que lejos de orientarse a la producción de cuerpos en serie de acuerdo a una norma homogénea, la indicación estética está guiada por un criterio de “armonía” que busca efectuar correcciones localizadas pero ajustadas a las características raciales, físicas y fisonómicas de cada paciente.

En este capítulo, también veremos que la indicación estética no necesariamente es coincidente con la corrección morfológica deseada por el paciente. Por este motivo, en los apartados subsiguientes exploro las prácticas, discursos y dispositivos propuestos por la literatura médica para modular la expectativa de los pacientes y coordinar el resultado estético de las intervenciones. A partir de este análisis, será posible observar el modo en que el diagnóstico y la indicación estética son co-producidas a partir de la interacción entre cirujanos y pacientes. Como corolario a este examen relacional y procesual de las prácticas de cirugía estética, abordo su punto culminante: la percepción de los resultados estéticos durante el pos-operatorio. En este apartado de cierre procuro demostrar que lejos de fundarse en una objetividad a priori y construida en autonomía, el examen y el juicio sobre los resultados constituye una construcción intersubjetiva en la que intervienen prácticas, discursos y dispositivos orientadas a estabilizar la percepción de los resultados y a resolver las disputas entre médicos y pacientes.

La centralidad que asume la coordinación entre médicos y pacientes en las prácticas de cirugía estética tiene como epicentro la visibilidad de los resultados. Por este motivo, y como paso previo a los ejes de análisis hasta aquí propuestos, me aboco a examinar el tema de las cicatrices en cirugía estética. Este tema, en apariencia intrascendente, constituirá la puerta de entrada para analizar la preocupación específica de los cirujanos en torno a la visibilidad de los resultados, y permitirá establecer un contrapunto con el resto de las ramas quirúrgicas. Asimismo, habilitará el estudio de los distintos procedimientos ideados por estos especialistas para minimizar y ocultar las

cicatrices, permitiendo sumergirnos en los factores técnicos que inciden en la construcción de la indicación médica en cirugía estética. Me focalizaré particularmente, en la ampliación de la indicación médica surgida a partir de avances en la cirugía de nariz.

Este capítulo, contribuirá a poner de relieve que, al igual que otra especialidad médica, los cirujanos plásticos argentinos de la primera mitad del siglo XX despliegan una serie de procedimientos de examen destinados a diagnosticar el problema del paciente y a determinar el tipo de corrección quirúrgica que resulta conveniente efectuarles. Asimismo, permitirá identificar las prácticas y dispositivos destinados a ganar el asentimiento del paciente respecto a su defecto, a proyectar resultados y construir inter-subjetivamente la evaluación del resultado obtenido. Finalmente, colocará en el centro del análisis la relevancia que determinados avances técnicos en la ampliación de la indicación en una rama quirúrgica cuyo principal desafío es que los resultados son visibles y accesibles a la mirada de las personas operadas. A explorar este último punto, dedico el primer apartado.

1. Cicatrices en cirugía estética: operaciones endonasales y ampliación de la indicación estética en las rinoplastias

En “Junto a mis enfermos” (1945), libro de Oscar Ivanissevich en el que compila conferencias y reflexiones acerca del quehacer médico y quirúrgico, el autor recupera una serie de eventos que marcaron su temprana inclinación por la cirugía plástica. Uno de dichos acontecimientos tuvo lugar un domingo de 1913, mientras se encontraba de guardia en el Hospital Alvear de la ciudad de Buenos Aires. Siendo entonces un simple practicante, se vio de pronto ante el desafío de atender a una numerosa familia que al volver de paseo en un “automóvil lujoso” había sufrido las consecuencias de un choque. Entre todos los miembros de la familia y todas las secuelas del accidente, el médico destaca particularmente “una sola herida cortante, de unos seis centímetros, en la región mentoniana de una preciosa niña de quince años”. Suturar una herida constituye un acto médico relativamente ordinario, pero suturar *esa* herida parece haber suscitado ciertas inquietudes estéticas en el joven galeno.

Los medios que disponía para acometer su “primera operación de cirugía plástica” eran sumamente precarios: al interior de una vitrina “con tres vidrios rotos pero remendados con tela

adhesiva”, podían encontrarse “dos agujas de Hagedorn⁶⁸ de unos siete centímetros de largo, con curvas en todas las direcciones del espacio y herrumbradas desde el talón hasta la punta”. Ante este panorama, y en un raptó de inspiración, Ivanissevich corrió hasta su pieza y trajo “desde allí una agujita de costurera y un carretel de hilo común ¡que gracias a nuestra madre teníamos en nuestra mesa de luz!”. Una vez esterilizados estos implementos de uso doméstico, y desinfectada la herida, el aprendiz procedió a coser cuidadosamente. El resultado de la sutura fue perfecto. Testimonio de ello es que, transcurridos treinta años de este suceso, la paciente suele señalar que: ““Todavía nadie quiere creer que esta cicatriz que sólo se ve si se busca, es el resultado de una herida a través de la cual se veía el hueso’. ¡Primer éxito de nuestra cirugía plástica!” (Ivanissevich, 1945: 52).

La conclusión que podemos extraer del relato precedente, es que toda maniobra quirúrgica está abierta a consideraciones de orden estético. En línea con ello, la cirugía estética (en el sentido amplio del término) constituye una orientación en la práctica quirúrgica que busca minimizar las secuelas anti-estéticas de intervenciones que guardan o no una finalidad exclusivamente estética. Ivanissevich sintetiza esta postura de la siguiente manera: “Les decía a los estudiantes y a los cirujanos jóvenes: los enfermos juzgan la operación por la cicatriz. ¡Si la cicatriz es perfecta la operación ha sido perfecta! Por esa razón y por el respeto que merece el ser humano la cirugía debe de tratar de pasar desapercibida” (Ivanissevich, 1973: 139).

En términos prácticos, dicha postura implica en principio que el cirujano tome a su cargo e incorpore como parte esencial de su rutina quirúrgica la atención al tratamiento de las heridas. Las consideraciones estéticas en cirugía general, también se ponen de manifiesto en el desarrollo de técnicas quirúrgicas que permiten abordar problemas de salud mediante pequeñas incisiones. Para dar un ejemplo, en el año 1949, el cirujano general argentino Marcelino Hermida Sanz publica un artículo que lleva por título “Apendicectomía por incisión estética”. Al decir del autor, excepto en casos graves, la extirpación del apéndice es considerada por el público como una cirugía menor y sin importancia. Por este motivo, ante los ojos profanos, la extensión de las cicatrices debe guardar proporción con el carácter aparentemente intrascendente de la intervención. Discípulo de la escuela de Ivanissevich (“que viene preconizando el empleo de pequeña incisión para la apendicectomía”), el autor sostiene que dicho temperamento conservador cumple una finalidad estética y funcional para el paciente. Estética, porque “el operado ve con agrado y hasta con

⁶⁸ Aguja quirúrgica lisa con un borde cortante cerca de su punta y un gran orificio en el otro extremo.

admiración, que le hayan realizado esa intervención, dejando una cicatriz mínima”; y funcional, porque acorta el tiempo de recuperación, entrando en sintonía con la “poca importancia que [el enfermo] le acuerda a la operación” (Hermida Sanz, 1949: 174-175).

Ahora bien, si en cirugía general la minimización de las cicatrices constituye un recaudo discrecional que no hace a la esencia del acto quirúrgico, en cirugía plástica deviene en un imperativo que puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso terapéutico. Tres motivos concurren para sustentar esta afirmación. El primero es que las incisiones recaen sobre sectores anatómicos visibles, especialmente durante este período, en el cual el rostro es el asiento de la mayor parte de las correcciones quirúrgicas. El segundo motivo refiere a la finalidad perseguida por estas intervenciones, que procuran normalizar o perfeccionar las formas externas del cuerpo humano. Estos dos motivos se conjugan para formar un tercero, vinculado a la proporcionalidad entre la finalidad perseguida y el tributo exigido por el método. El cirujano estético argentino Ramón Palacio Posse expresa esta idea de manera clara y sucinta, al decir que “la cirugía estética debe estar dominada por la idea de las cicatrices, y que evitarlas, esconderlas, disimularlas o efectuarlas en la mejor forma posible, es el objeto de ella” (Palacio Posse, 1946: 267).

Partiendo del enunciado precedente, podríamos señalar que la historia de la cirugía estética es, en buena medida, la historia del dominio sobre las cicatrices. En este marco, si la asepsia, la antisepsia y la anestesia permitieron ampliar la indicación de cirugía estética al reducir el dolor y la infección⁶⁹, el desarrollo de técnicas que hicieran poco ostensibles las cicatrices la ampliaron al reducir sus secuelas. Enfocar el devenir de estas prácticas de esta manera, nos previene de adoptar un enfoque excesivamente culturalista, según el cual basta un cambio en la configuración social de las preferencias estéticas para explicar la emergencia y difusión de prácticas orientadas a la corrección estética.

Paradójicamente, la lucha por el dominio de las cicatrices, encontraría su triunfo más rutilante en las operaciones sobre el sector más visible del rostro humano: la nariz⁷⁰. Para

⁶⁹ Las primeras operaciones bajo anestesia con éter y cloroformo datan de los años 1847 y 1848, y fueron aplicadas por los doctores Jacobo Tewksbury (médico y dentista) y Juan Guillermo Mackenna (cirujano del Hospital Inglés) de la ciudad de Buenos Aires. La introducción de la antisepsia por cuenta del cirujano Ignacio Pirovano, que luego de impregnarse de las ideas de Lister recogidas directamente en Londres y Escocia, impuso la antisepsia listeriana durante de la década de 1880 (Vacarezza, 1986: 25-26).

⁷⁰ Con esto, no pretendo sostener que la amplia difusión que tienen las rinoplastias durante el período considerado se expliquen únicamente a partir del factor técnico. De hecho, las rinoplastias (reconstructivas) datan de períodos remotos y, como vimos en los capítulos precedentes, es precisamente la visibilidad de este órgano la que contribuye a suscitar una demanda por este tipo de intervenciones. Sin embargo, la apuesta de este apartado, pasa por señalar que no habrían

comprender este punto, considero atinado reponer la enumeración de vías de acceso para efectuar correcciones nasales que realiza el cirujano plástico chileno Alfredo Alicaíno en un artículo de 1944. Siguiendo un plan expositivo que va de arriba hacia abajo, comienza por identificar tres sitios anatómicos en los que algunos procedimientos han situado las incisiones para efectuar rinoplastias: la ceja, el dorso de la nariz y el subtabique (Figura 25). Cada una de estas vías tiene sus particularidades, pero todas tienen en común una desventaja: actúan a través de la cara externa o cutánea de la nariz, dejando rastros anti-estéticos y evidentes del paso del bisturí. En contraste, la vía del vestíbulo nasal (“C. Vestibular”) permite realizar las maniobras quirúrgicas sin la necesidad de apelar a incisiones externas, dejando las cicatrices ocultas al interior de la nariz (Alicaíno, 1944: 38-39).

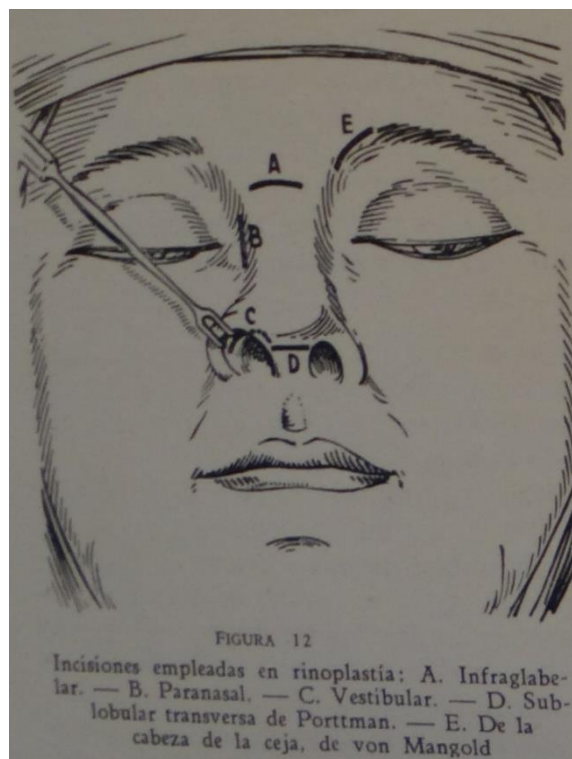


Figura 25. Vías de acceso para realizar rinoplastias en la primera mitad del siglo XX, en Viale del Carril (1935), pág. 40

Según la literatura especializada, el otorrinolaringólogo neoyorkino John Orlando Roe, fue el primero en describir la cirugía endonasal en un artículo publicado en 1887 (Rogers, 1986). Sin

adquirido la difusión que finalmente tuvieron, si las correcciones de imperfecciones en el apéndice nasal hubieran continuado exigiendo el costo de cicatrices demasiado ostensibles.

embargo, quien se encargaría de perfeccionar y difundir este método sería el cirujano alemán de origen judío Jacques Joseph (1865-1934). Siguiendo algunos artículos sobre el tema, su primera rinoplastia con fines estéticos data de 1889, y fue realizada sobre un terrateniente alemán cuya nariz hipertrofiada lo hacía blanco de miradas y de burlas. Empeñado en hacer que su nariz pasara “desapercibida”, Joseph procedió a su corrección quirúrgica, utilizando para ello incisiones *externas* sobre el dorso nasal del paciente. A pesar del relativo éxito de esta primera intervención, que dejó “cicatrices lineares e imperceptibles” sobre el órgano intervenido (Joseph, [1898] 1970: 180), el cirujano alemán abandonaría paulatinamente esta vía para desarrollar y adoptar definitivamente los procedimientos de rinoplastia endonasal alrededor de 1904-1905. Entre sus aportes en esta materia, suele reconocerse el papel que desempeñó en el diseño de variaciones técnicas y de instrumental para la cirugía intranasal, conocimientos que serían sistematizados a partir de la publicación de su libro “Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik nebst einem Anhang über Mammoplastik” (1928)⁷¹ (Wallace, 1984; Bhattacharya, 2008).

A pesar de haber comenzado a esbozarse entre fines del siglo XIX y principios del XX, los procedimientos de cirugía estética endonasal recién comenzarían a difundirse e incorporarse a la práctica de los cirujanos plásticos occidentales entre las décadas del 20’ y del 30’. Así, según relata el cirujano Alejandro Forero, aun cuando ya en 1910 Joseph efectuaba operaciones por vía interna, “no eran todavía muy conocidas en 1911, 12 y 13, en que hacía yo mis estudios de la especialidad en París, Viena y Berlín [...] en tanto que para el 25 ya su práctica estaba difundida en Europa y algunos operadores de Norteamérica y de esta capital la emprendían también” (Forero, 1929: 1463). Parte de la temporalidad de este proceso de difusión, responde a la consolidación de Joseph como figura de la cirugía plástica internacional, que coadyuvó a que cirujanos plásticos de todo el mundo acudieran a los cursos que comenzó a dictar en Berlín a partir de 1921. Según algunos relatos, se trataba de cursos breves y onerosos que consistían principalmente en la observación silenciosa de un también silencioso Joseph mientras realizaba las rinoplastias.

A pesar de la reserva y el laconismo que manifestaba el mentor, dicho curso parece haber sido clave en la formación de numerosos cirujanos. En lo que a Estados Unidos se refiere, durante la década del 20’, por allí pasaron figuras de relieve como Gustave Aufritch, Joseph Safian, Samuel Fomon, Jacques Maliniac y John Maurice Converse. En lo concerniente a la Argentina, fueron los

⁷¹ “Cirugía Plástica Nasal y otros procedimientos reconstructivos del rostro, con un apéndice sobre cirugía de reconstrucción del pecho”

cirujanos Jorge Basavilbaso y Alejandro Forero quienes en 1925 asistieron al curso de Joseph, difundiendo estos aprendizajes a través de revistas médicas y en sus respectivos servicios de otorrinolaringología en el Hospital Rawson. Tres años después, el cirujano plástico Juan Ramón Palacio Posse, en una gira de estudios por Europa, haría su escala en Berlín y a su regreso introduciría estas prácticas a través de su práctica privada en la ciudad de Buenos Aires. Finalmente, y sin la pretensión de ser exhaustivo, en 1932 sería el propio Oscar Ivanissevich el que visitaría la clínica de Jacques Joseph.

El impacto que tuvo la circulación de estas técnicas en el impulso que finalmente tomó la rinoplastia estética, es reconocida por estos mismos cirujanos en distintas publicaciones. Así, Forero señala en un artículo publicado en la “Semana Médica” que: “La posibilidad en que nos encontramos en la actualidad de efectuar estas operaciones sin cicatriz visible y de acercarnos tanto a la perfección de estas correcciones, hace cada día más justificables sus indicaciones” (Forero, 1929: 1463). Por su parte, en el libro “Cirugía Estética”, Ramón Palacio Posse reconoce su deuda con Joseph a quien califica como “el genial creador de la vía endonasal”, explicitando a continuación el motivo de tal elogio: “Fue Joseph de Berlin [...] quien dio nueva orientación a estas operaciones. Gracias a él todos los defectos nasales pueden ser arreglados sin dejar cicatriz visible, siendo esta posibilidad lo que ha desarrollado tanto esta cirugía” (Palacio Posse, 1946: 26). A continuación, veremos que esta centralidad de las cicatrices, no es sino una manifestación particular de una preocupación general de la especialidad en cirugía estética: la visibilidad de los resultados.

2. Lo esencial es visible a los ojos

Según vimos en el apartado anterior, el cuidado puesto en minimizar y ocultar las cicatrices constituye un rasgo particular de la cirugía estética. A ello me gustaría añadir, que ese rasgo particular, sintetiza una diferencia de índole general entre la cirugía estética y el resto de las ramas quirúrgicas: la visibilidad del resultado. Así, mientras estas últimas operan en la profundidad del organismo para resolver problemas fisiológicos y/o funcionales, la cirugía estética opera en la superficie para corregir problemas de orden estético. Este contraste, aparece sintetizado de modo elocuente en un artículo publicado por el cirujano plástico argentino Julián Fernández en la revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica: “el cirujano general trabaja en la trastienda, lugar

oculto a todas las miradas, mientras el cirujano plástico lo hace en la vidriera, dejando en ésta su obra expuesta a la vista, al juicio, a la curiosidad y a la crítica de todo el mundo, legos y eruditos.” (Fernández, 1978: 36). Lo que se impone en este marco, no es sólo ver cómo se medicaliza la apariencia corporal, sino también cómo los cirujanos plásticos argentinos de la primera mitad del siglo XX desarrollan prácticas y dispositivos destinados a lidiar con el punto de vista de los pacientes.

De allí se deriva que, la visibilidad de los resultados en cirugía estética, coloca el juicio de los pacientes como un elemento central en el análisis de estas prácticas. En línea con ello, lo que me propongo hacer en los siguientes apartados, es analizar dicho juicio desde un punto de vista procesual y relacional. Esto es, entendiéndolo como la culminación de una serie de etapas previas en las que las prácticas, discursos y dispositivos puestos en juego por el cirujano inciden en la apreciación del resultado final. Adoptar este enfoque implica, por un lado, introducir las expectativas del paciente dentro del esquema de análisis; y, por el otro, concebir las prácticas de los cirujanos más allá de su desempeño puertas adentro del quirófano. En este marco, la literatura médica analizada constituye no sólo una fuente de circulación de técnicas quirúrgicas, sino también un cúmulo de experiencias organizadas y sistematizadas acerca de cómo debería procederse ante la demanda estética de los pacientes. Utilizo el condicional, para poner de relieve la faceta normativa de la literatura, donde el carácter eficaz de las prácticas prescriptas se encuentra indisociablemente ligado a principios estéticos y morales que jerarquizan a los cirujanos.

Uno de los textos más ricos y útiles para comenzar a desglosar la problemática planteada, es la tesis doctoral del cirujano plástico argentino Carlos Rivas titulada “Cirugía correctora de la pirámide nasal” (1952). Allí desarrolla una serie de cuestiones que, previo a la intervención quirúrgica, requieren ser explicitadas y negociadas junto a los candidatos a la rinoplastia. La primera gira en torno a “cuál es el tipo de corrección aconsejable”, a partir de la cual el cirujano indaga las aspiraciones estéticas del paciente y procura orientarlas en función del diagnóstico y el criterio experto. La segunda cuestión concierne a “qué es lo que se puede conseguir”, en función de la cual inquiere los presupuestos del paciente acerca los alcances de la cirugía estética y busca recomodarlos a partir de una serie de prácticas y dispositivos de coordinación (Karpic, 2010; Callon, 2014). Dedico lo que resta de este capítulo, a profundizar en cada uno de estos puntos.

2.1. El examen diagnóstico del paciente y la indicación estética en las rinoplastias

En uno de los relatos que componen la segunda parte de “Anecdotario de un cirujano plástico” (1972), Malbec cuenta que se encontraba en el quirófano a punto de iniciar una rinoplastia estética en una joven de 20 años, cuando una enfermera se aproximó a su lado para informarle que el padre de la paciente lo requería urgentemente para intercambiar algunas palabras. Creyendo que se trataba de un asunto importante, decidió ir al encuentro de este hombre, cuyos ademanes y tono de voz indicaban nerviosismo y la pretensión de guardar secreto en torno al pedido que estaba a punto de formular. Para especificarlo, abrió un portafolios, sacó cuatro fotografías a toda página que había escogido de distintas revistas, e inquirió a Malbec acerca de cuál de esos cuatro modelos de nariz era el mejor para hacerle a su hija. Inmediatamente, y sin esperar respuesta, se apresuró a explicitar su demanda: “Yo creo que es ésta. Es, por lo menos, la que a mí más me agrada. Yo le pido entonces, por favor, que le haga a mi hija una nariz exactamente igual. Asimismo, le pido que mi hija no se vaya a enterar de la nariz que he elegido. Pudiera no coincidir con mi gusto”. Como corolario de este relato hilarante, el autor finaliza con la siguiente reflexión: “El hombre quizás suponía que las narices se hacían como los soldaditos de plomo, a molde y por encargo” (Malbec, 1972: 137-138) (Figura 26).



Figura 26: Ilustración de la narrativa “Hágala así, doctor” en Malbec (1972), pág. 137.

El postulado que podemos extraer de “Hágala así, doctor” es que, en línea con los modelos explicativos propuestos por buena parte de las producciones académicas sobre cirugía estética, los medios masivos de comunicación establecen patrones de belleza que modelan la demanda de estas prácticas (Heyes y Jones ed., 2009; Gilman, 1999). Sin embargo, lo que surge del análisis del

corpus empírico es que, lejos de aspirar a la producción de cuerpos en serie de acuerdo a la moda que impone el gusto profano, el cirujano debería indicar la corrección estético-quirúrgica que mejor se ajuste al examen particular y concreto del cuerpo del paciente.

Según la literatura examinada, para las rinoplastias, al examen local del defecto deben añadirse algunas consideraciones respecto a la raza, la contextura física, el carácter y la conformación general del rostro del paciente. Para comenzar a sumergirnos en esta materia, resulta interesante destacar que el examen del defecto nasal involucra distintos sentidos del experto, condiciones materiales para llevarlo a cabo y la disposición del cuerpo del paciente en diferentes posiciones. Así, según Rivas (1946), en un primer tiempo el candidato a la cirugía debe estar sentado frente al observador, con la cabeza perpendicular a los hombros y exento de rigideces que impidan la rotación necesaria para el estudio de ambos perfiles. De frente al “foco luminoso”, la iluminación no debe ser demasiado intensa para evitar que se traduzca en alteraciones en la expresión normal del paciente. En un segundo momento, el observador valora el defecto en posición operatoria: el paciente acostado en decúbito dorsal, con un apoyo que proyecte su cabeza y que mantenga en un mismo plano el mentón y la frente (Rivas, 1956: 55-56).

Cada una de las posiciones de examen, permiten al cirujano apreciar el sector anatómico de la nariz en el que se asienta la irregularidad. Las irregularidades pueden ser por exceso, deficiencia y/o asimetría; y pueden afectar una o varias de las zonas anatómicas que componen el apéndice nasal: el componente óseo superior, el componente cartilaginoso medio y el componente cartilaginoso inferior (Figura 27). De la combinación de estos aspectos, emerge un diagnóstico para el cual se apela al uso de categorías expertas. Los esquemas de clasificación varían de un texto a otro, y presentan distintos niveles de complejidad. Con el fin de introducir al lector en algunas de las categorías básicas, paso a describir dos páginas escogidas del artículo “Rinoplastias” publicado por el cirujano Cora Eliseth en la “Revista Argentina de Otorrinolaringología” (Figura 28).

Las primeras tres ilustraciones plantean una tipología básica: la nariz normal, la hipertrofiada (“rinomegalia”) y la hipotrófica (“microrrino”). Por su parte, las cuatro subsiguientes dan cuenta de defectos localizados en uno de los componentes de la nariz: por un lado, aquellos localizados en el dorso, cuyo desarrollo excesivo da lugar a las narices “gibosas” y cuya deficiencia caracteriza a las narices “hundidas” o en “silla de montar”; por el otro, los defectos situados en la zona inferior, cuya proyección hacia abajo da lugar a la nariz de “ápex péndulo” y direccionada

hacia arriba configura la “nariz en punta”. Finalmente, las dos últimas ilustraciones presentan lo que podríamos denominar “anomalías mixtas”, que surgen de la combinación de los dos defectos descritos precedentemente.

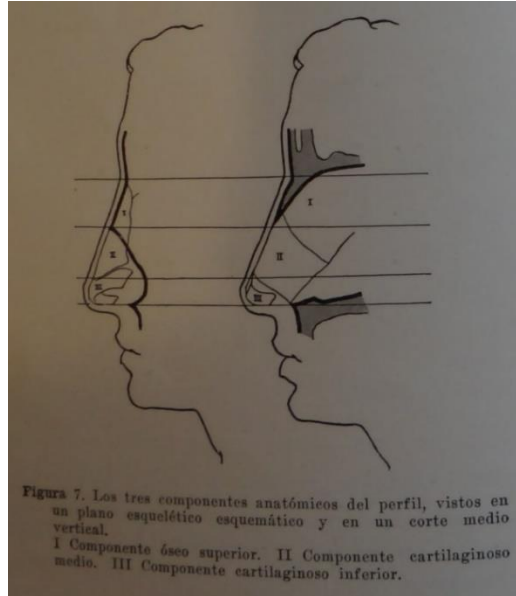


Figura 27: Partes componentes de la nariz, sobre las que pueden manifestarse las irregularidades o defectos en Palacio Posse (1946), pág. 30

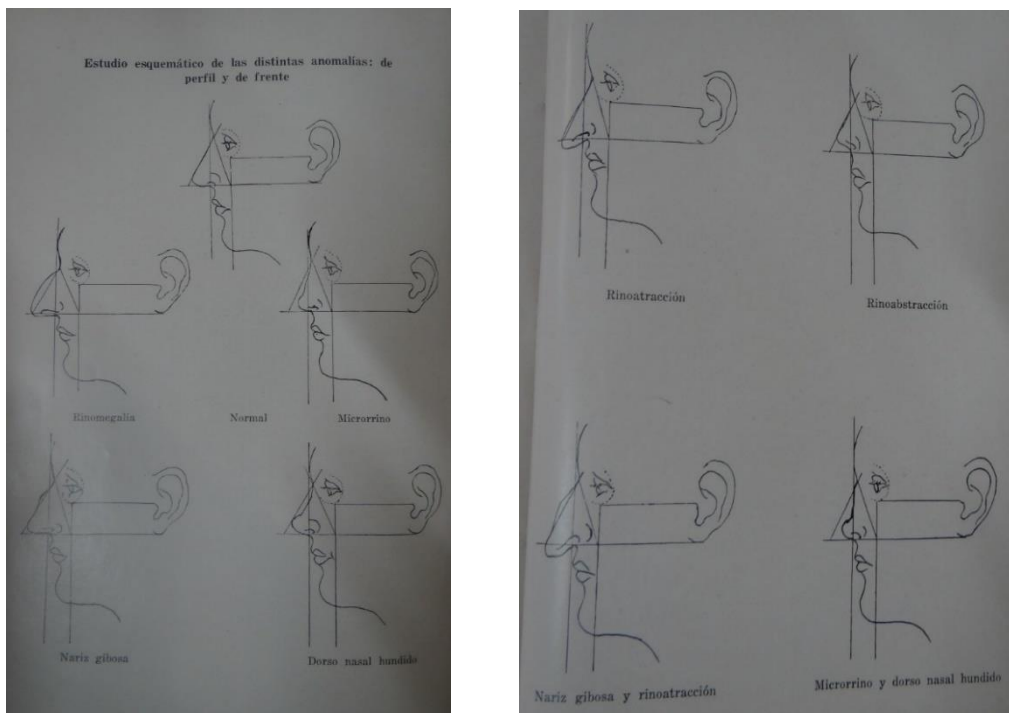


Figura 28. Clasificación de defectos nasales en Cora Eliseth (1938), pág. 14.

Otra de las consideraciones que saltan a la vista del esquema precedente, es que la clasificación de los defectos nasales tiene un carácter relativo; esto es, se efectúa en relación a un modelo ideal (la “nariz normal”). Dos son las fuentes principales a partir de las cuales la literatura sobre cirugía plástica construye este modelo: el arte y la antropometría. En línea ello, no es casual que el cirujano estético argentino Juan Andrés Codazzi Aguirre señale que al cirujano estético “[las] condiciones de médico cirujano, de biotipologista y anatomista artístico, le han de ser ampliamente exigidas.” (Codazzi Aguirre 1937: 28). En lo que refiere al vínculo entre arte y cirugía estética, es un lugar común en las publicaciones identificar el sentido artístico como una condición necesaria para el ejercicio de la profesión. Así, según expresa el médico y escritor colombiano Javier Arango Ferrer, quien domina la técnica quirúrgica “será apenas un buen albañil, si al modelar la materia viva y plástica por excelencia, no lleva en su mano el soplo cuasidivino del escultor que somete la arcilla o la piedra al modelo presentido de la creación” (Arango Ferrer, 1942: 45).

Esta cualidad inasible para percibir y producir belleza, encuentra expresión práctica en la difusión de procedimientos orientados a medir el cuerpo del paciente y a establecer su desviación respecto a los cánones de belleza clásicos. En lo que refiere al examen médico en las rinoplastias, dichos procedimientos consisten en el estudio de los ángulos del perfil facial. Tres son los ángulos más frecuentemente mencionados: el ángulo fronto-nasal, el ángulo naso-labial, y el ángulo dorso nasal o ángulo de perfil estético. En este marco, la nariz ideal es definida geoméricamente tomando como pauta los cánones clásicos. Veamos este punto, en el estudio del ángulo dorso-nasal.

Según el cirujano argentino Atilio Viale del Carril, este ángulo “es considerado desde Da Vinci, como signo importante de armonía fisonómica, siendo su abertura ideal de 30°”. Para demostrar la relevancia de esta medida, el cirujano reproduce una ilustración (Figura 29) en la que exhibe los “grandes cambios en las características del perfil” producidos a partir de variaciones de pocos grados (Viale del Carril, 1935: 25). Por su parte, Forero toma este parámetro para determinar el tamaño de la ablación de las gibas nasales, utilizando para mensurar la apertura del ángulo “el perfilómetro de Joseph” (Figura 30) (Forero, 1929: 1467). Otro de los cirujanos que menciona la utilización de este dispositivo, y que también asistió a los cursos del alemán Jacques Joseph, es el cirujano estético argentino Ramón Palacio Posse: “Un ingenioso aparato ideado por Joseph nos facilita esta medición. La venus de Milo tiene un ángulo estético de perfil de 27° ½” (Palacio

Posse, 1946: 31). El derrotero seguido por este dispositivo es difícil de reconstruir. Sin embargo, según un comentario de Carlos Rivas en su tesis sobre rinoplastias, parece haber caído en un paulatino desuso por su escasa aplicabilidad en la práctica diaria (Rivas, 1952: 56).

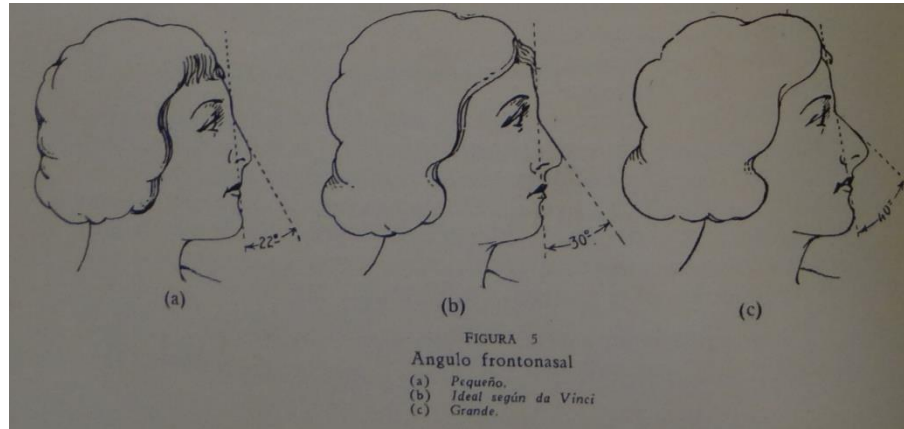


Figura 29. Desviaciones del ángulo frontonasal en relación al canon establecido por da Vinci, en Viale del Carril (1935), pág. 24.

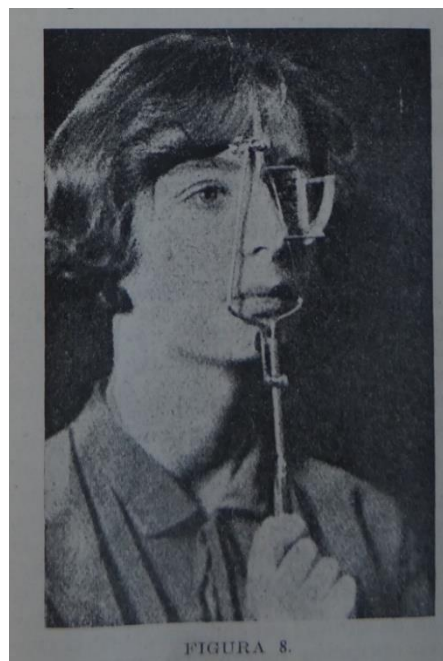


Figura 30. Perfilómetro de Jacques Joseph en Forero (1929), pág. 29

Según lo que hemos visto hasta aquí, los cirujanos estéticos no serían más que productores en serie de cuerpos ideales. Solo que, en lugar de apelar a la moda cambiante de la cultura popular, realizarían modificaciones plásticas con arreglo a modelos de belleza supuestamente eternos e

inmutables. El mismo aserto sería válido para la antropometría, cuya sola mención remite inmediatamente al predominio de un canon blanco y occidental como patrón de referencia de estas prácticas. Sin embargo, según la literatura médica de la primera mitad del siglo XX, el examen y modificación de los defectos corporales debería realizarse en correspondencia con las particularidades raciales, psicológicas, físicas y fisonómicas de cada paciente.

En lo que refiere a las características raciales, Juan Andrés Codazzi Aguirre señala que “la Cirugía Estética, dentro de cada tipo de belleza corporal en las respectivas razas y en la medida de lo relativo, corrige, rectifica las deformidades” (Codazzi Aguirre, 1938: 37). El otorrinolaringólogo argentino Ramón Scavuzzo (1939) especifica este principio al señalar que los cánones o ideales no son ajustables a todas las razas, y que no es posible aplicar el “cánon blanco nórdico” a “un mongol”. Los defectos, en este sentido, constituyen una medida relativa que requiere cotejarse con las particularidades fisonómicas de cada raza: “[...] la típica nariz aplastada no es un defecto estético del negro y, en cambio, sí lo es en el europeo, en el blanco” (Royo Villanova, 1958: 47). Para finalizar, es interesante destacar que Lluesma Uranga (1958) contextualiza esta reflexión, al señalar que “las aportaciones por aposición y cruces sucesivos” propias de “sociedades aluvionales” han tendido a desdibujar los caracteres raciales arquetípicos. En este marco, sugiere a los cirujanos “conocer y ponderar los antecedentes étnicos, sociales y raciales de sus ‘casos’ clínicos”. Tomando este recaudo, continúa argumentado, se evitarán “resultados grotescos o imprevistos, ya que sólo debería tenderse a corregir y depurar una personalidad, pero no a cambiarla” (Lluesma Uranga, 1958: 69).

Al igual que la raza, la complexión física y, particularmente el rostro del paciente, son aspectos que la literatura médica incluye en el marco del diagnóstico y las indicaciones estético-quirúrgicas en las rinoplastias. La noción más frecuentemente utilizada para dar cuenta de esta apreciación morfológica global del paciente es la “armonía”, según la cual las partes deben guardar correspondencia con el todo. Más precisamente, en el caso de las rinoplastias, los defectos de la nariz son relativos a las características físicas y fisonómicas del paciente, y deben corregirse guardando una relación de proporción con dichas características. Carlos Rivas, en la tesis citada en varias ocasiones, sintetiza esta cuestión de manera clara y concisa:

[...] la condición artística del cirujano plástico, innata a veces o adquirida otras, lo debe llevar siempre a que en su obra prime el concepto de armonía [...] [Lo] importante en el cirujano plástico, no es lograr científicamente una nariz perfecta. Lo mejor es dominar científicamente cada uno de los sectores de la rinoplastia, para adecuar la nueva nariz al resto de la cara (Rivas, 1952: 35).

Para dar asidero al extracto precedente, retomo un artículo publicado por Ernesto Malbec, en el que puntualiza una serie de consideraciones prácticas acerca de cuándo y cómo debe proceder el cirujano estético ante distintos tipos de defectos nasales. En “Función del sentido estético en las intervenciones plásticas” (1940), Malbec comienza por señalar que los defectos deben considerarse primero aisladamente, y luego en relación con las demás partes de la figura. La primera consideración práctica, tiene por objeto apreciar el apéndice nasal en sus distintas partes componentes para establecer en qué sitios se ubican los defectos y, de esta manera, obtener una nariz proporcionada sin necesidad de recurrir a retoques ulteriores. Para dar un ejemplo, es habitual que las narices alargadas sean también apéndices de gran tamaño. El cirujano, guiado por un diagnóstico correcto y por un sentido de la armonía, debería proceder a acortar y a achicar el apéndice nasal. De lo contrario, apelando al simple acortamiento, obtendría como resultado una nariz prominente y ancha que exigiría nuevas intervenciones.

La segunda consideración práctica sitúa el apéndice nasal en relación a las demás partes de la figura, asumiendo preeminencia el examen de la frente y el mentón a los efectos de realizar una rinoplastia con resultado armónico. Con el objeto de instruir a los potenciales lectores en este principio, Malbec formula una serie de situaciones hipotéticas, a partir de las cuales establece que aún ante un *mismo defecto* considerado aisladamente es menester indicar distintos tipos de correcciones estéticas. Veamos, entonces, algunos de los ejemplos que plantea. Para comenzar, “supongamos que estamos en presencia de una nariz larga”. Considerando su “geometría irregular”, la indicación que correspondería sería acortarla, de acuerdo a los criterios que establece la “geometría correcta”. Sin embargo, el defecto y la indicación se tornan *relativos* al introducir en el examen la contextura física y la fisonomía del paciente. De este modo, mientras que la nariz alargada encuadra “dentro de la anatomía de un sujeto alto, de contornos ligeros, [y] de cara también alargada”, en personas de “baja estatura, gruesas [...] [y] de cara redonda” asume un carácter “grotesco”. En línea con ello, al tiempo que en el primer caso la intervención no está indicada, en el segundo está plenamente justificada en tanto se pretende corregir una desarmonía “que mueve a la risa”.

Supongamos ahora, siguiendo la argumentación de Malbec, que estamos en presencia de “una nariz cifótica, grande, con una curva bien pronunciada”. En este caso, extirpar la giba para rectificar la convexidad del perfil, es el procedimiento indicado. Sin embargo, para determinar cuán lejos debe llevarse a cabo esta corrección, es indispensable incluir en el examen médico la

disposición de la frente y el mentón. Cuando estos últimos tienen un carácter poco prominente, el cirujano puede aspirar a llevar la nariz de convexo a cóncavo. Más sutil debe ser la conducta terapéutica ante otros casos de frecuente constatación en la práctica de los cirujanos: pacientes de nariz convexa, con una frente y un mentón que exhiben una curvatura análoga. Según Malbec, lo indicado para estos pacientes es “reducir el tamaño del apéndice nasal [...] pero procurando imprimirle al dorso una forma suavemente arqueada para que coincida y armonice con el resto de la imagen que es toda curva”. De lo contrario, se corre el riesgo de “crear artificialmente una nueva imperfección o una nueva anomalía” (Malbec, 1940: 163-165).

A partir de lo expresado hasta aquí, podríamos señalar que la literatura médica argentina de la primera mitad del siglo XX establece determinadas pautas “objetivas” de belleza cuya traducción práctica exige un examen caso por caso para ajustarlas a las particularidades raciales, corporales y fisonómicas de cada paciente. Sin embargo, el tipo de correcciones estética indicada que surge de esta manera de proceder en el examen médico, no necesariamente coinciden con la percepción y las expectativas de transformación estética de los pacientes. Así, al igual que en el relato con que iniciamos este apartado, muchos pacientes se ven influidos en sus aspiraciones estéticas por “las corrientes plásticas que imperan en el cinematógrafo o en el teatro y quieren parecerse a tal o cual astro de la pantalla o a tal o cual estrella del escenario” (Malbec, 1940: 1007). Asimismo, exigen correcciones radicales, sin reparar en la desproporción que surgiría de ellas: “Ya se sabe que el sueño dorado de todo narigón es ser ñato. La indicación más corriente que escuchamos por boca de todos ellos es siempre la misma: que se le acorte la nariz lo más posible.” (Ibíd.: 1006).

Aunque las modificaciones estéticas que solicitan los pacientes sean erradas, los cirujanos del período no muestran una cerrazón absoluta ante estos requerimientos. Antes bien, destacan la centralidad de las consultas previas a la cirugía para negociar el tipo de corrección a efectuarse: “A pesar de todo, no quiere decir esto, que el juicio del cirujano sea inapelable ni que deba prevalecer forzosamente en última instancia. La consulta con el paciente suele ser muy provechosa y conveniente” (Ibíd.: 1006). En línea con ello, dedico los próximos apartados a analizar los aspectos de la consulta médica provechosos para proyectar y convalidar el resultado de las intervenciones en cirugía estética.

3.2. La “mentira” y la “verdad” en cirugía estética

“Mentir a veces es útil, en otros casos necesario y aún si analizamos ciertos momentos de la vida profesional, es, aunque parezca paradójal, un imperioso deber de conciencia”. Con esta frase, mezcla de pragmatismo y moral, el médico obstetra argentino Dionisio Caravias da inicio a su artículo “La mentira del médico” publicado en “El día Médico” en 1932. A lo largo de la publicación, describe una serie de situaciones hipotéticas del quehacer profesional para dar asidero a la afirmación del inicio. Así, frente al lecho del moribundo que todavía guarda cierta esperanza de recuperación, la verdad es cruel y la mentira es “piadosa y humana”. Una actitud contraria es la que debería adoptar el médico frente a la “menor fecundada”, que de rodillas clama que el secreto no sea develado ante sus padres. En este caso, mentir empeora la situación, y “con decir la verdad se pueden salvar muchos malos ratos”.

La mentira, en determinados casos, encuadra dentro de la moral profesional. Sin embargo, hay un tipo de mentira que transgrede este marco y que es enérgicamente censurada por Caravias: “la mentira comercial”. Esta mentira aparece en “grandes letras, llenando grandes páginas en los mejores diarios” y en boca de “charlatanes”, prometiéndole curas perfectas y alardeando credenciales otorgadas por oscuras escuelas del extranjero. Su objetivo nada tiene de honorable, sino que es esgrimida con el único fin de azuzar la esperanza de los incautos y extraer pingües ganancias de “métodos infalibles” que nada reportarán al paciente. Quien las profiere, “se coloca al margen de la moral profesional; si el fin que lo lleva es comercial, es entonces un vulgar delincuente y si al afirmar y practicar una cura, hace daños, entonces es el más temible de los criminales” (Caravias, 1932: 987-988).

Con el mismo espíritu práctico y moral, la literatura médica examinada retoma la cuestión de la mentira y la verdad en cirugía estética. Al igual que Caravias, los cirujanos estéticos argentinos de la primera mitad del siglo XX expresan un fuerte rechazo a la “mentira comercial”. Esta última, generalmente es atribuida a personas que no disponían de una formación médica, y que ofrecían servicios y productos para el embellecimiento a través de avisos cuyas promesas grandilocuentes estaban lejos de cumplirse. En este sentido, Malbec formula una crítica a los “salones e institutos” que, administrados por “profesores de belleza”, garantizaban transformaciones espectaculares con insignificantes operaciones. Asimismo, advierte acerca de un pujante mercado de “pomadas, emplastos, unturas y linimientos” que no hacían más que defraudar

a los esperanzados compradores y enriquecer a “comerciantes inescrupulosos que trafican miserablemente con el dolor moral” (Malbec, 1938: 38-39). Una rápida hojeada a la literatura del período, permite identificar algunos de los productos y servicios ofrecidos en este “mercado marginal”: la depilación por radio-terapia, las inyecciones de parafina para corregir depresiones e irregularidades, y diversos remedios destinados a agrandar los senos.

En el mejor de los casos, estos productos y servicios presentaban un carácter ineficaz para resolver los problemas estéticos de los pacientes, con la consecuente desmoralización y desconfianza hacia intervenciones ulteriores por parte de estos últimos. Sin embargo, algunos tratamientos conllevaban graves secuelas estéticas y físicas sobre los cuerpos intervenidos. En línea con ello, es frecuente que en artículos acerca del tratamiento del bello facial femenino, diversos dermatólogos lamenten la cantidad de pacientes que a diario acuden a la consulta exhibiendo lesiones en el rostro producto de la depilación por radio-terapia (Paganetto, 1933: 1792-1795; Etchevarne, 1935: 200-201; Lumer, 1938: 892). Por su parte, en el campo de la cirugía plástica propiamente dicha, se registran varias intervenciones en congresos destinadas a exponer las consecuencias desastrosas de las inyecciones de parafina, que iban desde la aparición de “parafinomas” a la muerte por embolia pulmonar⁷².

Pero no es sólo a través de la consumación del daño físico y moral que los “charlatanes” ocasionarían estropicios en los pacientes, sino también forjando públicamente una visión distorsionada acerca de las implicancias de la cirugía estética. En línea con ello, el cirujano peruano José Diez Vélez Canceco manifiesta preocupación acerca de la proliferación de artículos escritos por “especialistas inescrupulosos” y publicados en “revistas profanas y baratas” que abonan la idea de que la cirugía estética es una práctica sencilla y exenta de riesgos. Para ejemplificar el “falso concepto” que de esta manera se instala, afirma que muchas pacientes han arribado a su consultorio “solicitando ser libradas de las arrugas que las avejentan, porque 48 horas después debían asistir a una recepción social” (Vélez Diez Canceco, 1942: 50-52). Ernesto Malbec, por su parte, brinda otro ejemplo de la misma índole al recordar a una paciente que pretendía corregir la caída de sus senos, pero que producto de la mala información creía que la operación “se podía practicar en escasos minutos sin inconvenientes de ningún orden, y que con toda facilidad podía concurrir ese

⁷² El uso de parafina para el tratamiento de depresiones nasales gozó de una aceptación bastante amplia entre los cirujanos plásticos a principios del siglo XX, siendo paulatinamente abandonada a medida que se comprobó la frecuencia con que se producían las consecuencias mencionadas.

mismo día al empleo, descartando luego que no le quedaría ninguna cicatriz operatoria” (Malbec, 1939: 88). Las cicatrices, desde esta perspectiva, no sólo son una secuela a minimizar en el acto operatorio, sino también una consecuencia de la cirugía que requiere introducirse en el horizonte de expectativas de los pacientes.

En este marco, caracterizado por la porosidad de las fronteras y la competencia entre los “cirujanos especialistas” y el amplio universo de los “charlatanes”, adquieren sentido las publicaciones con fines de divulgación. La lectura de los capítulos introductorios de algunas de estas obras, permiten identificar la preocupación de los autores por difundir conocimientos válidos acerca de la cirugía estética y por establecer una jerarquía entre los diversos tipos de prestadores. En la introducción al libro “Los fundamentos de la cirugía estética” (1958), Lluesma Uranga afirma que su obra “actuará de decapitadora de entusiasmos fáciles y de señaladora de responsabilidades” (Lluesma Uranga, 1958: 7). Más explícito en su cometido, Juan Andrés Codazzi Aguirre presenta sus tres tomos de divulgación publicados a fines de la década del 30’, como parte del amplio programa de difusión que el cirujano debe llevar a cabo tanto en ámbitos expertos como profanos. En el caso particular de estas publicaciones, el autor afirma que no pretende “suministrar técnica”, sino más bien “aleccionar al gran público y contribuir eficazmente a depurar el ambiente un tanto turbio y nebuloso de la Cosméticoscirugía, a causa de los numerosos impostores que la detractan [...] desde los llamados Institutos de Belleza, o Maison de Beauté, por titulados ‘profesores’ y ‘prácticos en estética’” (Codazzi Aguirre, 1938: 8-9).

La conformación de asociaciones profesionales constituiría otras de las iniciativas que demuestran la pretensión de establecer un límite entre “cirujanos especialistas” y “charlatanes”. Con el objeto de identificar los criterios de inclusión/exclusión de estas asociaciones analicé atentamente las actas de congresos, códigos de ética y publicaciones de las asociaciones Latinoamericana y Argentina durante el período. A pesar del carácter esquivo de estos procesos, pude identificar una evidencia empírica sutil pero sustancial que da cuenta de las estrategias colectivas de demarcación pública de los cirujanos. Esta estrategia, más que educar potenciales consumidores ante la confusión sembrada por los “charlatanes”, procura evitarla de raíz suprimiendo términos que den lugar a equívocos.

En este sentido, será moneda corriente que los cirujanos denominen a sus sociedades apelando a términos que eviten la confusión con prácticas de belleza ordinarias. Sobre este punto, Zeno (1943) afirma que la cirugía plástica viene registrando un “gran incremento”, circunstancia

aprovechada por supuestos “expertos en estética” para sacar una tajada de este pujante mercado. En este marco, “hay una verdadera reacción entre los cultores de nuestra especialidad, quienes han constituido sociedades científicas, en cuya designación se eliminó el término de ‘cirugía estética’”. Para ejemplificar este punto, el autor refiere a la recientemente creada Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica”, de cuya designación “se excluyó todo calificativo que se preste a confusión” y apelando a un “término [sobre el que] todo el mundo médico se entiende, como se ha entendido en todas las épocas” (Zeno, 1943: 334-335).

Según lo que hemos visto hasta aquí, los cirujanos estéticos argentinos del período analizado exhiben un enérgico rechazo hacia la “mentira comercial”, desplegando estrategias individuales y colectivas de carácter público orientadas a educar a potenciales pacientes acerca de los alcances de la cirugía estética. Malbec, en un artículo publicado en 1939, sintetiza esta posición de la siguiente manera: “Si desde un primer momento, se engaña al enfermo, se parte indiscutiblemente de un punto falso, porque prometer lo que no se puede es engañar al paciente, es sorprenderle en su buena fe, es mentirle deshonestamente que es lo que el médico no puede ni debe hacer” (Malbec, 1939: 88). Este mismo principio, pero expresado de modo afirmativo, indica que el cirujano debe decir la “verdad” a sus pacientes acerca del acto quirúrgico a que serán sometidos, las inevitables secuelas que resultarán del mismo y los riesgos inherentes a este tipo de intervenciones. En lo que al resultado estética se refiere, no deberá prometer transformaciones espectaculares, sino solo aquellas que estén al alcance de los limitados medios de los que dispone el arte quirúrgico.

Sin embargo, de la misma manera en que Caravias somete la “mentira” a consideraciones prácticas y morales que la tornan válida en determinadas circunstancias, los cirujanos introducen matices similares para reflexionar acerca de la “verdad” en cirugía estética. En línea con ello, el cirujano plástico argentino Miguel Correa Iturraspe⁷³ (1978) sugiere que las explicaciones del cirujano no deben estar teñidas de un “negro pesimismo”, pues hacer un relato “lúgubre y dramático de todos los percances y fracasos que registra la bibliografía para la operación” solo “horripilaría al paciente”, privándolo de la posibilidad de acceder a los beneficios de la cirugía plástica. Igual de inconveniente resulta la actitud opuesta que, fundada en un “temperamental

⁷³ Miguel Correa Iturraspe fue un cirujano plástico argentino formado en el Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas junto a Oscar Ivanissevich y Julián C. Fernández. También fue director editorial de la primera edición de la “Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica”, que salió a la luz en 1953 (Losardo y Conde Orellana, 2013: 25)

entusiasmo” o en el “miedo a perder al cliente”, pinta un panorama marcado de un “rosado optimismo”. Procediendo de esta manera, se alientan ilusiones desmedidas, que pueden derivar en angustia y reclamos “en caso de que el resultado no llegara a estar a tono con los quiméricos sueños que se lo estimuló a concebir”. De aquí, el autor concluye que la “verdad” en cirugía estética debe “tener y saber transmitir una razonable confianza en los recursos de su arte” (Correa Iturraspe, 1978: 5-6).

Retomando el planteo de Correa Iturraspe, podemos decir entonces que una “verdad” razonable es aquella que no instila demasiado pesimismo, ni demasiado optimismo en el paciente. En lo que concierne al resultado estético pasible de obtenerse a través de la operación, este principio general puede sinterizarse en una fórmula recurrentemente mencionada en la literatura analizada: “siempre prometer menos de lo que puede conseguirse”. De esta manera, se alienta al paciente a pasar por la intervención, pero moderando las expectativas de manera tal que exista un margen de tolerancia a la contingencia en el resultado y para que la lectura de este último se realice a partir de un punto de referencia modesto. Esta manera de gestionar las expectativas, no sólo es moralmente “correcto”, sino que se constituye en un modo estable de proceder transmitido entre cirujanos e incorporado a partir del momento en que la experiencia demuestra su eficacia para lograr satisfacción con el resultado estético. En el próximo apartado, veremos el papel que asume la fotografía en la modulación de las expectativas de los candidatos a la cirugía estética.

3.3. Promesas en papel: el rol de la fotografía en la consulta médica

En 1928, Ernesto Malbec publica “Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales”, libro orientado a divulgar los problemas abordados por la naciente disciplina quirúrgica. Según relata en el segundo tomo de su “Anecdotario de un cirujano plástico” (1972), en aquel entonces envió ejemplares de dicha publicación a distintos colegas argentinos y del extranjero para someterlos al escrutinio de los pares. Como respuesta, recibió algunas cartas en las que aparecían vertidas opiniones de distinto signo acerca de la calidad de su trabajo. Entre ellas, una extensa misiva de un eminente cirujano plástico francés, en la que se le advierte acerca de la calidad moral de un “ilustre médico que a fuerza de promocionarse en los diarios y escribiendo libros había logrado en París una fama extraordinaria”. Según el emisor de la carta, este supuesto “maestro” que Malbec cita en su libro, era “redondamente un charlatán científico”. Para dar cuenta de tan poco elogioso

calificativo, invita al cirujano argentino a que revise con mirada atenta algunos de los registros fotográficos que figuran en un libro del afamado médico parisino.

En apariencia, argumenta el eminente cirujano francés, estos documentos visuales certifican resultados brillantes. Así, por ejemplo, en “la página 64” pueden observarse dos fotografías de un niño: ““En la primera toma aparece... con las orejas extremadamente separadas del cráneo, como si fueran un par de pantallas, mientras que, en la segunda, ya operado, el resultado obtenido es inobjetable”. Pero a poco de aguzar la vista con la ayuda de una lupa, puede comprobarse “que las orejas fueron hábilmente atadas con un hilo muy fino para ser mantenidas, frente a la cámara fotográfica, en buena posición”. Según afirma el autor de la misiva, el carácter fraudulento de los buenos resultados también puede constatarse en otra fotografía: en la “página 59” se muestra a una mujer “antes” y “después” de que se le practicara una intervención para borrarle un angioma del rostro. Pero una mirada atenta permite constatar que las fotos son idénticas, y que en una de ellas se simuló el angioma con tina china (Malbec, 1972: 139-142).

Lo que surge del relato precedente, es que las fotografías en cirugía estética aspiran a representar el cambio experimentado por el paciente a partir del contraste entre el registro previo y posterior a la intervención. De esta manera, se construye evidencia médica acerca de la eficacia de determinada técnica en manos de determinado operador. Adulterar estos registros implica, en el marco de encuentros y publicaciones expertas, esgrimir falsa evidencia comprometiendo con ello el reconocimiento inter-pares. Por su parte, apelar a estos artilugios en encuentros y publicaciones profanas, fomenta falsas expectativas acerca de las posibilidades de corrección estética de determinados procedimientos. El propio Malbec profundiza en este punto al describir el proceder de los “charlatanes”, diciendo que a los pacientes: “se les prometen cosas falsas, se les hace ver fotografías falsas, que no son nada más que trucos fotográficos, que los impulsan a someterse a la operación, llevados por el entusiasmo lógico y humano que les produce al ver un monstruo transformado en forma tan perfecta por una operación” (Malbec, 1939: 37).

De allí se deriva que la fotografía opera como dispositivo de coordinación del resultado estético en las etapas previas a la intervención quirúrgica, y que para cumplir con ese cometido debe ser un registro fiel del cambio estético del paciente. Dicha fidelidad viene definida por un conjunto de principios prácticos que establecen cómo captar el resultado estético y las condiciones bajo las cuales debe producirse el registro para asegurar su reproducibilidad y comparabilidad. Antes de examinar cada uno de estos puntos, cabe destacar que el paso previo al registro

propiamente dicho es el consentimiento del paciente a ser fotografiado y eventualmente exhibido en ambientes médicos y extra-médicos. Para obtenerlo, según Estanislao Lluesma Uranga, es preciso seguir elementales reglas de discreción y realizar previamente una preparación psicológica hábil y cautelosa. De lo contrario, se corre el riesgo de herir la susceptibilidad del paciente, y con ello “perder quizás el más preciado documento”. Tal fue el caso, comenta el autor, de un paciente que después de haber sido sometido a una dermolipectomía, “desapareció [...] sin dar más señales de vida, como consecuencia de la imprudencia de un médico que aludió bruscamente, y acaso sin el debido respeto científico y humano, a la necesidad de obtener una fotografía de tan extraordinario caso” (Lluesma Uranga, 1958: 77).

El cuidado puesto en la selección de las palabras para referirse a los defectos, se hace extensible a las precauciones tomadas por los cirujanos para garantizar el anonimato de sus pacientes operadas de los senos. Así, de la misma manera en que el nombre de los operados es suprimido de las historias clínicas, el rostro corre la misma suerte cuando se trata de fotografías de este tipo de casos. Más precisamente, por el hecho de ser una intervención que recae sobre el cuerpo y de implicar la exhibición de una parte íntima, es habitual que el rostro de las operadas se ubique por fuera del cuadro o que esté oculto tras un paño. Si bien de manera excepcional, lo mismo ocurre con el rostro de algunos operados de las orejas, dejando entrever un compromiso entre el consentimiento a ser expuesto en una publicación médica y el secretismo que rodea muchas veces el consumo de estas prácticas (Figura 31).



Figura 31. Pre operatorio de un paciente masculino operado de las orejas y con parte de su rostro cubierto con un antifaz, en Ivanissevich (1928), pág. 1163.

Más allá de las consideraciones morales, el hecho de que la fotografía en cirugía estética se focalice sobre determinado sector anatómico tiene la finalidad práctica de exhibir el defecto y el resultado de la intervención sobre ese sector en particular. Este principio de producción de la evidencia médica, en apariencia obvio, no parece haber tenido ese carácter para los padres de un niño intervenido por Malbec. Procedente de Brasil, al niño se le había efectuado una operación correctora del “labio leporino”. Como era materialmente imposible efectuar personalmente el registro, el cirujano solicitó a sus padres que le enviaran una fotografía reciente “para compararla con las que tenía en mi archivo y poder así comprobar la diferencia”. Finalmente, los progenitores del joven cumplieron con el pedido, pero no con las *especificidades* del registro solicitado: “Un mes después me llegó una hermosa instantánea en colores. Era de Jorgito, mi pequeño paciente, que estaba subido a una escalera, como a cincuenta metros de distancia, arrancando una naranja de un árbol” (Malbec, 1971: 127-128).

Lo que emerge del relato precedente es que, para producir fotografías en cirugía estética, es necesario conocer las particularidades del género. Como señalé precedentemente, el foco sobre el defecto “antes” y “después” de la intervención es una de dichas particularidades. A ello deberíamos añadir, el conocimiento acerca de las posiciones de examen en cirugía plástica y de la manera de representarlas para hacer ostensible el defecto y el cambio estético. Para profundizar en este punto, me gustaría reflexionar acerca del siguiente pasaje referente a la fotografía en las mastoplastias de reducción: “La fotografía tomada de perfil, con el torso inclinado hacia adelante y los brazos elevados en actitud de saludo de ‘plegaria mahometana’ (Dartigues), o también rechazados a la espalda, demuestra y ‘decide’ a la paciente mejor que cualquier razonamiento” (Lluesma Uranga, 1958: 77). La primera cuestión que surge de este extracto, es que el autor identifica dos posiciones de examen que requieren ser captadas por la fotografía para hacer visible la caída de los senos. La segunda, es que da preferencia a este tipo de tomas, porque considera que son las más adecuadas para que la paciente visualice el defecto y se persuada de la necesidad de corregirlo.

Requerimientos y usos análogos pueden identificarse para las fotografías en los casos de rinoplastias. En este sentido, es habitual que aparezca representada la totalidad del rostro del paciente en diferentes posiciones de examen, siendo las más habituales las tomas de frente y de perfil. De esta manera, es posible apreciar forma y volumen de los componentes del apéndice nasal, y su relación con el resto de los rasgos faciales. Por otra parte, caben destacar una serie de

requisitos que deben repetirse rigurosamente, tales como “las condiciones de luz, foco, distancia, fondo, tamaño, de plano y orientación de las imágenes” (Lluema Uranga, 1958: 76). Disponer de un registro que cumpla con estas características asegura la comparabilidad intra e inter casos, permitiendo su circulación en ámbitos expertos. Asimismo, habilita su instrumentación para co-producir el diagnóstico y la proyección del resultado de la intervención.

En lo referente al diagnóstico, el otorrinolaringólogo Cora Eliseth sugiere la utilización de fotografías tomadas del perfil de los pacientes para realizar un estudio angular de la nariz y, de esta manera, efectuar una corrección que involucre todos los componentes del apéndice nasal (Cora Eliseth, 1938: 28) (Figura 32). En una tónica más relacional, Forero señala que hay pacientes que solicitan una rectificación que no es precisamente la que mejor se ajusta a su rostro. Por este motivo, el cirujano considera necesario persuadirlos acerca “de cuál es el defecto real de su nariz”, para lo cual recurre a la fotografía de los propios pacientes.

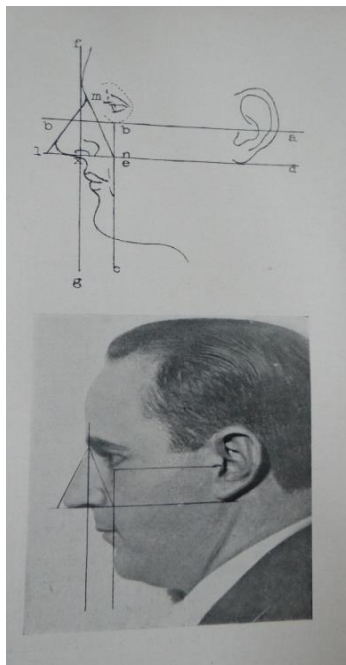


Figura 32. Uso de la fotografía para el estudio de los ángulos nasales del paciente en Cora Eliseth (1938), pág. 25.

En lo que a la proyección de resultados se refiere, los cirujanos coinciden en señalar que la determinación conjunta del resultado estético es esencial para el éxito operatorio. Para llenar este cometido, además de la fotografía, sugieren utilizar mascarillas de yeso. A pesar de tratarse de dispositivos diferentes, el modo de utilización propuesto es similar. En lo que concierne a las

mascarillas, las publicaciones proponen que el cirujano confeccione un modelo tomado del rostro del propio paciente, para luego ir realizando modificaciones sobre el yeso que permitan anticipar y consensuar el resultado de la rinoplastia. Por su parte, el uso del dispositivo fotográfico en el consultorio es descrito de la siguiente manera:

La determinación de la forma futura de la nariz es... de fundamental importancia y condiciona en gran parte el éxito de la operación... Para esto sacamos una fotografía de perfil de la que obtenemos dos copias y sobre una de ellas ‘corregimos’ con lápiz los defectos en presencia y de acuerdo con el paciente (Castellano y Giganti, 1945: 7).

Sin embargo, no es solo sobre la base de las fotografías del propio paciente que se planifica el resultado, sino también mediante los registros de casos precedentes. Dichos casos no son escogidos al azar, sino mediante un criterio de afinidad con el defecto que presenta el paciente. En este marco, el fichero constituye un dispositivo útil que organiza el historial de intervenciones según región del cuerpo y tipo de defecto, permitiendo un acceso rápido al registro de casos que mejor se adecúe al trabajo de coordinación y educación estética que desee realizar el cirujano (Kirschstein, 1956: 55-57). Coordinación porque la fotografía permite anticipar el resultado de la intervención, ajustando las expectativas del paciente a aquello que puede alcanzarse. Educación estética porque la selección y exhibición de ese registro, opera como soporte visual que ilustra el tipo de defecto que porta el paciente y la clase de modificación estética que mejor se adecúa a su caso particular.

4. El resultado estético como construcción intersubjetiva

“En la medicina, como en todas las demás profesiones, siempre hay cierto recelo recíproco [...] sobre todo cuando se convive en grupo en sanatorios u hospitales”. Dicha constatación, con la que Malbec inicia otra de sus narraciones de “Anecdótico de un cirujano plástico” (1971), se hizo patente en ocasión de un simposio de cirujanos plásticos que tuvo lugar en un servicio de cirugía de una importante ciudad del interior del país. El evento tuvo una duración de varios días, en los que se alternaban cirugías y controles post-operatorios. Normalmente, señala el autor, los controles eran efectuados por el mismo cirujano a cargo de la intervención. Sin embargo, hubo una ocasión en que, por encontrarse ausente el responsable de una de las rinoplastias, fueron otros médicos los que procedieron a sacarle “al enfermo el aparato remodelador de yeso que le fuera

colocado oportunamente en la nariz”. Fue entonces que pudo apreciarse el resultado: “Más malo, imposible”. Con el fin de “afrentar al culpable de la obra”, a quien no se le tenía “la menor simpatía”, se le solicitó al paciente que retornara dos días después para tener una entrevista personal con su médico tratante.

Cuarenta y ocho horas después, el paciente se presentó lanzando “sapos y culebras por la boca”, mientras un improvisado auditorio de médicos aguardaba en el hall de recepción la consumación del castigo. Sin embargo, aunque los reclamos a viva voz se hicieron oír puertas afuera del consultorio, “el diálogo fue decayendo, se apagaron las voces y sobrevino el más absoluto silencio”. Tiempo después, el paciente salió del consultorio, pero en lugar de ira dejaba trasuntar en su semblante “tranquilidad y optimismo”. Desconcertado ante tan inesperado desenlace, uno de los médicos se aproximó al paciente para inquirirlo acerca de qué es lo que había ocurrido en la consulta. La respuesta que obtuvo fue breve, pero significativa: “Nada –replicó él. El doctor dice que está bien. Que es una nariz adaptada al rostro” (Malbec, 1971: 55-57).

La lectura de este relato, permite introducir una primera reflexión acerca de la evaluación de resultados en cirugía estética, y es que más allá de la díada médico-paciente, hay otras miradas involucradas en dicha evaluación. Entre ellas, la mirada de los pares, que evalúan según criterio experto el resultado obtenido a partir de la ejecución de una técnica particular en manos de un operador en particular. Tal como sugiere Malbec, esta mirada asume mayor relieve en el marco de organizaciones que involucran el ejercicio simultáneo de varios profesionales, contribuyendo a la acumulación de reconocimiento o al descrédito entre los pares. Particular importancia asume esta dinámica en la etapa formativa del cirujano, momento clave de la trayectoria donde se define el reconocimiento como miembro de la profesión.

Más allá de la evaluación de los pares, interviene la evaluación profana de los resultados en cirugía estética. Para profundizar en este punto, retomemos la narración que con la que inicié este apartado. Allí vimos a un paciente furioso por el mal resultado de la rinoplastia y, momentos después, vemos a este mismo paciente sereno y expresando conformidad con el resultado. La bisagra entre estos dos momentos fue la consulta médica, en la que el cirujano logró calmar los ánimos del atribulado paciente haciéndole ver que su nariz se adaptaba a la conformación de su rostro. De aquí podemos derivar, que la evaluación del resultado estético no es algo que el paciente realice en soledad, sino que está abierta a la construcción intersubjetiva a partir de la interacción con el cirujano plástico. Pero no es sólo a través de la palabra que el cirujano puede reencauzar la

mirada insatisfecha del paciente, sino también a partir del arbitraje proporcionado por el registro fotográfico del propio operado.

En el apartado anterior, vimos que las fotografías de casos permiten certificar ante auditorios expertos el resultado de una intervención a través de la comparación entre el “pre” y el “pos” operatorio. Una utilidad semejante tiene la fotografía durante la etapa del examen post-operatorio, en la medida en que permite que el cirujano recuerde al paciente el aspecto que presentaba “antes” de la operación y que demuestre comparativamente el cambio experimentado en su fisonomía “después” de la intervención. En línea con ello, Ernesto Malbec afirma que es frecuente que las personas operadas no recuerden cómo eran antes y que discutan las correcciones más notables, destacando los buenos oficios que la fotografía presta para traer al presente la fisonomía olvidada (Malbec, 1938: 38-39). Estanislao Lluesma Uranga, por su parte, señala que hay pacientes que con el tiempo empiezan a creer “no ya que antes estaban mejor, sino que aún no han quedado suficientemente bien” (Lluesma Uranga, 1958: 67). En este marco, la fotografía del post-operatorio permite no sólo un estudio detallado del resultado alcanzado, sino también la puesta en relación de este último con el defecto de partida.

Ramón Palacio Posse, en su libro “Cirugía Estética” (1946), complejiza un poco más el escenario al introducir nuevas miradas en la construcción inter-subjetiva de los resultados en cirugía estética. En este sentido, además de sugerir un estudio previo del medio familiar y el ambiente donde actúa el paciente, aconseja que durante la primera semana de post-operatorio el intervenido no reciba visitas “con cuya prudencia y discreción no siempre se puede contar”. Estas últimas palabras, que parecen remitir a la necesidad de gestionar un ambiente tranquilo para el convaleciente, adquieren otro sentido al leer la siguiente reflexión acerca de la documentación fotográfica en las rinoplastias: “A la mayor parte de mis pacientes les tomo una fotografía de frente y otra de perfil, de gran utilidad para el archivo del médico y para ellos mismos. Con el ‘antes’ y ‘después’ podrán defenderse de amistades egoístas que les aseguren que no han cambiado casi nada” (Palacio Posse, 1946: 32-34).

Para finalizar, cabe destacar que hay ocasiones en las que, más allá de las múltiples miradas y de dispositivos que anclan el presente en el pasado, sólo basta un dispositivo ordinario y la contemplación en la inmediatez del reflejo para desatar emociones intensas. Así surge de una narración de Malbec (1977), acerca de una joven que intervino para corregirle un defecto nasal producto de un traumatismo. Según relata, la paciente arribó a su consultorio por intermedio de un

colega amigo, que le informó acerca de la preocupación de la muchacha y que carecía de los recursos necesarios para solventar la operación. Esta última se llevó a cabo en el mes de diciembre, aprovechando el período de vacaciones para que la joven no tuviera que interrumpir sus estudios. El resultado, a criterio de Malbec, “fue tan bueno que nos llenó de alegría. Más por ella que por nosotros. Corregir un defecto es como curar una enfermedad. Equivale siempre a sacarle un abrumador peso de encima a una persona”. Algunos de los aspectos señalados, permiten recuperar algunos de los argumentos desarrollados en capítulos anteriores. Entre ellos, la atención gratuita a pacientes insolventes, el valor atribuido al mérito y el impacto psicológico de la cirugía estética.

Sin embargo, lo que aquí me interesa remarcar es la percepción del resultado propiamente estético de la intervención, momento culminante de aquello que podríamos denominar “narrativas estético-quirúrgicas”. Al igual que aquellas otras que denominé narrativas “psico-quirúrgicas” y “socio-quirúrgicas”, presentan una estructura tripartita donde la cirugía estética viene a operar como punto de inflexión entre el planteo de una situación problemática y su resolución. Pero a diferencia de ellas, el foco está puesto exclusivamente en la problemática de índole estética y en el juicio emitido por el paciente acerca del resultado de la operación. En cierto modo, podríamos decir que las “narrativas estético-quirúrgicas” constituyen la base sobre la que se cimientan el resto de las narrativas, en tanto lo que siempre está en juego es el cambio estético del paciente. Lo que se modifica, en todo caso, es el escenario en el que este cambio es exhibido y con ello los campos del saber a partir de los cuales se argumenta acerca de los beneficios psicológicos, económicos y sociales de la cirugía estética.

Retomando entonces el hilo de la narración, vimos que Malbec se mostró satisfecho con la corrección efectuada sobre la nariz de la muchacha. Esta última, sin embargo, debería esperar todavía doce días para que le quitaran el apósito modelador de yeso utilizado como medio de contención y, de esta manera, poder contemplar su nueva nariz. A tal efecto, luego de remover el mencionado apósito, el cirujano invitó a la joven a que pasara al vestuario y se mirase al espejo. Como demorara más de lo habitual en regresar al consultorio, Malbec decidió incursionar en el vestuario y allí se encontró con un espectáculo desolador: “La chica, en lugar de festejar el resultado que la favorecía manifiestamente, lloraba con desconsuelo. Hacía una pausa, se volvía a mirar en el espejo y otra vez tornaba a llorar”.

Desconcertado ante la reacción de la paciente, el cirujano intentó revertir su aflicción remarcando la excelencia del resultado: “¿Cómo podés llorar así si has quedado tan hermosa que

hasta podrías trabajar en el cine? [...] Pero, mirá –insistía yo– esta es una de las narices más lindas que conseguí rehacer durante toda mi vida. Fijate lo que te acabo de decir. La más linda de todas”. Como la paciente continuaba sollozando y sin articular respuesta, Malbec la inquirió enfáticamente: “Tu nariz es perfecta. ¿Por qué llorás entonces? ¡Contestame!”. La respuesta de la paciente no se hizo esperar, y sus palabras tuvieron el conciliador efecto de resignificar las lágrimas de tristeza en lágrimas de intensa alegría: “¿Sabe doctor, por qué lloro? –me dijo ella, por fin, ahogándose en lágrimas– porque yo no la quería así... ¡No la quería tan linda!” (Malbec, 1977: 85-87).

Conclusiones

En este capítulo, exploramos la indicación estética en cirugías que tienen por finalidad rectificar el apéndice nasal de los pacientes, planteando como punto de llegada el análisis de las narrativas estético-quirúrgicas. En los primeros apartados, planteé que la visibilidad de los resultados y la posibilidad de los pacientes de evaluarlos, constituye uno de los principales y particulares desafíos de este tipo de prácticas. Uno de los aspectos a partir de los cuales se pone de manifiesto este desafío son las cicatrices, preocupación cardinal que está presente en la literatura médica examinada. Tal como vimos, la creación y difusión de la cirugía endonasal, contribuyó a ampliar la indicación de las rinoplastias al permitir efectuar rectificaciones que ocultaran las cicatrices al interior del vestíbulo nasal.

En los apartados siguientes exploré los criterios expertos movilizados para construir la indicación estética y las prácticas puestas en juego para incorporar al paciente en las distintas instancias del proceso quirúrgico. En primera instancia mostré las prácticas de examen diagnóstico cristalizadas en el corpus y la indicación estético-quirúrgica surgidas a partir de ellas. Según pude constatar, lejos de aspirar a imponer una norma homogénea tendente a realizar modificaciones estéticas estandarizadas, lo que surge de las publicaciones es la recomendación de un examen caso por caso tendente a efectuar correcciones que armonicen con las características globales del paciente.

Imponer este criterio experto no va de suyo, en tanto los pacientes disponen de su propia visión acerca del problema estético que los aqueja y del tipo de modificación estética que aspiran conseguir a través de la cirugía. En este marco, expuse una serie de prácticas y dispositivos

desplegados en las consultas pre-quirúrgicas, tendentes a modular las expectativas de los pacientes. Por un lado, mostré la importancia establecer un horizonte de expectativas realistas en los candidatos, pintando un pronóstico razonablemente abierto a la emergencia de eventos adversos que empañen el resultado de la cirugía. Por el otro, describí el papel de la fotografía en la consulta médica, exhibiendo su relevancia en la educación estética del candidato y en la proyección del resultado pasible de alcanzarse.

Al cierre, me ocupé de la etapa pos-operatoria, mostrando que los resultados en cirugía estética están abiertos a una lectura inter-subjetiva en el que las imágenes del paciente pueden contribuir a certificar el resultado de la operación mediante la comparación entre el “antes” y el “después”. Como culminación del capítulo, desarrollé una pequeña escena que muestra el desenlace de una narrativa estético-quirúrgica, que exhibe el momento de la revelación y la satisfacción con el resultado obtenido.

En los últimos tres capítulos exploré la construcción de la indicación económica, psicológica y estética en cirugía plástica durante la primera mitad del siglo XX en Argentina. Las abordé a partir del análisis de distintos tipos de narrativas: narrativas fisio-quirúrgicas, narrativas socio-quirúrgicas, narrativas psico-quirúrgicas y narrativas estético quirúrgicas. Cada una de ellas, permitió constatar que, más allá de escenificar el carácter terapéutico de la cirugía estética, constituyen un acervo de experiencias orientadas a brindar principios técnicos, morales y cognoscitivos para la construcción de la indicación médica en cirugía estética. En otras palabras, las narrativas analizadas procuran dar respuesta a una serie de desafíos que atraviesan el ejercicio de la especialidad. Entre ellos, cómo diagnosticar un defecto estético; qué procedimiento quirúrgico es adecuado según el perfil socio-demográfico, ocupacional y físico de cada paciente; cómo distinguir a los “buenos” de los “malos” candidatos a una cirugía estético; cómo modular las expectativas de los pacientes y lograr conformidad con el resultado en el post operatorio.

En el próximo capítulo, me propongo indagar en torno a las narrativas y la construcción de la indicación médica en la cirugía del busto femenino. El grueso de este capítulo, se enfoca en la cirugía de aumento de busto, práctica médica que comenzó a desarrollarse a principios de los 60’ con la introducción de las prótesis de silicona y que se expandió durante el último tercio del siglo XX al punto de constituirse en la cirugía más realizada contemporáneamente en Argentina. En este marco, las mastoplastias de aumento brindan la oportunidad de poner a prueba el articulado teórico-metodológico surgido a la luz del análisis de la literatura médica de la primera mitad del

siglo XX. En pocas palabras, en el siguiente capítulo me propongo explorar cómo se construye la indicación psicológica, económica y estética en la cirugía del busto femenino, con la pretensión de identificar cambios y continuidades en los modos y las razones para hacer en cirugía plástica.

Capítulo 5. La construcción de la indicación médica en la cirugía del busto femenino



Históricamente, los pechos de las mujeres constituyeron un símbolo de fecundidad y del erotismo que se imprime sobre la figura femenina. Así, al menos, lo afirman tanto las producciones provenientes del campo de las ciencias sociales (Yalom, 1997) como las breves reseñas históricas elaboradas por los propios cirujanos plásticos (Uriburu, 1977). Pero lejos de estos grandes relatos, la vida pública y cotidiana de este sector íntimo requiere de una gestión de la visibilidad para evitar que la sugestión se transforme en una mirada de asedio. En este marco, el excesivo desarrollo del busto femenino puede constituir una pesada carga física, social y emocional para algunas mujeres. Así, según emerge de la fotografía insertada al inicio de este capítulo (Marino, 1978), estos gramos sexualmente ostensibles adquieren expresión en una postura corporal indisociablemente ligada a la gravedad y al repliegue propio de la vergüenza.

Este capítulo se aboca a analizar la historia de la indicación médica en la cirugía plástica del busto femenino. Aunque veremos que las mastoplastias tienen una larga historia, las sitúo en este capítulo para dar cuenta de los cambios técnicos y argumentales que ampliaron el campo de las indicaciones sobre este sector anatómico y permitieron que se consolidara como la cirugía más realizada durante el último tercio del siglo XX en Argentina. Por su precedencia temporal, el primer apartado toma por objeto la cirugía de reducción de las mamas. Allí veremos la centralidad

que asume el dominio técnico sobre las cicatrices y sobre la forma, en la expansión de una práctica en principio destinada a los casos de hipertrofia grave. Asimismo, veremos que las narrativas fisio-quirúrgicas y socio-quirúrgicas aparecen indisolublemente ligadas en la construcción de la indicación médica de este tipo de procedimientos.

Los apartados posteriores, toman por objeto la cirugía de aumento de busto. En primer lugar, hago un repaso de los intentos fallidos por encontrar materiales de inclusión que sean inertes y que al mismo tiempo brinden resultados estéticos satisfactorios a largo plazo. Dicha búsqueda, daría sus frutos a inicios de la década del 60', momento en el que se introducen los primeros modelos de prótesis mamarias rellenas de gel de silicona y permiten la paulatina consolidación de las cirugías de aumento en Argentina. Acto seguido, hago un repaso de las narrativas construidas en torno a estas cirugías en la construcción de la indicación psicológica, enfatizando el papel que cumple el relato histórico acerca de la creciente visibilidad del cuerpo femenino en espacios públicos y la centralidad de los senos en la consolidación de vínculos matrimoniales. Asimismo, apelando a publicaciones internacionales sobre la materia, destaco el peso creciente que asume la estadística de casos como evidencia acerca del carácter curativo de estas prácticas.

Al cierre del capítulo, me aboco a estudiar la indicación estética en las mastoplastias de aumento. Dada la escasez de fuentes argentinas sobre la materia, comienzo por explorar las técnicas quirúrgicas, prácticas de examen diagnóstico y los dispositivos de coordinación desarrollados en la literatura internacional durante el último tercio del siglo XX. Una vez trazado este panorama, apelo al valioso material brindado por las entrevistas en profundidad realizadas a cirujanos y a pacientes, cuyo carácter procesual y relacional permiten captar las adaptaciones prácticas que realizan los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos de dichos aportes internacionales. De esta manera, podremos penetrar en la intimidad del vínculo médico-paciente, a los efectos de describir el papel central que asume la participación de las pacientes en el proceso de planificación quirúrgica en la imposición de la indicación estética en la cirugía de aumento de busto.

1. Cirugía de reducción de mamas: entre la ortopedia y la estética

Una enfermera, que conoció a Malbec durante sus años de practicante en el Hospital Fiorito situado en la ciudad de Avellaneda (provincia de Buenos Aires), llevó al consultorio particular de

este especialista a una joven de 20 años. Hija de una amiga de la enfermera, la veinteañera “deseaba ardientemente ser sometida a la operación de reducción de mamas, que en aquella época se comenzaban a practicar”. Al examen físico, el cirujano pudo constatar que las mamas de la muchacha “se habían desarrollado desproporcionadamente” y que su peso excesivo había dejado impresos en sus hombros unas “lamentables” marcas de los breteles. Al examen psicológico, a criterio de Malbec, el peso físico de sus mamas era directamente proporcional al peso de su vergüenza: “Era una muchacha culta, introvertida, obsesionada por la abundancia de sus senos [...] [que] se refugiaba en la buena lectura, huyendo de los deportes por temor a parecer ridícula”.

Aunque el examen médico parecía dar buenas razones para operar, el balbuciente estado de este tipo de cirugías (“era una operación ardua”) y de la anestesia general (“aún teníamos que utilizar el cloroformo”) desalentaban a emprender la arriesgada maniobra quirúrgica. Desplegando un pronóstico sombrío, Malbec intentó disuadir a la joven. Pero la tímida paciente, sacó a relucir una convicción sin arredro, entregándose al dolor con tal de extirpar el doloroso defecto que la mantenía recluida: “No me importa cómo debe operarme, doctor, hasta sin anestesia me dejaría cortar esta joroba que tengo por delante”. Para evitarle la “penosa” exposición de internarse en una institución del ámbito público, el cirujano prometió operarla en un sanatorio particular sin cobrarle honorarios. Ante este ofrecimiento, los ojos de la mujer “se iluminaron emocionados por la alegría y el agradecimiento”. Dicho estado de gracia perduró después de la operación, resultando en un vínculo que no se extinguió a pesar de haber transcurrido más de 30 años. Las visitas permanentes y los intercambios epistolares, permitieron que Malbec atestiguara el resultado a largo plazo de la cirugía de reducción de mamas:

He podido verla ahora sin complejos de ninguna clase [...] como lo atestigua una carta que me envió hace cierto tiempo, donde entre otras cosas me decía:

‘La gente se ríe cuando les digo que alguna vez fui tímida, me resulta difícil convencerlos porque no siempre es oportuno explicar que la metamorfosis se debió a aquella bendita operación estética que Ud. me hizo cuando las tablas estaban de moda. No sólo se transforma una vida cuando se le quita a un paciente alguna malformación monstruosa, a veces un simple defecto puede llegar a adquirir proporciones insospechadas en la mente. Usted, doctor, más que operarme el pecho me operó el carácter, y no pasa un día sin que lo recuerde agradecida’. (Malbec, 1977: 105-107)

Esta narrativa, pone de relieve varios aspectos centrales de la historia de la indicación médica de la cirugía de reducción del busto femenino. En primer lugar, que las cirugías orientadas a la reducción de busto femenino tienen larga data. La literatura médica coincide en señalar que, más allá de algunas publicaciones aisladas correspondientes a los años 1699 y 1857, este tipo de

cirugías comienzan a tener una aparición más sistemática en la prensa especializada entre fines del siglo XIX y principios del XX. Según el cirujano plástico argentino Héctor Marino (1978), estas cirugías adquirirían impulso entre 1930 y 1935 al “publicarse todas las maniobras técnicas fundamentales en plástica mamaria” (Marino, 1978: 52). Como veremos más adelante, esto no significa que la cirugía de reducción de mamas adquiriera una consolidación temprana, sino más bien que ya en la primera mitad del siglo XX hay publicaciones que dan cuenta de una inquietud por resolver este problema estético femenino.

Ahora bien, si las intervenciones sobre este sector anatómico constituían un aspecto relativamente novedoso en el campo de las cirugías plásticas argentinas, las razones esgrimidas para indicar este tipo de intervenciones muestran una continuidad con aquellas que vimos desplegarse en los capítulos precedentes. De esta manera, como emerge de la narrativa insertada al inicio de este apartado, esta cirugía se fundamenta en razones funcionales, económicas y psicológicas. Funcionalmente, los senos femeninos hipertrofiados conllevan una serie de molestias físicas, entre las que podemos destacar: reacciones inflamatorias de la piel provocados por la sudoración en los pliegues mamarios; problemas posturales generados por el peso de los senos (lordosis y cifosis); y dolor de hombros surgidos a raíz de la presión ejercida por los brazaletes de los corpiños (Figura 33).



Figura 33. Problemas funcionales asociados al excesivo desarrollo de las mamas femeninas, en Marino (1978), pág. 30.

En el plano económico, aparecen replicados los argumentos vinculados a la creciente incorporación de la “mujer moderna” al mercado de trabajo y las consiguientes exigencias de

corrección estética que ello acarrea. Sobre este punto, el cirujano plástico argentino Julián Fernández señala lo siguiente:

Los *motivos de orden profesional* justifican también la mastoplastía. En el mundo moderno la mujer desempeña un papel activo [...] El éxito de sus esfuerzos no depende siempre exclusivamente de su capacidad intelectual o técnica, sino que muy a menudo depende también de su capacidad de simpatía, la que a su vez está condicionada primordialmente por la armonía de sus formas. Esto es particularmente cierto en algunas profesiones: bailarinas, actrices, modelos, maniqués, etc. (Fernández, 1951: 26)

En conjunción a esta apertura económica, la literatura médica despliega un relato histórico de corte socio-cultural en el que la creciente erotización y visibilidad pública de los pechos femeninos redundan en una mayor percepción y autopercepción de los defectos situados en este sector anatómico. Para abordar el primer punto, analicemos los argumentos desplegados en el libro “La mama. Estructura, patología, diagnóstico y tratamiento” publicado en 1957 y reeditado en 1977. Escrito por Julio V. Uriburu, cirujano y fundador de la Sociedad Argentina de Mastología, esta publicación contó con la colaboración de Florencio A. Sanguinetti (mastólogo y pintor) y de Héctor Marino (fundador y segundo presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica). El primero, utiliza sus conocimientos sobre historia del arte, para analizar las variaciones en “El sentido antropológico y cultural de la mama a través de las civilizaciones”. Apoyado en un análisis de las representaciones artísticas sobre los senos femeninos que va desde las “estatuillas paleolíticas” al “mundo contemporáneo”, Sanguinetti afirma que a través de la historia este sector anatómico representó “las dos funciones de la feminidad: 1) como medio de seducción amorosa, 2) como elemento de creación maternal, y mantenimiento de la creación a través de la lactancia”. Desde su perspectiva, la “emancipación social de nuestro tiempo” (caracterizada por la “gran libertad sexual”, la exhibición del torso desnudo en “todas las formas de comunicación” y prácticas como “la *topless*”) ha terminado por desplazar el sentido maternal de los pechos femeninos, para focalizarse exclusivamente en su “connotación erótica” (Sanguinetti en Uriburu, 1977: 52).

Marino, por su parte, amplía el análisis de la creciente erotización de los pechos femeninos colocando el foco en la “evocación” de la forma femenina que permea la vida pública del “hombre moderno”. Ello tiene lugar en medios de comunicación y en diferentes expresiones artísticas: “en la prensa diaria, en el teatro, en la televisión, en las exposiciones de artes plásticas, aparece constantemente la mujer desnuda, con el despliegue más incisivo de sus formas clásicas”. Asimismo, el comercio apuntala sus ventas haciendo deseables las mercancías a través de la

atracción que genera el cuerpo femenino: “no se anuncia una heladera, un automóvil, un viaje, sin el consiguiente aditamento de la modelo menos o más vestida, pero siempre generosamente formada. Y diríamos, incluso, que se ha llegado a un verdadero fetichismo en lo que a la región mamaria respecta” (Marino en Uriburu, 1977: 84).

En paralelo a la creciente carga erótica, la literatura médica identifica una serie de transformaciones que dan lugar a una mayor exhibición del cuerpo de las mujeres. En este punto, se conjugan una moda que impone vestimentas cada vez más reveladoras y la apertura de espacios públicos en los que el placer y el movimiento despojan a los cuerpos de sus ropajes civiles ordinarios. De esta manera, mientras que en los capítulos precedentes vimos que el rostro se situaba preferentemente en la esfera pública de las obligaciones, en el relato histórico acerca de los pechos femeninos cobran mayor relieve esferas vinculadas a la recreación:

La evolución de las costumbres ha conducido a tal exteriorización de las formas anatómicas, que ellas han quedado prácticamente bajo el control de todas las miradas. Una simple incursión por playas, campos de deportes, natatorios e incluso ambientes mundanos, no haría sino confirmar este aserto. Como consecuencia se ha desarrollado en el espíritu femenino un ansia, muy comprensible, de perfección de formas (Fernández, 1951: 28).

De allí podemos derivar que, en el discurso médico, la “emancipación del cuerpo femenino” tiene efectos paradójicos: la creciente visibilidad de sectores anatómicos antes ocultos a la vista, abre el cuerpo al escrutinio crítico de terceros e impone a la conciencia de las mujeres un registro de sus deficiencias. Siguiendo la misma tónica de los capítulos precedentes, ello se traduce en la retracción y el padecimiento psíquico de las portadoras de estos defectos. Así, en fecha temprana como 1943, el cirujano plástico uruguayo Fernando Schreiber, afirma que estas mujeres buscan ocultar el “seno deforme” evitando los ejercicios físicos y las playas. Asimismo, señala que estas “enfermas” muestran “graves estados de melancolía”, “desarrollan complejos de inferioridad” y algunas están “obsesionadas por pensamientos de suicidio” (Schreiber, 1943: 293).

Ahora bien, aunque los problemas estéticos del busto femenino se exageran en escenarios de recreación donde aparecen más al descubierto, la particularidad de los pechos excesivamente desarrollados es que pueden hacerse ostensibles en cualquier situación de la vida cotidiana. De hecho, al examinar las escasas narrativas abocadas a las portadoras de este defecto específico, emergen algunos de los espacios sociales ya mencionados en los capítulos precedentes. De esta manera, las burlas en el colegio padecidas por los niños con “orejas en pantalla”, aparecen replicadas con

dramatismo en el caso de una maestra que envió al cirujano plástico argentino Julián Fernández la siguiente carta:

Dice así: ‘todo, absolutamente todo, se lo debo a mi busto grande y caído, lo que me hace sufrir enormemente [...] Yo me veo observada año tras año por el grupo de mis alumnos, a veces despiadados en sus burlas. Al finalizar los cursos escolares yo me operaría, aun cuando me dijeran que tengo un noventa por ciento de probabilidades en contra, aun cuando fuera una cuestión de vida o muerte’. (Fernández, 1951: 30)

En otra de las narrativas, es el transporte público el sitio donde hace su irrupción la mirada sancionadora y la conciencia del defecto. Como es habitual, este relato tiene su punto de inicio *in media res*: una mujer de 40 años irrumpe desesperada en el consultorio de Malbec, implorando que le realizara una cirugía de reducción de las glándulas mamarias. Al examen físico, el pedido estaba justificado. Pero lo que desconcertaba profundamente al cirujano, era la premura y la irritación con que la paciente realizaba el pedido, “pues las mamas [...] no le habían crecido de la noche a la mañana”. Inquirida, la mujer relató que el día precedente viajaba en un colectivo repleto, cuando su hija de tres meses comenzó a llorar. Para calmarla, decidió darle de amamantar. Fue entonces que un hombre, que viajaba de pie junto a ella, preguntó a viva voz: “Señora, discúlpeme. Pero, ¿me quiere decir si su nena chupa o sopla?”. La “grosería” desató una “carcajada general... que ella recibió con la cara ardiendo como si hubiese sido una bofetada” (Malbec, 1977: 24-27) (Figura 34).

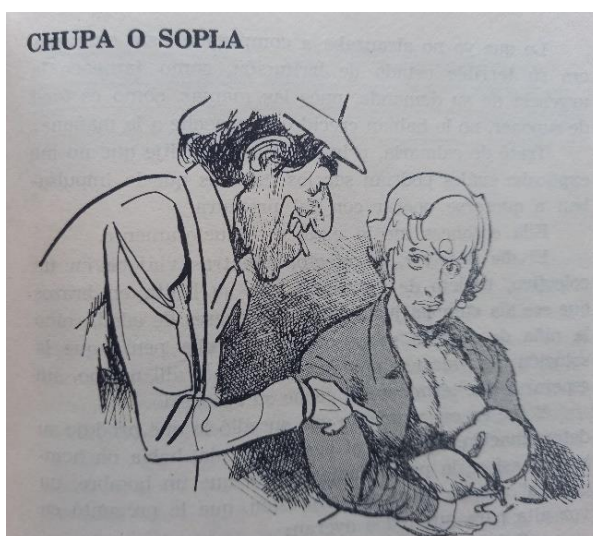


Figura 34. Ilustración de narrativa “Chupa o sopla”, en Malbec (1977), pág. 24.

Según hemos visto hasta aquí, ya en la primera mitad del siglo XX aparece la inquietud en la literatura médica argentina por el tema de las mamas femeninas hipertrofiadas. Según argumentan los especialistas de este período, la cirugía plástica orientada a su reducción tendría como base de la indicación motivos funcionales, económicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, tal como vimos en la narrativa al inicio de este apartado, ciertas limitaciones técnicas imponían reparos a la indicación de este tipo de intervenciones. Este estado de cosas es descripto con lujo de detalles en las actas del Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1949). La particularidad de este congreso es que, además de haber tenido a las plásticas mamarias como tema oficial, contó con varias presentaciones sobre la materia en la parte del organigrama destinada a los “Temas Libres”. La tónica general de todas estas exposiciones es el énfasis en el riesgo de estas cirugías, en la precariedad de los resultados estéticos y en la máxima prudencia con que debían ser indicadas estas correcciones.

Quien mejor grafica dicha situación, es el cirujano peruano José Vélez Diez Canceco. En su presentación afirma que, junto al riesgo suscitado por lo prolongado de la anestesia general y al sangrado excesivo, las mastoplastias de reducción muestran pobre resultados estéticos. Introduce este punto, a través de dos preguntas retóricas: “1° Desde nuestra situación de cirujanos, ¿estamos satisfechos con los resultados obtenidos? 2° En lo que a las pacientes se refiere: ¿quedan ellas satisfechas con los resultados de esa cirugía?”. La respuesta conferida a estas preguntas transmite un juicio negativo contundente: “Jamás he quedado satisfecho con los resultados de las plásticas mamarias, y lo que quizás pueda ser peor, nunca una operada fue satisfecha en sus deseos o en su ideal”.

Más adelante, precisa los motivos de esta insatisfacción con los resultados. Afirma que la pérdida de mama o de pezón han pasado a ser hechos excepcionales, y que inconvenientes frecuentes como la posición de los pezones o la proyección del seno “son prácticamente problemas hoy día resueltos”. Sin embargo, continúa argumentando, “el más grave problema, estriba para nosotros, ya que nadie ha podido darle solución, en las defectuosas cicatrizaciones”. Como corolario de esta insatisfacción, formula la siguiente sentencia: “Alguna vez dijo alguien que muchas veces la cirugía plástica cambia una forma defectuosa por una ridícula, este es el caso, se suprime una mama gigante, pero a cambio de una mama ridícula” (Vélez Diez Canceco, 1947: 269-273).

Para fines de la década del 70', este panorama plagado de riesgos y precariedad en los resultados parece haber cambiado. Así lo afirma Héctor Marino en la segunda edición del libro "Plásticas mamarias" (1978). Allí expresa que precedentemente las técnicas de reducción eran aplicadas únicamente cuando se constataba una hipertrofia mamaria de carácter exagerado, adquiriendo estas intervenciones una finalidad únicamente ortopédica y funcional. En contraste, para la fecha de publicación del libro, la indicación de estos procedimientos se amplía para incluir "deformidades más reducidas". En ello, a criterio del autor, tuvo que ver "el advenimiento de anestésicos seguros, de antibióticos, de cuidados postoperatorios perfeccionados, y en gran parte también el conocimiento de procedimientos quirúrgicos artísticos" que brindan resultados estéticos satisfactorios (Marino, 1978: 5-6).

En la misma publicación, pero varias páginas más adelante, el autor realiza un nuevo balance positivo en materia de plásticas mamarias. Pero en este pasaje, refiere al problema del escaso desarrollo del busto femenino (hipoplasia) y a las ventajas que las prótesis mamarias rellenas de gel de silicona tienen con respecto a otras técnicas que precedieron a su utilización. En otras palabras, Marino da cuenta de la ampliación de la indicación de las cirugías de aumento mamario a partir de la introducción y la difusión internacional de una innovación tecnológica. A los efectos de aproximarse a esta historia signada de fracasos y de éxitos relativos en la búsqueda de materiales para resolver este íntimo problema femenino, invito al lector a sumergirse en la lectura de los próximos apartados. A partir de ello, veremos que a pesar de que la demanda de aumento de busto parece manifestarse tempranamente, sería recién con la introducción y la difusión de las prótesis de silicona que los cirujanos plásticos encontrarían una solución ante este problema femenino.

2. La cirugía de aumento del busto femenino

Corría la década del 60', cuando una mujer visitó el consultorio de Malbec solicitando el aumento de volumen de "sus glándulas mamarias atrofiadas y caídas". Para aquel entonces, comenta el autor de "Anecdotario de un cirujano plástico" (1971), se empleaban "varias clases de arbitrios" para conferir "a las mamas deficitarias una forma normal y ubicarlas en posición correcta". Entre otros, un tipo de prótesis ideada por el propio Malbec en 1962: una cápsula de polietileno rellena de aire que presentaba las características de ser "elástica, flexible, de poco peso,

perfectamente tolerada por el organismo”. Este fue el material elegido para corregir la atrofia que presentaba “la enferma”. El resultado de la operación fue “magnífico”, a tal punto que la mujer le agradeció con un efusivo abrazo. Pasado el tiempo, y en las sucesivas visitas, la alegría daría paso al descontento de la paciente. Intrigado por este cambio en la percepción, el cirujano procedió al examen físico, encontrando que las mamas de la mujer presentaban un buen aspecto. Fue entonces, que se produjo el siguiente intercambio verbal:

“- Vea, señora, ésta es una de las mejores operaciones que hice durante toda mi vida. No creo que podría haberla hecho mejor.

- Sí –respondió ella–, el resultado estético es muy lindo, pero yo no estoy conforme y tampoco lo está mi esposo.

- ¿Y cuál es el motivo? Dígamelo.

Entonces, ella agachó la cabeza y me confesó:

- ¿Sabe cuál es el motivo? Que cuando se hace presión sobre ellos, producen ruido, mucho ruido: clac, clac, clac.” (Malbec, 1971: 123-125)

Del análisis de esta narrativa, pueden extraerse varias de las ideas central que estructurarán los próximos apartados. En primer lugar, el relato permite constatar que la cápsula de polietileno ideada por Malbec es uno de los tantos intentos que se produjeron a lo largo del siglo XX por encontrar solución a la falta de desarrollo del busto femenino (hipotrofia) a través de materiales que tuvieran la propiedad de ser “tolerados” por el organismo humano y que dieran a las mamas artificialmente modificadas un aspecto estético “natural”. Al mismo tiempo, la narrativa también muestra que estos intentos estuvieron marcados por fracasos, en muchas ocasiones de consecuencias fatales para la salud de las mujeres intervenidas. En el caso particular de las esferas rellenas de aire elaboradas por el argentino, el problema no sólo sería el ruido que delata su artificialidad, sino que a la larga mostrarían una tendencia a desinflarse dando como resultado el aplastamiento de la prótesis. Por último, aunque quizás menos evidente, el relato sitúa a las prótesis en el marco de la intimidad, al dejar entrever que el ruido disruptivo se revela por presión y en el marco de un vínculo de pareja. Dedico los próximos apartados, a explorar las innovaciones tecnológicas que permitieron ampliar la indicación de las mastoplastias de aumento en el último tercio del siglo XX y las narrativas psico-quirúrgicas orientadas a construir la indicación psicológica en las cirugías de aumento mamario.

2.1. Historia internacional de las tecnologías de aumento mamario

La historia de las tecnologías de aumento mamario está jalonada por un ciclo de innovación, modificación y desilusión (Jacobson, 2000). Dicha historia tiene como puntos nodales la adopción de distintos materiales y técnicas de quirúrgicas: los trasplantes de materiales autólogos, las inyecciones de sustancias aloplásticas y los implantes aloplásticos preformados⁷⁴ (Schenone, 2008). Los primeros, remiten al uso de tejidos y grasa extraídos del cuerpo de las propias pacientes y trasplantados con el objeto de incrementar el volumen mamario. El antecedente más lejano de este procedimiento, remite a 1895, año en el que Vicenz Czerny (cirujano nacido en el impero Austro-Húngaro) trasplantó un lipoma de la espalda de una paciente para corregir el defecto surgido de la extracción de un tumor en uno de sus pechos. Posteriormente, entre mediados de la década del 20' y comienzos de la del 30', los cirujanos Lexer y Passot popularizarían el uso de grasa autógena extraídas del abdomen y de los glúteos para aumento de busto. Ya desde sus inicios, el material y la técnica mostraba sus ineficiencias: la grasa tendía a absorberse (perdiendo peso y volumen) y dejaba cicatrices considerables en las zonas de toma del injerto (Figura 35). Entre mediados de la década del 40' y principios del 50', distintos cirujanos preconizarían la utilización de implantes fascio-dermo-grasos, bajo el supuesto de que la presencia de la dermis permitiría la irrigación del injerto e impediría su absorción (Bames, 1953; Watson, 1959).

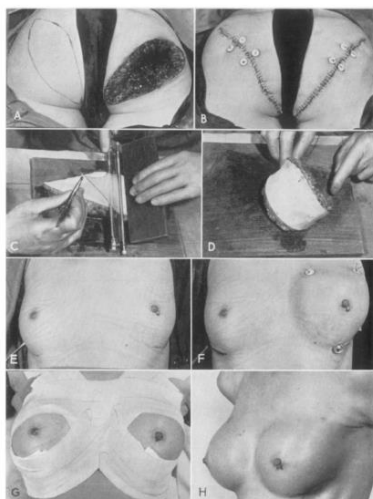


Figura 35. Aumento de busto mediante implantes dermograsos tomados de los glúteos, en Watson (1959), pág. 257.

⁷⁴ Los injertos aloplásticos o sintéticos, son injertos fabricados a partir de un material artificial, es decir de naturaleza sintética.

Entre 1950 y 1960, los fracasos e insuficiencias de los implantes dermograsos, incitan a numerosos cirujanos a experimentar distintas prótesis fabricadas a partir de materiales sintéticos. Cabe destacar que ya en 1930, Schwarzmán abogó por el uso de bolas de vidrio para el aumento mamario, obteniendo malos resultados. Pero fueron los avances de la química durante la Segunda Guerra Mundial, los que dieron un verdadero impulso al diseño de prótesis confeccionadas de materiales sintéticos. Pionero en este sentido, fue el cirujano norteamericano W. J. Pangman, que en 1951 comenzó a utilizar esponjas de Ivalon® como materiales de relleno. Este derivado del alcohol polivinílico, asumiría un uso bastante extendido en la comunidad médica. Sin embargo, la evolución de las pacientes a mediano plazo vendría a oscurecer el optimismo con que esta innovación fue acogida en un principio: transcurridos entre 6 y 12 meses de su implantación los pechos tendían a comprimirse, endurecerse y perder volumen como consecuencia de la invasión de tejido fibroso en la esponja.

Durante dicho decenio, se experimentaría con otros materiales sintéticos, tales como la Dictora®, el Polystan®, el Etheron®, el Poliuretano®, el Teflón®, el Polietileno® y el Hydron®. Todos estos mostraban un desarrollo similar, con buenos resultados inmediatos, pero con una evolución desfavorable a mediano plazo. Quienes mejor sintetizan este estado de cosas son los cirujanos plásticos Broadbent, T. R. y Woolf, R. M., que en 1967 hacen un repaso de los materiales utilizados en 74 pacientes entre fines de la década del 50' y principios de los 60'. Entre otros, señalan haber insertado prótesis de Ivalón® a 14 pacientes, de Poliuretano® en una misma cantidad de casos y de Teflón® a 4 mujeres. Según los autores de este artículo, la única diferencia significativa entre estos implantes fue el tiempo que tomó la manifestación de los resultados negativos (Figura 36). En contraste, las prótesis rellenas de gel de silicona que desde 1962 insertaron en los pechos de 29 pacientes, mostraron los siguientes resultados:

Silicone has proven to be the best implant material to date for augmentation mammoplasty. It is not totally trouble free, however, and long term follow-up on these cases will be interesting. At the moment, the use of the implant (Cronin type) can offer the female: the volume and form which is acceptable both palpably and visually. There is minimal tissue reaction, normal motion of the breast, minimal scar and a high degree of patient satisfaction (Broadbent y Woolf, 1967: 520).

Según puede inferirse del párrafo precedente, las prótesis de silicona marcan un punto de inflexión en las tecnologías de aumento mamario y en la indicación de este tipo de procedimientos al proveer un material que presenta pocas reacciones adversas y brinda resultados “naturales”. Aunque su introducción se produce a inicios de los 60', resulta pertinente exponer sucintamente

los desarrollos previos a su utilización bajo la forma de una bolsa de silicona (elastómetro) rellena de un gel confeccionado con la misma materia. La historia de las siliconas tiene su punto de partida a fines del siglo XIX, momento en el cual el químico británico Frederick S. Kipping acuña el término y estudia las diferentes posibilidades de los productos derivados del silicio. A mediados de la década del 1930, la Corning Glass Company (empresa norteamericana especializada en vidrio) contrata a un químico para retomar las investigaciones de Kipping y desarrollar productos que utilizaran la química de la silicona. En 1943, esta empresa se asocia con la Dow Chemical Trust de la industria química, para formar la Dow Corning.

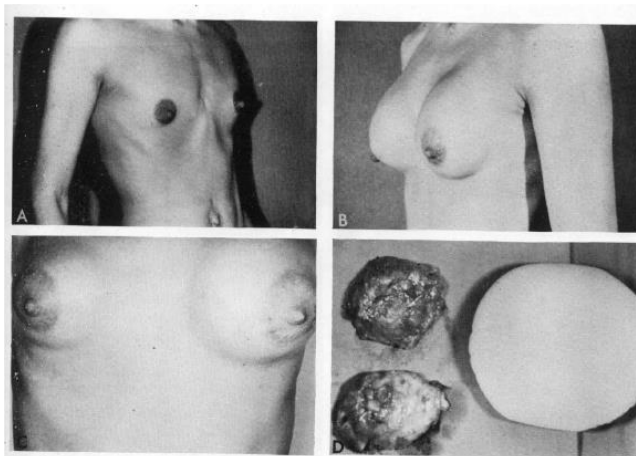


FIG. 2. *A*, preoperative micromastia. *B*, 4 months postoperative, polyurethane implant. *C*, 1 year postoperative. Note asymmetry with shrinkage on the right and enlargement from fluid accumulation on the left. Breasts are firm. *D*, open-pore sponge implant (polyurethane) before implanting (right) and after removal 1 year postoperative (left). Note shrinkage, which parallels increasing induration.

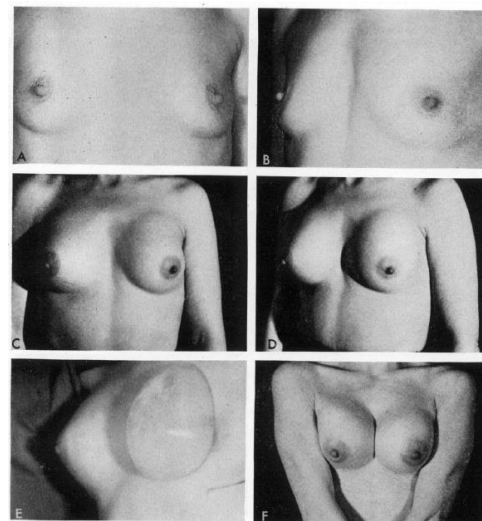


FIG. 3. *A* and *B*, progressive atrophy of breasts following pregnancies, preoperative. *C* and *D*, 18 months postoperative, following augmentation with silicone gel implants. *E*, at operation; one implant in place, the other yet to be inserted. Note incision. *F*, 18 months postoperative. Note pliability.

Figura 36. A la izquierda resultado de cirugía de aumento mamario mediante prótesis de poliuretano, donde se destaca el endurecimiento y la tendencia a encogerse de este tipo de implantes. A la derecha, resultado del mismo procedimiento con prótesis de silicona, exhibiendo elasticidad de los pechos 18 meses después de la operación. En Broadbent y Woolf (1967), págs. 520-521

Los primeros productos de silicona desarrollados por esta asociación fueron resinas utilizadas para fabricar aislantes eléctricos, lubricante de maquinarias, gomas texturizadas para la fabricación de juguetes y pinturas resistentes a altas temperaturas. Durante la Segunda Guerra Mundial, la demanda de esta sustancia fue elevada, sobre todo debido a los requerimientos de silicona líquida utilizada como lubricante para la maquinaria de aviones. La finalización de la contienda bélica significó una declinación de la demanda, lo que llevó a la compañía a buscar nuevos mercados, encontrando en la industria médica un terreno fértil para expandir sus negocios. Los primeros desarrollos en este sentido fueron los tubos de goma de silicona, utilizados

principalmente para el drenaje de los hidrocefálicos. Rápidamente, las aplicaciones de siliconas médicas se multiplican (drenajes, catéteres, estuches de marcapasos, etc.).

A comienzos de la década del 50', diversas investigaciones destacan la estabilidad y la ausencia de reacción de las partes blandas a la presencia de goma de silicona, impulsando su utilización para la fabricación de prótesis subcutáneas para ser utilizadas por los cirujanos plásticos. Seducidos por las aparentes propiedades de esta sustancia, algunos cirujanos plásticos estadounidenses comienzan a experimentar con las inyecciones de silicona líquida para el aumento mamario⁷⁵. Aunque habitualmente asociadas al mercado negro de la estética⁷⁶, pueden identificarse trabajos de cirujanos plásticos acreditados que experimentaron con esta técnica (Conway y Goulian, 1963). Sin embargo, los efectos deletéreos de este método no tardarían en ser detectados, llevando a la "Food and Drug Administration" (FDA) a prohibir la inyección de silicona para el aumento mamario en 1969.

En 1963, saldría a la luz pública el primer modelo de prótesis mamarias rellenas de gel de silicona. Su presentación estaría a cargo de Thomas Cronin (cirujano plástico de Houston, Texas) y Frank Gerow (residente en el momento en que las prótesis se desarrollaron), durante el "Tercer Congreso Internacional de Cirugía Plástica" realizado en Washington D. C. La gestación de estos implantes fue el producto de un trabajo conjunto entre los médicos antes citados y la Dow Corning Corporation. Según relata Glicenstein (2005), fue Gerow el que tuvo la idea de utilizar una bolsa de silicona, a partir de la observación de los compartimentos de plástico en los que se preservaba la sangre para hacer transfusiones. Usufructuando los vínculos fluidos que Cronin mantenía con la Dow Corning a través del "Center for Aid to Medical Research", en 1962 idean un primer prototipo en goma de silicona y relleno de suero fisiológico que da malos resultados. Una semana después de este ensayo, realizan un segundo intento, pero esta vez utilizan un relleno de gel de silicona (Silastic®).

⁷⁵ Los antecedentes en el uso de este tipo de técnicas para el aumento, pueden encontrarse en fecha lejana como 1899, año en el que el cirujano austriaco Gersuny aboga por el uso de inyecciones de parafina para corregir el busto. No pasó mucho tiempo, para que la inyección de esta sustancia comenzara a ser desestimada por la comunidad médica debido a los serios problemas de salud que acarrearía. En las décadas subsiguientes, se continuaría experimentando con la inyección de una amplia variedad de sustancias que conllevaron resultados desastrosos: aceites vegetales y minerales, lanolina, cera de abeja, goma de laca, etc. (Peters et. al., 2012).

⁷⁶ Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en el contexto de la ocupación norteamericana en Japón, diversos médicos comenzarían a utilizar inyecciones de silicona de uso industrial a los efectos de agrandar los senos de las prostitutas locales y hacerlas más atractivas para los soldados estadounidenses (Haiken, 1997).

Los resultados de esta experiencia fueron difundidos en la presentación de 1963, bajo el título de “Augmentation Mammoplasty: A New ‘Natural Feel’ Prosthesis”. En su exposición, los autores afirman que el escaso desarrollo del busto genera en las mujeres un sentimiento de escasa feminidad, y que la búsqueda por responder a esta demanda condujo a muchos cirujanos a experimentar con prótesis que a mediano plazo tendían a endurecerse y a asumir una apariencia “unnaturally firm”. En contraste, según argumentan los cirujanos, las prótesis de silicona no sólo estaban rellenas de una sustancia inerte para el organismo humano, sino que también brindaban resultados estéticos “naturales”. Para comprender el sentido de esta palabra, me parece atinado traer a colación el análisis que realiza Jacobson (2000) en su libro acerca de la historia controversial de las prótesis mamarias y que retoma varios fragmentos claves de la presentación de 1963:

Designed to be fluid, to mimic ‘the softness and change of shape with different positions of the body’ [...] [implants] provided a ‘natural feel’ as well as look. It passed ‘contactual inspection’ (one sort of ‘feel’) and satisfied the women into whose bodies it was placed (another ‘feel’). Its naturalness was the naturalness of the ideal: ‘The use of this prosthesis has generally resulted in breasts of pleasing contour, with softness comparable to the young adult breast’ [...] Silicone appeared to be the artificial material whose results were good enough to be claimed as natural (Jacobson, 2000: 79).

Esta evaluación centrada en la obtención de resultados “naturales”, reaparece en varias publicaciones médicas de la década del 70’. Veamos, por ejemplo, el reporte de casos que realiza Cronin junto con el cirujano norteamericano Brauer en 1971. Al inicio del artículo, los autores afirman que el busto poco desarrollado lleva a un profundo sentimiento de inadecuación en las mujeres, interfiriendo en el cortejo y el matrimonio. A continuación, remarcan las cualidades “naturales” del modelo introducido en 1963 (flexibilidad, inercia y peso comparable con el de los tejidos mamarios), y señalan algunas de las mejoras que plantea un nuevo modelo introducido al mercado en enero de 1969: “These consisted of the use of a much thinner and stronger wall of Silastic rubber, elimination of the seam around the base (which was sometimes palpable), and redesign of the contour to a more natural teardrop shape-simulating the normal breast contour”. Posteriormente, pasan a examinar los resultados obtenidos en 183 cirugías de aumento mamario, clasificándolos como “excelentes”, “buenos” y “regulares” en función de los siguientes criterios: grado de palpabilidad del implante, contorno y blandura de los pechos (Cronin y Brauer, 1971: 445).

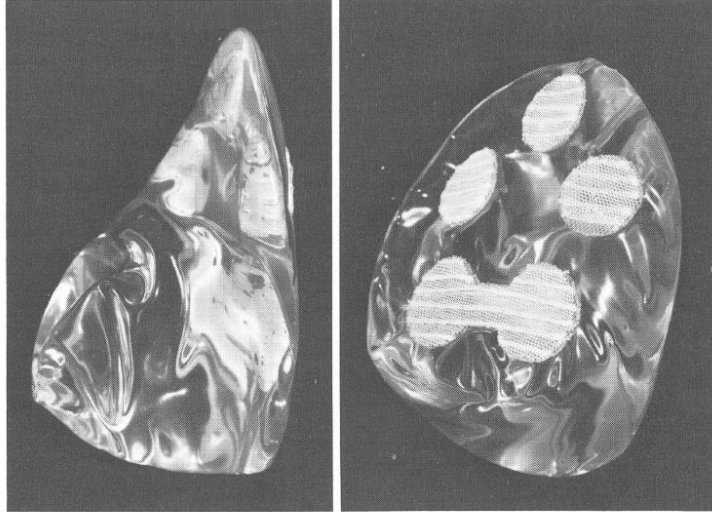


Figure 1. Silastic gel implantable breast prosthesis, improved model. Note natural “tear drop” profile and lack of any seams. The bridge of dacron mesh between the two inferior spots helps orient the prosthesis after insertion.

Figura 37: Modelo de prótesis mamaria introducido al mercado en 1969, en Cronin y Brauer (1971), pág.

449

En 1965, dos años después de la introducción de las prótesis de gel de silicona en el mercado, surgen las prótesis inflables. Su creación estuvo en manos del cirujano plástico francés Herni G. Arion. El artefacto estaba confeccionado en base a una bolsa de silicona que disponía de un tubo y una válvula para ser relleno con solución fisiológica con posterioridad a su inserción en el pecho femenino. Este tipo de prótesis presentaban las ventajas de poder ser introducidas mediante una incisión más pequeña que las de silicona, de poder adecuar el volumen sin la necesidad de realizar cálculos previos precisos y de brindar resultados más “naturales”. La desventaja que empañaba en buena medida los beneficios antes mencionados, es que mostraban una alta tendencia a la deflación espontánea.

En las décadas que siguieron a la introducción de las primeras prótesis de gel de silicona, se sumarían varios competidores que pretenderían desplazar a Dow Corning de su posición dominante. Así, desde su fecha de salida al mercado hasta principios del siglo XXI, al menos diez empresas estuvieron involucradas en la fabricación de prótesis mamarias solamente en Estados Unidos. En concordancia con ello, se registra una multiplicación de los modelos de prótesis, orientadas a apropiarse de una porción del mercado a partir del ofrecimiento de implantes con mejores resultados estéticos y una menor incidencia de complicaciones. Tal es así que, ya en 1978, Frank Gerow identifica 20 tipos de implantes en los Estados Unidos. Con el paso de los años, la

diversificación de la oferta parece multiplicarse, al punto que en el período 1963-2012 se produjeron más de 240 estilos y 8300 modelos de implantes de gel de silicona solamente en los Estados Unidos (Glicenstein, 2005; Peters, 2012).

Igual suerte, parece haber corrido la cantidad de personas que se realizaron cirugías de aumento mamario mediante prótesis de distinto tipo. Según estimaciones, entre 1962 y 1970 alrededor de 50.000 mujeres recibieron implantes en Estados Unidos. En las décadas posteriores, se registra un incremento anual sustantivo. De esta manera, entre principios de la década del 80' e inicios de la del 90', el número de operadas anuales oscila entre 100.000 y 130.000. Durante este período, el aumento de busto deviene en el procedimiento estético realizado con mayor frecuencia en Estados Unidos. Este ritmo en los incrementos anuales parece haberse mantenido, llegando a realizarse alrededor de 217.000 operaciones en el año 2001 (Peters, 2002). Las estimaciones sobre el número total de operadas desde que las prótesis mamarias fueron introducidas, varían sustancialmente de un autor al otro. Según los cálculos Terry et. al. (1995), entre 1963 y 1988, se realizaron 890.000 cirugías de aumento mamario mediante prótesis de gel de silicona. Según Peters (2002), para 1992, cerca de 2 millones de mujeres habían recibido implantes. Sea cual fuere la cifra precisa, lo cierto es que el advenimiento de un material de relleno aparentemente inerte y capaz de brindar resultados estéticos “naturales”, vino a ampliar la indicación médica de los procedimientos de aumento mamario y a situarlos en los primeros puestos del ranking por tipo de cirugía de numerosos países. Argentina, no fue la excepción.

2.2. Historia de las tecnologías de aumento de mamas en Argentina

La cirugía plástica argentina no estuvo al margen de los vaivenes técnicos internacionales en la búsqueda de materiales para aumentar el volumen de las mamas femeninas. Aunque las referencias no abundan, hay algunos atisbos que permiten sugerir que la mayoría de los procedimientos y materiales mencionados precedentemente tuvieron cierta aplicación en territorio nacional. De esta manera, en 1946 Palacio Posse menciona distintos tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos orientados a resolver “la verdadera tortura moral” suscitada por el desarrollo insuficiente de los senos. Entre los no quirúrgicos menciona “la hiperemia activa”, “la gimnasia metódica”, “la opoterapia” y “las pomadas a base de foliculina”. Entre los quirúrgicos, refiere a los trasplantes de tejidos autólogos, formulando serias reservas en cuanto a su empleo: “Hay que

acudir a ello como último recurso y estudiando bien la psiquis de la paciente, porque si bien es cierto que con esto atenuamos un defecto, formamos otro en el sitio del cual se extrae este tejido. Además, es por todos conocida la evolución del injerto grasoso” (Palacio Posse, 1946: 58).

Tres años después, en el marco del Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (1949), Codazzi Aguirre brinda una nota disonante al ser el único que presenta un trabajo sobre aumento de pechos en un encuentro donde abundaron las referencias a las plásticas mamarias. Al inicio de su presentación, deja sentada la precariedad del panorama técnico que se hace presente cada vez que una mujer arriba a la consulta a reclamar una solución a la “afligente situación” que plantea el escaso desarrollo de los senos: “Los cirujanos estetas tenemos muchas veces que responder con términos poco categóricos a nuestros clientes, cuando éstos nos plantean problemas aun deficientemente resueltos dentro de la especialidad, y por lo tanto a qué decir fuera de ella”. En lo que refiere a los tratamientos provistos al margen de la especialidad, el autor describe el frustrante y riesgoso derrotero que siguieron muchas pacientes hasta llegar a la puerta de su consultorio:

Es sabido que las pacientes de estas deformaciones antes de consultar al especialista han hecho muchas cosas, han tomado cuantos remedios se conocen están destinados para agrandar los senos, como ser las píldoras orientales, la Mammigene del Dr. Polack, los estrógenos en comprimidos, pomadas e inyecciones, y se han dado masajes, fricciones y fomentaciones varias; y como con todo eso no han logrado un resultado convincente, es que han recurrido como última provisión a la cirugía (Codazzi Aguirre, 1949: 275-279).

Asimismo, junto con todos estos tratamientos más o menos inofensivos, el cirujano menciona el proginón (cuya “acción perniciosa” se manifiesta “en la proliferación de tejidos neoplásicos en las mamas”) y las inyecciones de parafina (“desacreditadas por los grandes inconvenientes que provocan”). En lo que concierne a las técnicas propiamente quirúrgicas, Codazzi Aguirre dice haber considerado la posibilidad de practicar “el trasplante de una buena masa adiposa obtenida de las nalgas o del bajo vientre hacia las zonas mamarias”, pero que tuvo descartar este expediente quirúrgico debido a que “todas esas pacientes” eran delgadas y carecían de “buen panículo adiposo” para extraer material. Ante este panorama, el médico propone la aplicación de inyecciones de suero fisiológico y gluconato de calcio, y la posterior aplicación de ventosas que abarquen la totalidad del seno.

Según hemos visto hasta aquí, durante la primera mitad del siglo XX ya se registra una demanda de procedimientos orientados a agrandar el busto, solo que las técnicas y materiales

entonces disponibles no ofrecían buenas perspectivas. Ahora bien, tal como señalé en el apartado precedente, durante la década del 50' se produciría una proliferación de prótesis mamarias elaboradas a partir de materiales sintéticos. Aunque me resulta imposible determinar la magnitud del fenómeno, la escasa literatura médica argentina sobre el tema permite afirmar que los cirujanos locales no parecen haber estado ajenos a experimentar con estas innovaciones. De esta manera, en la segunda edición de "Plásticas Mamarias" (1978), Marino describe el ciclo de ilusión y desencanto que atravesaron estos materiales destinados a agrandar el pecho femenino:

La aparición de materiales químicamente inertes para el organismo, tales como el polietileno o el poliuretano, utilizados bajo forma de virutas o de esponjas hizo esperar que se había encontrado una solución al problema (Conway, González Ulloa). Pero prestamente se notó que, a pesar de la comprobada inercia química, los casos de intolerancia de las inclusiones se multiplicaban (...) Nuestra experiencia coincidió entonces en un todo con la de los demás cirujanos y, pasado un tiempo, tuvimos que extraer sin excepción todas las prótesis de tales materiales (Marino, 1978: 189-190).

Las fotografías insertadas poco después de este fragmento, dan cuenta de que estos materiales sintéticos fueron efectivamente empleados en Argentina. Ordenadas temporalmente, construyen una narrativa a pequeña escala y corporizada de la historia contemporánea de las tecnologías de aumento mamario. A partir del contraste, Marino plantea un relato que va en el sentido del progreso, donde los fracasos ("intolerancia" y "fibrosis") con determinados materiales ("viruta de polietileno" y "esponja de silicona") son seguidos por el éxito conseguido a partir de la colocación "de prótesis de Cronin perfectamente toleradas" (Figura 38). Dicha secuencia es expresada con claridad meridiana por el propio autor, apelando al contraste entre las dudas que le planteaban los implantes disponibles en 1958 (fecha de la primera edición de su libro) y las certezas que aflorarían veinte años después a raíz del uso relativamente prolongado de las prótesis mamarias de gel de silicona:

En nuestra primera edición, hablando de las inclusiones mamarias, decíamos que: 'Si bien el procedimiento es atractivo [...] tiene por ahora el grave inconveniente de que la cantidad de material necesaria para obtener un efecto suficiente conspira contra la buena tolerancia. [...] Por lo tanto, hay que esperar los resultados de una experiencia prolongada para poder hablar de éxito permanente con estos procedimientos. Mientras ella no nos garantice el resultado, preferimos no utilizarlos'. [...] [Desde] entonces esa experiencia se ha llevado a cabo y, en la actualidad, el aumento de las mamas hipoplásicas mediante inclusiones aloplásticas –que describiremos a continuación– ha entrado en la práctica diaria sin que sus resultados hagan prever, por ahora, fracasos alejados mientras se respeten determinadas reglas (Marino, 1978: 189).

Más adelante, en el mismo capítulo, Marino menciona los implantes mamarios por aquel entonces disponibles: las prótesis de Cronin y Gerow de 1963 (Silastic®) y las prótesis inflables de Arión de 1965 (Simaplast®). Con el tiempo, la oferta de prótesis se diversificaría en Argentina, incorporando distintas marcas y modelos de prótesis. Una manera de acceder indirectamente a este punto, es a través de las publicidades de implantes mamarios que aparecen en las páginas de la revista de la SACPER. De esta manera, en las ediciones de 1977 a 1982 solo hay publicidades de las prótesis Silastic®, pudiéndose constatar un incremento en la cantidad de modelos y de volúmenes disponibles durante dicho período. La imposibilidad de acceder a los números de la década del 80' y buena parte del 90', me obligan a dar un salto temporal a 1995, año en el cual se registran publicidades de tres marcas: Nagor® de Gran Bretaña, Silimed® de Brasil y Mentor® de los Estados Unidos. Dos años después, se añadiría las prótesis McGhan® elaborados por la farmacéutica estadounidense Allergan, lo que lleva a un total de 4 empresas. Esta cifra, se mantiene estable hasta 2012, lapso en el cual se incorporan propagandas de dos marcas de origen francés: Sebbin® y Eurosilicone®.

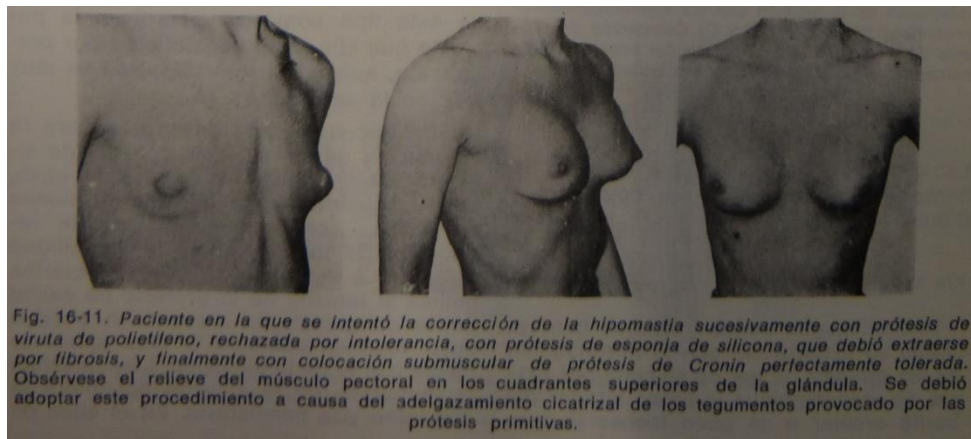


Figura 38. Secuencia de intervenciones de aumento mamario con distintos tipos materiales sobre una paciente argentina, en Marino (1978), pág. 197

Las publicidades, no solo permiten observar la proliferación de modelos y marcas, sino también constatar la relevancia que asumen los resultados en la circulación de estas tecnologías. En su mayoría, dichas publicidades, muestran un carácter más informativo que evocativo, apelando a imágenes de los implantes acompañadas de información técnica sobre el producto: modelos, volúmenes, tipos de coberturas y cualidades del gel de silicona utilizado de relleno. En ocasiones, las descripciones acerca de la calidad de los implantes, vienen acompañadas de

referencias a la solidez de la empresa fabricante (trayectoria, instalaciones, nacionalidad, etc.) y a las certificaciones emitidas por distintos organismos de control (FDA, ANMAT, etc.)⁷⁷. La sobriedad técnica de la mayoría de los anuncios se vincula probablemente a dos cuestiones. Por un lado, a que están insertas en las páginas de una publicación médica. Por el otro, a que durante la década del 90' se desataría una feroz controversia pública en torno a los riesgos para la salud de la prótesis de silicona⁷⁸.

Dentro de este panorama marcado por la competencia a través de la calidad y la seguridad, la única excepción es una publicidad de Silimed® correspondiente al año 2014, en la que aparecen combinadas las apelaciones a la “seguridad” y al resultado estético “natural”. El primer punto, aparece expresado en la calidad del gel de relleno utilizado (“menos fractura y perfecta cohesividad” del “gel cohesivo de alto desempeño”), en la capacidad de contención de la bolsa de silicona (“Tecnología de barrera con membranas low bleed”) y el extenso listado de organismos de control que vienen a avalar esta tecnología. El segundo punto, es explicitado en la segunda oración del primer párrafo: “El HSC es lo suficientemente suave para simular la consistencia natural de los senos, y lo suficientemente firme como para mantener la forma del implante”. Para brindar una apoyatura visual a estas características, los publicistas insertaron la imagen de una mano presionando un implante cortado al medio. Este último, es lo suficientemente cohesivo como para no desbordar, y lo suficientemente blando como para comprimirse ante la fuerza de los dedos

⁷⁷ La Food and Drug Administration (FDA) es una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno de los Estados Unidos que tiene a su cargo la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos, etc. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es un organismo argentino creado en 1992 y dependiente del Ministerio de Salud. Tiene a su cargo el control y certificación de medicamentos, alimentos y dispositivos médicos.

⁷⁸ Los informes que vinieron a cuestionar la inocuidad de las prótesis mamarias rellenas de gel de silicona datan de fines de la década del 60', y se hacen extensivos en diversos estudios médicos en las dos décadas subsiguientes. Sin embargo, sería recién a inicios de la década del 90' que, en los Estados Unidos, se desataría una controversia en torno a la existencia de enfermedades autoinmunes provocadas por la filtración de silicona en el cuerpo de las operadas. En este marco, luego de numerosas audiencias públicas desarrolladas al inicio de la década (que involucraron a expertos, fabricantes de prótesis, asociaciones de víctimas y de defensa de consumidores, cirujanos plásticos, víctimas, etc.), en 1992 la FDA estableció una moratoria sobre la distribución y la implantación de prótesis mamarias de silicona con fines estéticos. Para aquel entonces, los fabricantes de prótesis debieron afrontar una avalancha internacional de juicios, que derivaron en multimillonarios acuerdos destinados a compensar a las víctimas. En 2006, y aunque la controversia sigue abierta, la FDA levantó la veda sobre las prótesis de silicona (Vanderford y Smith, 1996; Jacobson, 2000; Jasanoff, 2002). El itinerario seguido por los implantes en Argentina fue diferente. En 1994, dos y medio después de la prohibición dispuesta en Estados Unidos, la ANMAT conformó una “Comisión Asesora para el Estudio y el Control de las Prótesis Silicona”, cuyos miembros consideraron que no existían evidencias suficientes para considerar peligrosos a los implantes y mantuvieron su vigencia en el mercado. Un año después, la ANMAT estableció una disposición en la que se dispuso la obligación de que los pacientes firmen un consentimiento informado en el que se incluyen todos los riesgos a los que se exponen al implantarse prótesis de siliconas (Carbajal, 1999).

que comprimen. En otras palabras, escenifica una tecnología que brinda forma y volumen de manera segura, pero también muestra una materia capaz de recrear en un sentido táctil la consistencia de un órgano para el contacto en la intimidad de los cuerpos (Figura 39).

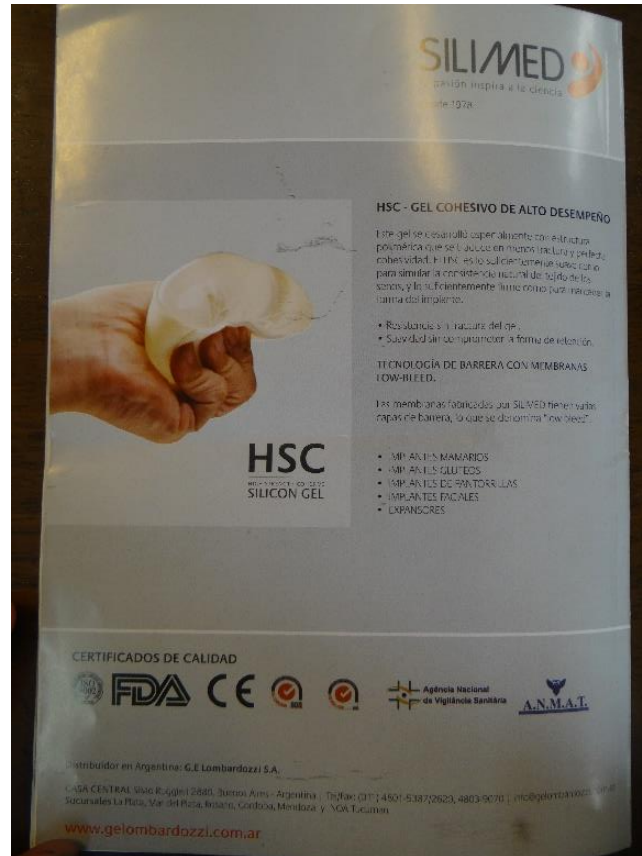


Figura 39. Publicidad de prótesis mamarias Silimed® en la revista de la SACPER, en la que se destacan la “seguridad” y la “naturalidad” en los resultados, en “Revista Argentina de Cirugía Plástica” (2014)

En lo que refiere al peso relativo que asume la demanda de cirugías de aumento mamario en Argentina, cabe destacar que el predominio que muestran en la actualidad es el resultado de un proceso paulatino. De esta manera, un repaso de las estimaciones realizadas por cirujanos plásticos en declaraciones a medios gráficos, muestra que desde mediados de la década del 60’ hasta inicios de los 90’ el rostro continúa siendo el sector anatómico intervenido con mayor frecuencia. De las intervenciones que recaen sobre este sector, predominan las rinoplastias, seguidas de la corrección de orejas y el lifting. Durante la primera mitad de la década del 90’, el cuerpo comienza a desplazar

al rostro como zona predilecta de las operaciones, asumiendo predominio las mastoplastias de aumento y la lipoaspiración⁷⁹.

En la segunda mitad de la década de los noventa y, principalmente, a lo largo del siglo XXI esta tendencia se acentuaría. Así, según una encuesta realizada en 2004 a miembros de la SACPER, del total de procedimientos realizados en 2003 un 20% correspondió a la lipoaspiración y 19% a mastoplastias de aumento, seguidas de lejos por las cirugías de párpados (12,5%) y de nariz (11%). Quince años después, siguiendo una encuesta internacional realizada por la “International Society of Aesthetic Plastic Surgery” (ISAPS), estos guarismos se repetirían con leves modificaciones. Así, según los datos disponibles para la Argentina, en 2019 un 60% de las intervenciones recayeron sobre el cuerpo y un 40% sobre el rostro. En cuanto al ranking por tipo de procedimientos, predominan el aumento de pechos (17%) y la lipoaspiración (12%), ubicándose en los siguientes puestos la cirugía de párpados (11%), las plásticas del abdomen (8%) y las rinoplastias (7%).

Según lo expuesto hasta aquí, a fines de la década del 40' algunos cirujanos plásticos argentinos muestran que algunas pacientes acudían a su consultorio en búsqueda de una solución médica para su escaso desarrollo de busto, encontrándose ante la negativa de estos médicos debido a la insatisfacción respecto a las técnicas y materiales disponibles. En las décadas subsiguientes, se experimentaría con diversos materiales y diseños de prótesis, encontrándose en las prótesis mamarias rellenas de gel de silicona una solución satisfactoria ante el escaso desarrollo de busto. La difusión de esta innovación tecnológica, que contribuiría al predominio del cuerpo sobre el rostro, viene acompañada de un cambio en el tipo de saberes y razones tendentes a construir una indicación de este tipo de intervenciones. A continuación, abordaré este punto.

⁷⁹ Diseñado originalmente por los ginecólogos italianos Giorgio y Arpad Fischer en 1974, este dispositivo de succion conectado a una cánula presentaba como principal ventaja la posibilidad de remover depósitos de grasa evitando las grandes cicatrices que requerían los métodos quirúrgicos utilizados hasta entonces. Ignorados inicialmente por los cirujanos plásticos en su país de origen, en 1976 los Fischer viajaron a París para presentar este primer diseño al cirujano plástico Pierre Fournier. La difusión mediática que recibió esta visita, hizo que la innovación llegara a oídos del cirujano general parisino, Yves-Gerard Illouz. Familiarizado con las prácticas de aborto que se llevaban adelante en el hospital donde trabajaba, este último readaptó la maquinaria de succión y cánula utilizada para tales fines, diseñando una tecnología y un método que presentaba un menor índice de complicaciones que la originalmente ideada por los italianos. Una de las principales mejoras que introdujo, fue el uso de una cánula de punta redondeada y con agujeros en los laterales, que permitió la realización del procedimiento minimizando el daño sobre las estructuras vasculares. A fines de la década del 80', el dermatólogo estadounidense Jeffery Klein introdujo el uso de la anestesia tumescente para efectuar lipoaspiraciones, innovación que dio lugar a un menor sangrado en las operaciones y a una reducción de complicaciones tales como la formación de hematomas y seromas.

2.3. La indicación psicológica de la cirugía de aumento mamario

La literatura médica acerca de la cirugía de aumento mamarios coincide en señalar que los pechos constituyen un carácter sexual secundario cuyo desarrollo está íntimamente ligado a la afirmación de la identidad femenina. En línea con ello, la falta de desarrollo del busto conllevaría al sentimiento de encarnar la feminidad de manera deficiente. Al igual que otros defectos que hemos explorado, el padecimiento de esta deficiencia estética se hace presente en determinado momento del ciclo vital y se agudiza en el marco de determinados escenarios sociales. La particularidad de los pechos poco desarrollados o hipoplasia mamaria, es que plantean una transición de la vida pública a la vida íntima, de la vista al tacto y de la belleza al erotismo. Para observar en detalle la manera en que se despliega esta problemática y las evidencias que se plantean para mostrar la eficacia terapéutica del aumento de busto, exploraré las publicaciones expertas internacionales y nacionales sobre la materia.

La mayoría de las publicaciones internacionales, coinciden en la caracterización socio-demográfica de las operadas. Usualmente se trata de una población que promedia los 30 años, son caucásicas, están casadas, provienen de sectores medios y tienen hijos. Predominantemente, la demanda constituye una expresión tardía de un problema de larga data, en tanto son mujeres que desde jóvenes percibieron la pequeñez de sus pechos pero que recién pisando la treintena optaron por operarse. El segundo factor de peso refiere al embarazo y la lactancia que, según describe la literatura médica, da lugar a senos vacíos y caídos. Para traducir esta descripción en cifras, veamos la caracterización que realizaban Cronin y Greenberg en 1970 sobre la base de 183 operaciones de aumento de busto mediante prótesis Silastic®. Según afirman, la edad promedio de las intervenidas fue de 30,5 años, 53% de las cuales requirieron esta cirugía porque siempre tuvieron pechos pequeños y casi un tercio lo hizo como consecuencia de la disminución del busto después de dar de amamantar⁸⁰ (Cronin y Greenberg, 1970: 2).

De lo anterior, podemos sugerir que la operación de aumento de busto se sitúa preferentemente en la juventud. Asimismo, tal como señalamos al inicio, se asocia a una feminidad deficitaria que se acrecienta en aquellas experiencias de la vida social en que los pechos emergen a la vista y están disponibles al contacto. De esta manera, en un artículo sobre injertos dermograsos,

⁸⁰ Estas características, al menos en términos etarios, parecen sostenerse en las décadas subsiguientes. Así, según la encuesta de la ISAPS de 2019, casi el 65% de las operadas de la muestra internacional tenía entre 25 y 34 años.

Bames (1953) describe el contexto en el que se inserta el problema de la hipomastia. Afirma que los “deportes modernos” exigen que una mayor parte de la superficie corporal quede al descubierto, para dar libertad de movimiento y por los presuntos beneficios que acarrea la exposición al aire libre. En este marco, las mujeres que presentan “desviaciones marcadas” en el desarrollo del busto, se ven impedidas de participar de estas actividades (Bames, 1953: 404). Cronin y Brauer (1971), por su parte, sitúan a los senos en el marco de los vínculos de pareja: “Many women with aplasia, hypoplasia, asymmetry or secondary atrophy of the breasts suffer a deep sense of inadequacy which may seriously interfere with courtship and marriage” (Cronin y Brauer, 1971: 441).

Las argumentaciones acerca del valor terapéutico de las cirugías de aumento mamario no abundan en las publicaciones de los cirujanos plásticos y se limitan a unas pocas líneas insertadas al inicio de artículos que refieren predominantemente a la técnica quirúrgica. En todo caso, dichas argumentaciones aparecen desarrolladas en publicaciones exclusivamente dedicadas a exponer investigaciones sobre los beneficios psico-sociales de la cirugía de aumento mamario. Productos de la colaboración entre profesionales de la salud mental y cirujanos plásticos, la particularidad que presentan es que muestran un mayor énfasis en la adopción de criterios de cientificidad que permiten objetivar y generalizar el aporte psicológico de las mastoplastias de aumento⁸¹.

En ese sentido, resulta central la adopción de métodos cuantitativos, cuya validez se asienta en el uso de criterios de selección muestrales, la estandarización de los instrumentos de recolección, la adopción de grupos de control y la cuantificación de los resultados. El contraste con las narrativas es más que evidente, en tanto estas últimas presentan las características de parecer más abiertas a la interpretación subjetiva y de enfocarse en la singularidad del caso por caso. Sin embargo, a pesar del evidente contraste, las dos aproximaciones mantienen una sugestiva similitud: procuran exhibir el valor terapéutico de la cirugía estética a partir de la comparación entre el “antes” y el “después” de efectuada la intervención.

La primera de esta serie de investigaciones data de fines de la década del 50’, y sus resultados fueron publicados en 1958 por Edgerton y Mc Clary en la revista “Plastic and

⁸¹ Dos motivos pueden haber concurrido en esta transición. Por un lado, la extensión y el afianzamiento de la medicina basada en la evidencia durante el último tercio del siglo XX, cuyo objetivo es movilizar evidencia científica probada en el ejercicio de la práctica médica cotidiana (Timmermans y Kolker, 2004). Por el otro, la controversia en torno a las prótesis mamarias, que obligaron a los fabricantes a producir evidencia científica sólida acerca de la inocuidad y los beneficios de los implantes mamarios (Jacobson, 2000).

reconstructive surgery and the transplantation bulletin". A través de entrevistas psiquiátricas y test psicológicos realizados a 84 pacientes en el Johns Hopkins Hospital (San Francisco, California), los autores buscaron responder (entre otras) las siguientes preguntas: "What changes result in the lives of patients who undergo this operation? Are they happier? If so, how is this reflected in their relationships with others? How does the plastic surgeon select his patients for this operation?". Según afirman los autores, "antes" de la intervención, dos tercios de las pacientes percibieron que sus pechos eran de un tamaño inadecuado desde la adolescencia, correspondiendo el tercio restante al período post-parto. Por otra parte, señalan que la inhibición acerca del tamaño y la forma de los pechos aparece en estrecha conexión con situaciones tales como ir a la playa, probarse vestidos, usar vestidos escotados, etc. En algunos casos, también se detectó una ansiedad fóbica a que sus maridos les tocaran los pechos.

En las conclusiones, los investigadores constatan que "después" de la cirugía la mayoría de las mujeres se mostraron satisfechas con la operación, exhibiendo un incremento en la autoestima, una disminución de la ansiedad fóbica a ser tocadas y la entusiasta afirmación de la mejoría en la felicidad marital. La excepción a esta regla, fueron aquellas operadas cuya motivación principal era complacer a sus maridos, y que proyectan en el resultado estético su frustración de no ver realizada su aspiración de mejorar la relación de pareja (Edgerton y Mc Clary, 1958: 297-305).

Un resultado similar, exponen Baker, Kolin y Bartlett (1974) en un artículo publicado en la revista "Plastic and Reconstructive Surgery" que llevó por título "Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation". El estudio constó de dos partes: 10 entrevistas psiquiátricas en profundidad a 10 operadas, y 132 cuestionarios de 6 páginas enviados por correo a mujeres que aumentaron sus senos. Centrándome únicamente en la segunda parte de la investigación, los cirujanos encontraron que los pechos pequeños tenían una influencia negativa en el desenvolvimiento de la vida sexual: un 57% reportó que el escaso desarrollo del busto limitaba su incorporación al juego sexual ("breast play"), un 30% que perjudicaba su disposición a tener relaciones sexuales y un 13% que constituía un impedimento para alcanzar el orgasmo. En el relevamiento realizado después de la cirugía, las cifras expresan un cambio contundente en la vida sexual:

79 percent reported that the increase in breast size had been followed by an increased interest in sex, 53 percent reported increased frequency of sex, 69 percent reported a better quality of sex, 52

percent had an increased frequency of orgasm, and 78 percent had an increased desire for breast play. Apparently, release of sexual inhibitions caused by feelings of inadequacy due to small breasts can allow increased sexual satisfaction (Baker, Kolin y Bartlett et. al., 1974: 658).

Con el tiempo, estas publicaciones muestran una mayor sofisticación, expresada en la incorporación de grupos de control y el desarrollo de instrumentos de medición acreditados para cuantificar con precisión el impacto psico-social de la cirugía de aumento mamario. Para dar cuenta de este movimiento, sin abundar en el análisis de las publicaciones década por década, veamos un artículo presentado por Mc Carthy et. al. (2012) en la revista “Plastic and reconstructive surgery”. En las primeras páginas, plantean las limitaciones metodológicas de los estudios previos, señalando la ausencia de instrumentos de medición válidos y confiables para cuantificar la magnitud del efecto del aumento mamario en la calidad de vida de las pacientes.

Para suplir dicha deficiencia, utilizaron un instrumento psicosométrico elaborado y testeado de acuerdo a las guías de recomendaciones de la FDA: el “Breast-Q Augmentation Module”. A través de variables de escala que son traducidas posteriormente en scores, este artefacto metodológico pretende medir desde el punto de vista de las pacientes “la satisfacción con los pechos”, “el bienestar psicológico” y “el bienestar sexual”. Para la investigación, un total de 41 mujeres respondieron a la encuesta “antes” y “después” de la cirugía. Los resultados, volcados en un cuadro estadístico, son expuestos por los autores de la siguiente manera:

Group-level responsiveness data showed that the BREAST-Q scales quantified significant changes. Patients’ perception of their “satisfaction with breasts,” “psychosocial functioning,” and “sexual functioning” were significantly higher following cosmetic augmentation compared with preoperative levels ($p < 0.001$, $p < 0.001$, and $p < 0.001$, respectively). (...) [At the individual level] table 3 shows that the BREAST-Q scales detected significant improvements in satisfaction with breasts, psychosocial well-being, and sexual functioning in 38 (83 percent), 36 (88 percent), and 33 (81 percent) women, respectively (McCarthy et. al., 2012: 220-221)

En Argentina, prácticamente no hay publicaciones orientadas específicamente a destacar el valor terapéutico de la cirugía de aumento mamario. Aunque no del todo parangonable, para salvar esta laguna considero pertinente explorar un artículo de 1977 publicado por el cirujano plástico Julián Fernández que lleva por título “Trascendencia psico-social de la reconstrucción mamaria”. En esta publicación Fernández expone sucesivamente la importancia de las mamas femeninas, los problemas que acarrea su exéresis por cáncer y el impacto que las operaciones reconstructivas tienen sobre las pacientes. Según afirma el autor, las mamas en las mujeres constituyen la “expresión morfológica de la feminidad”, rasgo diferencial que asume mayor

relevancia en la “época actual” en tanto “la vida al aire libre en playas, deportes o la simple vida ciudadana en la que los vestidos se sintetizan audazmente” tornan más visibles este sector anatómico. Asimismo, afirma que la buena conformación y armonía del busto “constituye un punto de atracción del sexo que la mujer por lo general no desconoce y por lo general no disimula”.

La mutilación de este órgano conlleva, en consecuencia, la emergencia de “psicopatías manifestadas por complejos y depresiones anímicas [que] incapacitan a las enfermas en su vida social o psíquica”. Ante todo, porque al perder un atributo íntimamente asociado a su identidad femenina, las mastectomizadas “se sienten lastimadas en lo más íntimo de su personalidad” al punto de expresar su malestar de la siguiente manera: “Cada vez que me veo así –nos han dicho algunas enfermas– sufro íntimamente en mi condición de mujer; me tengo lástima”.

Por otra parte, en la vida de relación, la pérdida del busto se constituye en un obstáculo para la conformación o el sostenimiento de vínculos de pareja. En este sentido, la edad y el estado civil de las pacientes, es un aspecto central de la construcción de la indicación psicológica de la cirugía de reconstrucción mamaria. Así, este tipo de intervenciones se tornan especialmente importantes en las personas jóvenes y solteras, en tanto la mutilación condiciona “el diálogo intersexual” y “aunque sea doloroso decirlo, difícilmente las nupcias acompañan a una mastectomizada”. Ante este panorama, la cirugía no solo deviene en un “auxilio valioso de la psiquiatría”, sino también en una operación que permite la realización de la sexualidad en un marco regulado por la institución matrimonial:

Algunas recuperaron un estado anímico normal al verse reconstruidas superando el stress de su mutilación. Otras completaron su aspiración sentimental y hogareña. Sobre 15 reconstrucciones, sabemos de 6 casamientos (3 de ellos ya con hijos) lo que da un porcentaje de alrededor del 45% de enlaces después de la operación plástica (Fernández, 1977: 133-137).

Aunque en la mayoría de los casos imperiosa, según Fernández, la indicación psicológica de reconstrucción mamaria no puede ser ajena a la valoración de “modalidades, caracteres, personalidad y ansias de perfección” de las pacientes. A pesar de que este punto no es abordado en profundidad por el autor, este matiz deja entrever la centralidad de seleccionar a las candidatas a la cirugía. Para la misma época, y refiriéndose a este aspecto, Marino (1978) advierte que además de considerar el estado de salud de los pacientes a partir de los exámenes médicos pre-quirúrgicos, es importante que el cirujano tome en consideración la presencia de “afecciones psíquicas y psiquiátricas” que pueden llevar a una probable disconformidad con el resultado de la intervención.

De esta manera, afirma que el refinamiento de la clasificación de pacientes basada en la experiencia, lo ha llevado a identificar un grupo de candidatas para quienes este tipo de cirugías están contraindicadas: “las personas que [...] buscan en la intervención quirúrgica la solución de los problemas completamente extraños a una deformidad mamaria más o menos real y que, una vez operadas, crean las más serias preocupaciones al cirujano incauto” (Marino, 1978: 33).

Veinte años después del artículo de Fernández, otra contribución sobre psicología en las operadas de las mamas aparece en la “Revista Argentina de Cirugía Plástica”. En esta última, el cirujano plástico Daud Osvaldo (1997) identifica a las mamas como un “signo visible del sexo femenino”, central para el desarrollo de la valía personal y el despliegue de la vida sexual. De esta manera, “las mamas de la una mujer habrán contribuido a una alta autoestima si la mujer ha estado contenta y ha gozado con ellas, por su aspecto, sus sensaciones, el placer al ser acariciadas”. Por el contrario, las mujeres que perciben sus pechos como deficientes, “refieren no haber tenido ninguna experiencia sexual placentera mediante sus mamas”. En este marco, la cirugía de aumento mamario no sólo contribuye a brindar una mayor atracción sexual, sino también a resolver conflictos de autoestima: “...es notable observar en el postoperatorio alejado, cómo además de un cambio en sus actitudes y vestidos, se tornan más competitivas y logran mejorar su capacidad de aprendizaje e incluso realizan actividades físicas más intensas”. Al igual que sus predecesores, también deja encendido un “signo de alerta” acerca de determinado perfil de pacientes:

...cuanto menor sea la alteración física y mayor la esperanza de la paciente, es más probable que ella esté buscando una modificación de la personalidad ‘no realista’ o tal vez ‘mágica’, que ninguna intervención quirúrgica puede corregir y lo que se obtiene, aún con un resultado quirúrgico favorable, es una paciente crónicamente insatisfecha (Daud, 1997: 216-218).

Según lo visto hasta aquí, según la literatura médica nacional e internacional los pechos constituyen un aspecto central de la afirmación de la identidad femenina, cuyo despliegue tiene lugar preponderantemente en la semidesnudez del esparcimiento público y en la desnudez de la alcoba. En este marco, la deficiencia en el desarrollo del busto limita la realización de actividades en estos ámbitos, impactando en la autoestima de las pacientes. Ante este panorama, las mastoplastias de aumento contribuirían a mejorar la vida de relación y la psiquis de estas pacientes, hecho que quedaría acreditado en las publicaciones internacionales en los datos estadísticos. Asimismo, vimos que en este tipo de operaciones la evaluación psicológica de las pacientes asume relevancia, en tanto permite identificar aquellas pacientes cuyas expectativas de cambio exceden

las posibilidades de la cirugía estética y que la literatura médica recomienda no operar. En las páginas que siguen, me ocupo de la indicación estética en la cirugía de aumento mamario, con la pretensión de identificar los criterios expertos puestos en juego en el diagnóstico de los defectos y las prácticas desarrolladas a los efectos de lidiar con los deseos y expectativas de las candidatas.

3. La indicación estética en la cirugía de aumento mamario

A lo largo de este apartado me propongo indagar en torno a la indicación estética en las mastoplastias de aumento, indagando en torno a los criterios expertos movilizados en esta materia y al trabajo de coordinación llevado adelante por los cirujanos para consensuar, proyectar y evaluar el resultado estético de la intervención junto a las pacientes. Dada la escasez de fuentes argentinas sobre la materia, realizo una reconstrucción histórica de las técnicas quirúrgicas, prácticas de examen diagnóstico y dispositivos de coordinación desarrollados en la literatura internacional durante el último tercio del siglo XX. Una vez trazado este panorama, apelo al valioso material brindado por las entrevistas en profundidad realizadas a cirujanos y a pacientes, cuyo carácter procesual y relacional permiten captar las adaptaciones prácticas que realizan los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos de dichos aportes internacionales. De esta manera, podremos penetrar en la intimidad del vínculo médico-paciente, a los efectos de describir el papel central que asume la participación de las pacientes en el proceso de planificación quirúrgica en la imposición de la indicación estética en la cirugía de aumento de busto.

La planificación de las mastoplastias de aumento implica resolver tres puntos fundamentales: lugar de realización de las incisiones para efectuar la inclusión de las prótesis, plano de colocación del implante y volumen de las prótesis. En los próximos apartados, abordaré cada uno de estos puntos. Como expresé en la introducción de este trabajo, las producciones académicas en torno a la relación médico paciente, me planteaban tres alternativas para aproximarme analíticamente al modo en que se resuelven cada uno de estos aspectos: el modelo paternalista, el modelo del paciente consumidor y el modelo de la cooperación. En los próximos propongo un modelo alternativo para aproximarme al vínculo médico paciente en cirugía estética. Desde ya, no pretendo sugerir que sea el único modelo, ni tampoco el dominante. Más bien, sugiero una clave interpretativa que trascienda la oposición entre autoridad experta y participación del paciente, procurando mostrar la complementariedad entre ambas dimensiones. De esta manera,

siguiendo la vía traza por Eyal (2013), exploro la larga historia de las prácticas y dispositivos de coordinación presentes en la literatura médica con la pretensión de entender cómo estos especialistas aspiran a gestionar el deseo y las expectativas de transformación estética de los pacientes. Según veremos, aunque dichas prácticas y dispositivos suponen una apertura a la participación del paciente en el proceso decisorio y cierto grado de expertización de las consumidoras (Pecheny et. al., 2002), lo cierto es que dicha implicación contribuye a que el cirujano eduque la mirada del paciente, gane su asentimiento y disponga de la posibilidad de movilizar el consentimiento pretérito para atribuirle la responsabilidad de los resultados (Holstein y Miller, 1990).

3.1. Cicatrices y plano de colocación de los implantes mamarios

Las cicatrices constituyen uno de los aspectos centrales de la planificación quirúrgica que los cirujanos entrevistados suelen explicitar a las pacientes. Ello, no sólo para dejar en claro que las marcas posoperatorias son ineludibles y en cierta medida impredecibles, sino también para anticipar el sitio donde se realizará la incisión y los fundamentos de esta elección. Señalo que es una elección, porque a lo largo de la historia de las cirugías de aumento mamario, los especialistas han ideado diferentes vías de acceso para introducir las prótesis mamarias. Producto de este proceso de innovación, actualmente existen cuatro vías de acceso desigualmente adoptadas por los distintos especialistas: la vía submamaria, la periareolar (Jenny, 1972), la transaxilar (Hoheler, 1973)⁸² y la subumbilical. Como puede constatarse en la Figura 40, las incisiones son ubicadas en sitios relativamente ocultos a la vista, dejando entrever que la historia de las mastoplastias de aumento sigue una lógica similar al devenir de las rinoplastias explorado en el capítulo 3.

En línea con ello, a principios de la década del 60', momento en el que fueron introducidos los primeros modelos de prótesis rellenas de silicona, la única vía de acceso utilizada era la submamaria. Esta técnica, aún hoy ampliamente empleada por los cirujanos plásticos, presentaba la ventaja de brindar una buena visibilidad para efectuar las maniobras operatorias y una buena brecha para introducir prótesis de diferentes volúmenes. La desventaja de esta técnica, desde la perspectiva de algunos especialistas, era que dejaba cicatrices relativamente extensas y en

⁸² Para 1978, Marino identifica estas tres vías en su libro sobre plásticas mamarias, identificando al Dr. José Viñas como el introductor de la vía transaxilar en Argentina.

ocasiones un poco ostensibles. Con esta problemática en mente es que, a lo largo de la década del 70', se publicaron los primeros artículos sobre las vías de acceso periareolar y axilar. En ellos, se remarcan las ventajas comparativas de estas técnicas, cuyo principal punto de referencia es la posibilidad de minimizar la extensión de las incisiones y de ocultarlas a la vista.

Figura 6. Sitios de incisión. Imagen aportada por Dr. Carriquiry

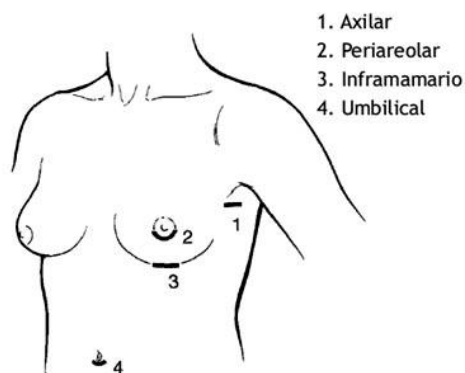


Figura 40. Sitios de incisión para realizar cirugía de aumento mamario, en Calderón y Carriquiry (2016), pág. 59

Así, en un artículo publicado en 1973 en la revista norteamericana “Plastic and Reconstructive Surgery”, Frederick y Tauras señalan que “most augmentation mammoplasties are done with silicone gel prostheses, inserted through a transverse inframammary incision 4 to 6,5 cm long. The incision usually heals without difficulty [...] Nevertheless, an obvious scar remains” (Frederick y Tauras, 1973: 641). Según los autores, en un contexto caracterizado por la creciente exposición del seno femenino, se hace imperioso disminuir los rastros cicatriciales preconizando la vía periareolar desarrollada por Jenny en 1972. Apoyados en una casuista de 24 operaciones, estos cirujanos destacan que a partir de esta técnica lograron introducir las prótesis a través de incisiones más cortas (4 - 4,5 cm.) y de cicatrices que aparecen camufladas en la pigmentación de las areolas. Tres años después y en la misma revista, los estadounidenses Wright y Bevin describen su experiencia con 42 pacientes operadas de los senos a través de la vía axilar. Esta técnica, iniciada por Hoheler en 1973, permite obtener buenos resultados a través de heridas quirúrgicas situadas fuera de la mama, en un sector anatómico poco visible y donde las cicatrices quedan disimuladas en los pliegues naturales de la axila. Para brindar evidencia sobre este punto, apelan a la fotografía del posoperatorio de una paciente con los brazos en alto, aclarando al pie de la imagen que las incisiones axilares son prácticamente imperceptibles.

Según la literatura médica analizada, la inclinación por una u otra técnica depende de la habilidad del cirujano, el balance que este realice acerca de las ventajas y desventajas de cada uno de estos enfoques, las características anatómicas inherentes a las propias pacientes y las preferencias que estas manifiesten sobre el sitio de localización de las incisiones. De las entrevistas realizadas a pacientes y cirujanos, surgen distintos escenarios en lo que respecta a la capacidad de decisión de unos y otros. En ocasiones, parecería que el criterio experto asume primacía, aunque a partir de ello no deberíamos concluir que el vínculo médico/paciente se construye según un modelo paternalista. Fundamentalmente, porque el emplazamiento de la herida quirúrgica es un tópico explícitamente traído a colación en las consultas, no sólo para anticipar la presencia de cicatrices posoperatorias sino también para transmitir los motivos en los que se funda la indicación.

En este sentido, una de las pacientes señala que el cirujano le explicó que había dos técnicas para operarla, pero que en su caso particular no era posible hacer la incisión por la areola dado que “no tenía tanta elasticidad en la piel” y que, por lo tanto, era conveniente realizar el procedimiento por vía submamaria. En otros casos, la paciente parecía asumir un mayor protagonismo en este aspecto de la planificación quirúrgica, aunque de aquí no se deriva que el binomio médico/paciente se rija según un modelo orientado por el consumidor del servicio. Así, según relata otra de las pacientes, su cirujano también le explicó los tres tipos de incisiones, señaló ventajas y desventajas de cada una de estas vías, sugirió una técnica particular en función de las características anatómicas de la paciente y dejó abierta la posibilidad de que ella eligiera. Como veremos en el siguiente fragmento, esta mujer tuvo una participación activa en la planificación, pero su elección estuvo orientada reflexivamente por la información que le proveyó el experto:

Él usaba, o por abajo [de la mama], o la que es alrededor del pezón. Pero en mi caso, ya me lo habían dicho antes también, que era como muy pequeño el pezón, entonces iba a quedar una incisión muy grande alrededor del pezón, y además que la incisión del pezón te corta ciertos nervios. O sea, perdés sensibilidad en la lola. Y yo no quería eso. Entonces, en mi caso particular, no me importó. Se ve más la incisión abajo, obviamente, pero entre que me dijo que a mí, por mi tamaño, me convenía más abajo, y yo no quería perder sensibilidad en la lola, elegí esa.

De aquí podemos derivar que, el involucramiento más o menos activo de los pacientes durante la consulta médica, parecería constituir una característica extendida en el ámbito de la cirugía estética contemporánea. Ello se explica por la centralidad que tiene la evaluación del operado en la apreciación del resultado. Esta particularidad de la cirugía estética, introduce un equilibrio precario en la práctica de los especialistas, que muchas veces deben hacer esfuerzos para

conciliar lo que dicta el criterio médico con lo que demandan los candidatos. De no producirse una conciliación entre ambas perspectivas, la literatura médica sugiere multiplicar las consultas con la pretensión de lograr un reajuste en las expectativas del paciente, contraindicando la intervención en el caso de que esto no se consiga. Caso contrario, se corre el riesgo de defraudar a los pacientes, ya sea porque la demanda lega se revelará problemática para la estética o la salud de estos últimos, o porque sencillamente resulta imposible respetar lo pactado.

Dicha última situación la deja entrever uno de los cirujanos entrevistados, que relata una experiencia conflictiva con una paciente a raíz de haber cedido la autonomía técnica en materia de incisiones. Según cuenta, esta mujer arribó a su consulta solicitando implantes mamarios, los que serían introducidos por vía periareolar. Sin embargo, dado que esta mujer tenía los senos “un poco caídos” (ptosis), se hacía necesario realizar un procedimiento extra para corregir la posición (una mastopexia) cuya principal consecuencia sería una cicatriz vertical en la parte inferior del seno. El problema principal, es que esta mujer deseaba corregir la caída de sus pechos, pero se negaba de plano a aceptar esta segunda marca quirúrgica. Según relata el entrevistado, realizó todos los esfuerzos posibles para persuadir a la mujer acerca de la imposibilidad de satisfacer su demanda estética sin apelar a la segunda incisión, pero la paciente se mostraba intransigente e insistente en su pedido. Producto de esta tensión, “la situación no llegó muy clara al quirófano”: el especialista aceptó a regañadientes no hacer la incisión vertical, pero finalmente procedió a realizarla en el transcurso del procedimiento.

Al inicio del posoperatorio, el especialista no dijo nada. Pero cuando llegó el momento de sacarle las vendas y ante la inminente revelación de la incisión no deseada, tuvo que reconocer su proceder: “‘Mirá que para que quede bien, hubo que hacer...’. Uh, quilombo. Llanto. Y lo peor de todo, es que se complicó. Se le necrosó la areola. Por todo este quilombo. Por no planificarla de entrada”. Según afirma, la paciente no regresó a realizarse los controles pos-operatorios, y todos los días permanece tenso a la espera del arribo de una carta documento. La reflexión que el cirujano extrae de este altercado, permite poner en palabras la tensión que atraviesa la consulta de cirugía estética y la necesidad de los cirujanos de establecer un límite ante demandas profanas irreconciliables con lo que dicta el saber experto:

Ahí es cuando vos sentís que te manejó el paciente. Finalmente, siempre es lo mismo... Lo más difícil es decir “No, no te opero”. Esta era una mina para no operar. Pasa que me dice: “Me quiero operar la nariz, me quiero operar los párpados y me quiero operar las tetas”. Es difícil decir que no, a todo eso. Es difícil, porque es mucha plata. Pero yo tendría que haberle dicho... La mina se hubiera

operado con mis condiciones. Y ella me puso las de ella. Y yo como no pude cumplirlas, empecé a emparchar. Y ahí fue el principio del desastre. Y a la larga, te das cuenta que no tiene rédito.

La incorporación del paciente al proceso de planificación quirúrgica manteniendo los límites que impone la construcción de la indicación según criterios médicos, también se hace presente en otros dos aspectos fundamentales de las mastoplastias de aumento: el lugar o plano de colocación de las prótesis, y la selección del tipo de implantes mamarios. En lo que refiere al primer punto, y al igual que en el caso de las vías de acceso, los cirujanos tienen a disposición diferentes alternativas: el emplazamiento de las prótesis en el espacio subglandular (debajo de la glándula mamaria y encima del músculo pectoral) o la colocación en el espacio submuscular (debajo del músculo pectoral) (Figura, 41). Según la literatura especializada sobre el tema, cuando en 1964 se introdujeron los implantes al mercado, todos eran colocado en el plano subglandular en tanto era considerado como el sitio más adecuado para darle volumen a los senos. Sin embargo, como consecuencia de la alta incidencia que tenía la contractura capsular⁸³ en este emplazamiento y de los malos resultados estéticos que tenía en algunas pacientes, en 1968 los norteamericanos Dempsey y Latham publicaron un artículo en el que atenuaban estas problemáticas al utilizar el plano submuscular. Posteriormente, en 1977, el canadiense Paul Regnault perfeccionaría esta técnica al proponer la introducción parcial de la prótesis en el espacio submuscular, lo que permitiría obtener una mejor proyección de las mamas operadas.

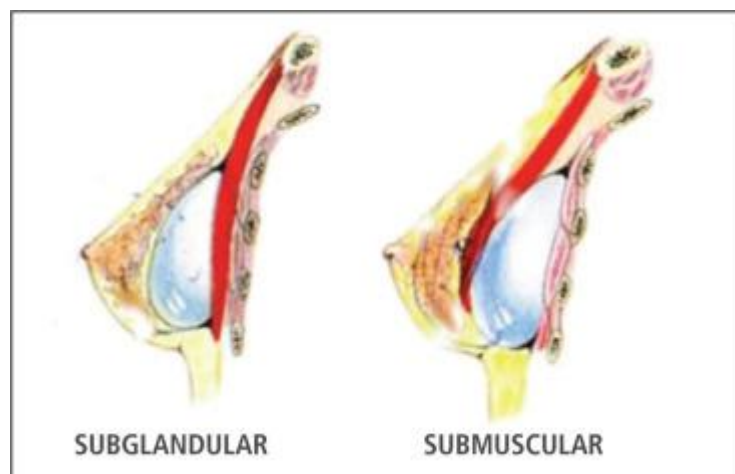


Figura 41. Plano de colocación de los implantes en cirugía de aumento mamario, en Gurriddi y Arriagadaga (2010), pág. 108

⁸³ Es una retracción del tejido fibroso de la cápsula que rodea las prótesis, que deriva en un endurecimiento y, en los casos más graves, en deformidad de la mama. Constituye una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía de aumento mamario (Escudero et. al., 2005).

Como podemos entrever en esta breve reconstrucción histórica, en la indicación del plano de colocación del implante, entran en juego consideraciones respecto a la salud (mayor o menor incidencia de la contractura capsular) y al resultado estético pasible de obtenerse. La elección, por lo tanto, gira en torno a la creación de un pecho estéticamente satisfactorio que minimice las complicaciones y la tasa de reoperaciones. Para ello, los especialistas sugieren hacer un examen pormenorizado del caso por caso, a los efectos de indicar el procedimiento que mejor se ajuste a las particularidades de cada paciente. Entre otras consideraciones, la literatura médica aconseja tener en cuenta la contextura física, el tamaño de la caja torácica, la calidad y cantidad de tejido mamario de las pacientes.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, las producciones científicas establecen que en las pacientes delgadas, con una caja torácica pequeña y poca cantidad de tejido mamario es aconsejable colocar las prótesis por debajo del músculo. Este último aporta mayor espesor de cobertura al implante, evitando que la escasa y mala calidad de los tejidos de estas pacientes delate la presencia del artificio a partir de la visibilidad del contorno de las prótesis. Los fundamentos de esta indicación, difíciles de comprender para el que aquí escribe y quizás también para el lector de esta tesis, fueron expresados en términos un poco más coloquiales por una de las entrevistadas:

Él me dijo que la ponía donde la persona quería, pero que a mí, por la piel caída, me recomendaba que me la ponga por abajo del músculo, porque al tener la piel tan finita se me iba a notar mucho si me la ponía como arriba del músculo. No sé, yo me imagino el cuerpo, pero no sé si es tan así, ¿no? Pero yo me imagino que iba a estar la prótesis y la piel arriba, y que se iba a notar mucho la prótesis. Al tener la piel estirada y que estaba más finita, se iba a notar. Él me recomendaba eso y yo le dije que sí. Igual me había dicho: ‘Mira que abajo del músculo duele más la recuperación, pero yo te recomiendo esta. Vos tenes la opción de elegir’. Y yo le dije: ‘No, yo quiero más natural’.

A partir de este pasaje, no pretendo sostener que la paciente haya adquirido un conocimiento cabal de la técnica quirúrgica. Pero sí, que al menos puede reponer con sus propias palabras las ventajas y desventajas de cada uno de los procedimientos, inclinándose por aquel que a pesar del postoperatorio más doloroso le brindaría una mama de aspecto “más natural”. Este proceso, en el que se incorpora la preferencia estética de la paciente a la planificación quirúrgica, también se pone de manifiesto en la tercera decisión central concerniente a las mastoplastias de aumento: la elección de las prótesis mamarias.

3.2. Elección de las prótesis y apreciación del resultado final

En la elección de las prótesis mamarias, entran en juego una multiplicidad de aspectos, tales como la forma (redondas o anatómicas), la textura (lisas o texturizadas), el perfil (bajo, medio o alto), el volumen y la marca de los implantes. Dado que es uno de los aspectos más recurrentemente abordados en la literatura médica, y que constituye una de las principales preocupaciones de las pacientes, me centraré solamente en las prácticas y dispositivos utilizados por los cirujanos plásticos para establecer y coordinar el volumen de los implantes mamarios. En la literatura internacional sobre la materia, pueden identificarse dos enfoques orientados a resolver este punto: el primero, confiere un mayor peso a la preferencia estética del paciente en la determinación del volumen; y el segundo, se funda en la determinación del cirujano de la prótesis adecuada de acuerdo a las medidas objetivas que presenta el candidato a la operación.

Las publicaciones que podríamos ubicar dentro del primer enfoque, incorporan a las pacientes en la toma de decisiones a través de dispositivos que les permiten visualizar los distintos resultados posibles de obtenerse a través de los diferentes volúmenes de prótesis, incluyendo desde probadores externos hasta simuladores de resultados 3D. Las primeras publicaciones sobre la materia datan de fines de la década del 70' y, con algunas excepciones, proponen variantes de una misma técnica: instar a las candidatas a que rellenen sus corpiños con distintos materiales a los efectos de que puedan vislumbrar y tomar parte activa en la decisión respecto al volumen de las prótesis. Con posterioridad, los materiales de fabricación doméstica (sachets rellenos de solución salina, bolsas rellenas de arroz, papel higiénico, algodón, etc), serían reemplazos por los probadores externos provistos por las distintas marcas de prótesis (Ellenbogen, 1978; Tegmeier, 1979; James 1987; Dionyssiou, Demiri y Davison, 2005; Hidalgo y Spector, 2009). En paralelo al desarrollo de probadores externos, también se idearon rutinas y dispositivos destinados a simular el resultado en el quirófano, colocando los probadores mediante incisiones en las mamas de las pacientes y requiriéndole que contemple el posible resultado instantes antes de proceder a la operación (Furnas, 1979). Más contemporáneamente, a este arsenal de dispositivos de coordinación, se sumarían los simuladores 3D que proyectan el resultado apelando a distintos softwares. Según los impulsores de esta tecnología, la superioridad de los simuladores residiría en la mayor fidelidad con la que representan el posoperatorio (Gladilin, Montemurro y Heydén, 2011; Rooestaien y Adams, 2014) (Figuras 42 a 45).

Los trabajos que caen en la segunda categoría, proponen un sistema codificado de prácticas orientadas a mensurar las características objetivas del seno de las pacientes a los efectos de establecer el tipo de prótesis que generará menor incidencia de complicaciones a largo plazo. Sin entrar en detalles técnicos, entre estas características podemos mencionar: el ancho del seno, la calidad del tejido mamario de la paciente, el ancho de la caja torácica y la contextura física general de la candidata. Según J. B. Tebbets, figura central en la creación de este sistema codificado de prácticas, esta manera de proceder presenta la ventaja de ser una metodología científica que muestra mejores resultados que los anticuados y subjetivos dispositivos de simulación (Tebbetts y Adams, 2005; Tebbets, 2011).



Fig 3. Patient seated and inspecting her prostheses in the mirror at the foot of the table.

Figura 42: Procedimiento de simulación de aumento mamario en el momento previo a la intervención quirúrgica, en Furnas (1979), pág. 578



Fig 1. Preoperative view of patient with chosen bra-size.



Fig 2. Inserting 25-ml sachets into bra-size.



Fig 3. Six 25-ml sachets filling right cup of bra-size.

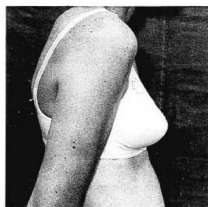


Fig 4. Postoperative appearance with 140-ml silicone prosthesis.

Figura 43. Procedimiento de simulación de aumento mamario con sachet rellenos de solución salina, en James (1987), pág. 295



Fig. 1. The patient puts the chosen implant into her bra.



Fig. 3. If the patient is not satisfied, the attempt can be repeated with different sizes of implants.

Figura 44. Procedimiento de simulación con prótesis mamarias provistas por empresas fabricantes, en Bracaglia et. al. (2005), pág. 407

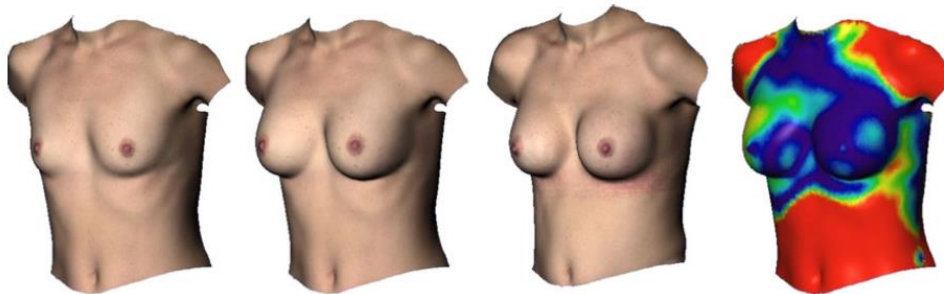


Fig. 5 Comparison between the simulated and postsurgery results. From left to right Presurgery scan, simulation result of asymmetric breast augmentation with Allergan MF255 (right breast) and MM245

(left breast) implants, postsurgery scan, color map of differences between the simulated and 3-month postsurgery results on the color scale from 0 mm (dark blue) to 5 mm (red)

Figura 45. De izquierda a derecha, comparación entre simulación 3D y resultado efectivamente obtenido a los efectos de mostrar fidelidad del procedimiento, en Gladilin et. al. (2001), pág. 497

Para comprender cabalmente el contraste entre los procedimientos mencionados hasta aquí, resulta pertinente analizar un debate entre los representantes de ambas vertientes surgido a raíz de un artículo de Hidalgo y Spector (2010) en la revista “Plastic and Reconstructive Surgery”. En dicho artículo, los autores exhiben los resultados de una encuesta en la que muestran que se registra una mayor satisfacción con los resultados y una menor tasa de reoperaciones cuando se produce la participación de las pacientes en la elección del volumen de las prótesis mamarias. J. B. Tebbets, figura central en la creación del sistema codificado de prácticas, enviaría una carta al editor de la

revista criticando la metodología de propuesta por los cirujanos mencionados precedentemente. Al cierre de la misiva, afirma que el artículo de sus colegas no hace más que promover “four-decade-old subjective methodologies”, dando la espalda a las metodologías científicas “with proven superior processes and outcomes” (Tebbetts, 2011: 1001-1002). En la carta de respuesta, además de rectificar apreciaciones distorsionadas acerca de su propuesta y de defender su eficacia, Hidalgo y Spector retoman la crítica al carácter anacrónico de las técnicas que implementan probadores externos. Pero, en esta ocasión, la movilizan para reprobar la anticuada relación médico-paciente que sostiene el sistema de Tebbets:

What is truly outdated is the model of the surgeon as an autocratic figure that dictates what is best while ignoring patient input beyond presenting anatomy. The trend today instead is toward personalized medicine. Consistent with that, breast augmentation should be viewed more as a couture procedure that intimately involves the patient rather than a purely scientific process focused largely on efficiency. [...] Our system operates on a value system that fosters a collaborative bond between the patient and surgeon, embraces the role of artistry beyond scientific analysis alone, and pursues a unique solution for each patient (Hidalgo y Spector, 2011: 1003-1004).

Delineado el panorama acerca de los dispositivos de coordinación disponibles internacionalmente en materia de mastoplastias de aumento, resulta pertinente explorar el posicionamiento que los cirujanos plásticos argentinos asumen frente a ellos y describir las adaptaciones prácticas que realizan para incorporarlos a su práctica cotidiana. De los intercambios que tuve con los cirujanos, surgen algunas resistencias a la exhibición de fotografías de casos previos y un total rechazo a los simuladores 3D. Tanto en uno como en otro caso, el distanciamiento responde al riesgo de acotar excesivamente el horizonte de expectativas, delineando un panorama en el que se plantea un escaso margen para la incertidumbre acerca de los resultados. Así lo expresó un cirujano de la ciudad de Buenos Aires, refiriéndose particularmente al uso de los simuladores 3D:

Hay tipos que te sacan una foto, te ponen en la computadora, y te hacen así un poquito de Photoshop y dicen: ‘Así vas a quedar’ ‘Bueno, fantástico. Guardáme la impresión de esa imagen, y cuando termine la cirugía yo voy a comparar’. El tipo que hace eso, es un enfermo mental. No se debe, no se puede. Porque aparte, te estás suicidando.

Descartado el uso de simuladores, queda por indagar la postura de los especialistas ante los sistemas de medidas codificadas y el uso de probadores externos para el establecimiento del volumen de las prótesis. Los entrevistados parecerían asumir un punto intermedio entre estos dos extremos: involucran a la paciente en el proceso de planificación a través de los probadores, pero

enmarcan esta participación dentro de los límites que imponen las características físicas (contextura de la paciente, anatomía del seno, cantidad y calidad de los tejidos mamarios), el criterio estético del cirujano e incluso la ocupación de la futura operada. Para ser más precisos, es partir de todos estos aspectos, que los cirujanos delimitan un rango volúmenes adecuados para la paciente en cuestión, procediendo posteriormente a que esta última experimente con estas posibilidades a partir de los probadores externos y seleccione aquel volumen que le siente mejor al contemplarse frente al espejo.

En este punto, se abren dos escenarios posibles: que el proceso se lleve adelante en el consultorio del especialista, o que la paciente vaya a los distribuidores de determinada marca de prótesis con la orden del médico y realice la prueba en los espacios que estos establecimientos destinan a tal efecto. Tanto en uno como en otro caso, la contemplación frente al espejo con las prótesis externas no se da en solitario, sino que está guiada por el juicio estético y la voz de la experiencia de expertos y legos en la materia. Comenzando por el segundo escenario, resulta pertinente reponer el proceso de selección llevado adelante por Julia, empleada pública porteña de 26 años.

Según comenta, tuvo dos consultas con el cirujano. En la primera, el cirujano le indicó un “rango de los tamaños” (entre 250 y 350 cc.), aclarándole a continuación que el volumen máximo constituía un límite infranqueable: “Hasta acá, yo te opero. Si vos querés otra cosa, anda a otro médico. Yo hasta esto cedo. Hay cosas que se pueden hablar, hay cosas que no, pero más no porque es malo para tu salud, o porque te van a quedar mal”. Según relata, le sugirió un distribuidor donde podía ir a realizarse la prueba de los implantes, lugar al que asistió junto a su madre. Allí, la atendió una vendedora, que la proveyó de “un corpiño deportivo” y “las tetas de prótesis”, para así poder ver “cómo me iban a quedar”. Pero además de brindarle los materiales para la simulación, la vendedora la ayudó a elegir el volumen específico dentro del rango establecido en la orden médica. Para ello, apeló a su propio cuerpo y a su propia experiencia como mujer que ya se había realizado una mastoplastia de aumento. En este sentido, le mostró a Julia cómo lucían sus senos luego de haberse colocado prótesis de 300 cc., señalando que ella podía ser tomada como referencia en tanto había partido de un volumen de mamas similar a los de su cliente (“Yo tenía más o menos como vos”). Finalmente, la entrevistada se inclinó por ese volumen, no sin antes mediar el asentimiento de su madre: “Me parece que trescientos está bien”.

En el consultorio, el procedimiento es esencialmente el mismo, solo que el principal interlocutor de las candidatas es el cirujano propiamente dicho. En el caso de varias de las entrevistadas, sus relatos dejan entrever que, a pesar de haber realizado la prueba de las prótesis, eso no contribuyó a la selección del volumen en tanto confiaron pura y exclusivamente en el criterio del especialista. Para otras, el uso de las prótesis externas las proveyó de una pauta referencia, en tanto les permitió operacionalizar en un lenguaje visual aquello que aparece expresado en términos técnicos.

Tal fue el caso de Daniela, empleada pública de 31 años, que dice haberse sentido impactada al ver la variedad de modelos de prótesis distribuidas sobre la mesa de su cirujano y desconcertada al tener que elegir a partir de una unidad de medida que no es la habitual para referirse al tamaño del busto: “Porque aparte está en centímetros cúbicos y yo era como: ‘¿Cuántos centímetros cúbicos es una teta?’”. Esta situación inicial de desborde de posibilidades sobre la mesa, comenzó a estructurarse en un universo más limitado a partir del momento en que el cirujano seleccionó aquellas prótesis que se adecuaban a sus medidas: “Entonces vos vas y estás como: ‘¿Cuál me pruebo?’ O sea, como ir a elegir un jean, no sé. (...) Y obviamente ahí cuando vas, te recomendaba por tu estatura, por tu espalda... Entonces te iba recomendando y era más fácil de ver, te guiaba un montón”.

El relato de Lorena, por su parte, permite identificar el modo en el que el cirujano guía sutilmente la mirada de la paciente para que pueda apreciar con mayor nivel de fidelidad visual los cambios experimentados en las variaciones mínimas del volumen de las prótesis de prueba. Según afirma esta operada de 30 años, ella se probó el volumen sugerido por el cirujano y acto seguido la medida anterior, pero no lograba identificar la diferencia entre una y otra opción. Ante las dudas de la paciente, el especialista le sugirió que reemplazara la remera negra con la que estaba realizando la simulación por un corpiño de color claro. Según le explicó el profesional, la diferencia entre uno y otro color, es que con el primero “el tamaño no se nota tanto” y con el segundo “se nota mucho el tamaño”. Fue a partir de este sencillo recurso, que Lorena pudo identificar las diferencias, decantándose finalmente por el volumen que le había sugerido el profesional consultado.

El sutil despliegue de la autoridad experta en este proceso dialógico también puede constatar en otro fenómeno: varios especialistas afirman que procuran inducir a las mujeres a colocarse volúmenes levemente superiores al que ellas seleccionan inicialmente. Fundamentan

este proceder, en una larga experiencia de prueba y error. Según afirman, en el proceso de simulación con prótesis externas, las mujeres perciben que el volumen sugerido por el cirujano es “excesivo” y “chocante”, solicitando una medida menor a la planteada. En este punto, hace su ingreso a escena la persuasión del especialista, donde aparecen entremezcladas su propia casuística y la teoría que le da sustento:

A la paciente, de entrada, le parece que es mucho lo que se va a poner. Pero después todas dicen: ‘Me hubiese puesto un poco más’. ¿Por qué? Porque es la cirugía que más rápidamente incorporan como propia, en el esquema corporal. Eso, desde el punto de vista psicológico, ya está estudiado. Las prótesis mamarias a los quince días siempre fueron de ellas, ni se acuerdan de que tienen prótesis mamaria.

Para guarecerse de los riesgos de insatisfacción que suscita esta suerte de amnesia acerca del cambio corporal experimentado entre las pacientes, los cirujanos no sólo se adelantan al futuro recomendando prótesis más grandes. También apelan al pasado, una vez que la cirugía se ha consumado y los resultados están a la vista. Desde esta perspectiva, la prueba de los implantes no sólo es un dispositivo de coordinación cuya eficacia desconocemos a ciencia cierta. También es un dispositivo de atribución de responsabilidad (Holstein y Miller, 1990) que, junto con el consentimiento informado, pueden ser movilizados para recordar a la paciente que ella tomó una parte activa en el proceso de planificación quirúrgica. A pesar de no contar con evidencia directa obtenida a partir de las entrevistas, varias de las publicaciones extranjeras que describen el procedimiento de prueba de prótesis dan cuenta de este punto. Para dar solo un ejemplo, veamos el siguiente pasaje donde se sintetiza este punto de vista: “Proponents of this technique say it is relatively easy to perform and importantly allows the patient to not only preview the final breast size but, by participating in the sizing process, accept responsibility for the outcome together with the surgeon” (Holmes, Timmons y Kauser, 2015: 1366).

Los rastros del pasado, prestos a ser esgrimidos en caso de diferendo con el resultado, asumen mayor contundencia visual en el caso de las fotografías pre- y pos- operatorias. Estas últimas operan como una prueba que permite mostrar secuencialmente y por contraste el cambio físico experimentado: “El paciente, cuando vos lo operaste, ya pierde la percepción de lo que tenía. Entonces siempre hacemos la foto pre y pos. ¿Por qué? Porque cuando viene ese reclamo, vos le decís: ‘¿Sabes de dónde partimos? Mirá’ ‘¡No!’ ‘¿Viste que te olvidaste?’. Y ahí, a algunos se les termina...”. En conjunción con este recurso al pasado, los especialistas se apoyan en el carácter intersubjetivo que tiene la evaluación del resultado en cirugía estética. En este marco, cuando las

disputas no pueden ser resueltas al interior del binomio médico-paciente, entran a escena otros actores que fungirán como aliados de la opinión del cirujano.

Ese punto, aparece ilustrado por uno de los entrevistados, que trajo a colación el caso de una joven a la que le realizó una mastoplastia de aumento. La paciente arribó al consultorio junto con su madre, que tomó la voz cantante señalando que habían consultado anteriormente con otro cirujano, pero que estaban en desacuerdo con el criterio estético que este planteaba. Según relata el cirujano, una vez tomadas las medidas de la paciente, realizó la prueba de los implantes y acordó con esta última colocarle prótesis de 300 cc. A criterio del cirujano, la evolución en el posoperatorio fue perfecto y el resultado estético satisfactorio. Sin embargo, la madre de la joven se mostraba disconforme, con el agravante de que el entorno familiar de la paciente reforzaba dicha opinión: ““Ante todo, mi hija no está contenta, y por eso doctor, yo no estoy contenta. En primer lugar, no se nota nada. A tal punto que mis otros hijos le preguntaron en broma si se había operado o no. Mi marido enojado porque gastamos en algo que no se nota””.

Ante la impasibilidad de esta mujer, el cirujano le propuso contactar a otros dos especialistas, cuya imparcialidad estaba supuestamente garantizada por el hecho de que no pertenecían a su equipo quirúrgico y porque fueron designados imparcialmente por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. No obstante, renglón seguido este cirujano señala haber tenido un intercambio telefónico con uno de estos especialistas, que le aseguró que el resultado estaba “entre nueve y diez”. El mismo veredicto sostuvo en el encuentro con la paciente, no sólo ensalzando el resultado, sino también atribuyendo la responsabilidad de la desazón a las veleidades de una mujer demasiado ostentosa y a la timidez de una muchacha apocada: “Lo que pasa señora, es que usted compite con su hija. Y usted quiere que la miren. Y a ella no la miran, porque ella tiene una tendencia a estar sumamente agachada. Si cambiara la postura, mostrando lo que tiene y tuviera ganas de mostrarse en la vida, la cosa sería distinta”.

Conclusiones

En este capítulo me enfoqué en la construcción de la indicación médica en la cirugía de la mama femenina. Por su precedencia temporal, inicié con la cirugía de reducción de busto. A partir del análisis de las publicaciones médicas, pude constatar que la indicación de dicha cirugía se encuentra fundada en motivos funcionales, psicológicos y económicos. Asimismo, que a pesar de que estas dimensiones aparecen entrecruzadas en la visión médica acerca de la hipertrofia

mamaria, las limitaciones técnicas de los inicios de este tipo de procedimientos restringían la indicación a aquellos casos en los que el excesivo desarrollo comprometía seriamente la función corporal. Posteriormente, los avances en este tipo de operaciones, permitieron ampliar la indicación para incluir aquellas mujeres menos comprometidas funcionalmente, pero con repercusiones en las esferas psicológicas y económicas.

En los apartados subsiguiente, me orienté a indagar en torno a la construcción de la indicación médica en las cirugías de aumento del busto femenino. En primera instancia, procuré reconstruir el ciclo de ilusión y desencanto que atravesó la historia de las prótesis mamarias a nivel internacional. Hice un repaso de los materiales con los que experimentó la comunidad médica y los malos resultados que llevaron a abandonarlos. Finalmente, mostré que las prótesis rellenas de gel de silicona fueron adoptadas como una tecnología que permitía obtener resultados naturales sin reacciones adversas, permitiendo ampliar la indicación de las mastoplastias de aumento. Acto seguido, procuré identificar los rastros de esta historia en Argentina, mostrando que también se experimentó con diversos materiales hasta adoptar definitivamente las prótesis de silicona. A partir de dicho análisis, procuré mostrar que la demanda de este tipo de procedimientos tiene larga data, pero que los malos resultados con distintos materiales a corto y largo plazo no permitían responder médicamente a esta inquietud. Fue a partir del consenso inestable en torno a los implantes mamarios de gel de silicona introducidos al mercado en 1962, que se ampliaría la indicación de este tipo de procedimientos y que las mastoplastias de aumento se instalarían como el procedimiento contemporáneamente más realizado en Argentina.

A continuación, procuré dar cuenta de la indicación psicológica de este tipo de procedimientos. A partir del análisis de las publicaciones médicas, identifiqué dos cambios con respecto a lo expuesto en capítulos anteriores. Primero, la proliferación a nivel internacional de trabajos que movilizan instrumentos estandarizados de medición con el objeto de cuantificar y objetivar el impacto psico-social de la cirugía de aumento mamario. Segundo, la relevancia que asumen los problemas de la intimidad femenina en la indicación de este tipo de prácticas, contrastando con el predominio que asumía la vida pública en las cirugías que recaían sobre el rostro. A nivel nacional, destacué que las pocas publicaciones argentinas me permitieron identificar igual prevalencia de la intimidad, así como la advertencia acerca de aquellas pacientes que depositan un exceso de expectativas en los cambios vitales que experimentarán con posterioridad a la cirugía.

Finalmente, indagué en torno a la indicación estética en las cirugías de aumento mamario. Para ello, hice un repaso de la literatura internacional vinculada al desarrollo de técnicas, prácticas y dispositivos orientados a construir la indicación estética y a incorporar al paciente al proceso de planificación quirúrgica. Me enfoqué en tres aspectos de dicha planificación: la ubicación de las cicatrices, el plano de colocación de los implantes y la determinación del volumen de las prótesis mamarias. Según pudimos constatar, los entrevistados muestran cierto grado de apertura a la incorporación de las pacientes, pero dentro de los márgenes que impone su propio criterio experto. De esta manera, no sólo pueden educar la mirada estética de las pacientes y ganar el asentimiento en la etapa pre-operatoria, sino que disponen de la posibilidad de recordarle su participación en el proceso en caso de desavenencia con el resultado obtenido.

En síntesis, este capítulo mostró algunos cambios y continuidades referidos a la construcción de la indicación médica en el último tercio del siglo XX. En primer lugar, la introducción de una innovación tecnológica que permitió ampliar la indicación de las mastoplastias de aumento, fenómeno que se expresa en la preeminencia estadística que asumen las intervenciones sobre el cuerpo en relación a las que toman por objeto el rostro. En segundo lugar, permitió constatar que dicho desplazamiento, implica introducir la intimidad y la sexualidad femenina en el centro del discurso tendente medicalizar la experiencia de las pacientes operadas de las mamas. En tercer lugar, que los criterios de categorización y selección de pacientes constatados en la literatura médica de la primera mitad del siglo XX parece mostrar cierta estabilidad en el discurso médico contemporáneo. Por último, podríamos aseverar que la apertura al involucramiento del paciente en el pre y el pos operatorio, parece constituir un rasgo estable en el ejercicio de esta especialidad.

Según veremos en el próximo capítulo, el panorama contemporáneo está atravesado por una nota disonante que viene a abrir un nuevo interrogante en torno a estas prácticas médicas: las narrativas acerca de las víctimas “de” la cirugía estética en los medios de comunicación argentinos. Trazando un paralelismo con el caso a partir del cual inicié esta tesis, podríamos formularnos la siguiente pregunta: ¿estamos frente a nuevo escenario de cuestionamiento a la cirugía estética? A responder esta pregunta, dedico el próximo capítulo.

Capítulo 6. Escándalos contemporáneos en torno a la cirugía estética: ¿cuestionamiento o institucionalización de una práctica?



Un cadáver y una faja de clausura. Dos cirujías estéticas que terminaron en tragedia. Debajo de la sábana, trasladada por cuatro hombres, yace el cuerpo de Gloria, travesti de 38 años de la ciudad de Rawson, capital de la provincia de Chubut. Según el médico que le brindó atención al ser ingresada al hospital Santa Teresita en noviembre de 2004, la mujer presentaba “signos de heridas en la zona de los glúteos, típicas de quien se ha inyectado alguna sustancia oleaginosa”. Por su parte, el domicilio clausurado que figura en la fotografía de la derecha, corresponde al barrio porteño de La Paternal y es el lugar al que Catalina Álvarez Rodas de 43 años acudió para someterse a una lipoaspiración. Ingresada el 14 de septiembre de 2004, encontró la muerte producto de una reacción alérgica a la anestesia. Estas historias atroces, en las que el desenlace se produce bajo el signo de la pérdida, podrían sugerir un paralelismo con el caso de Suzanne Geoffre presentado en la introducción de la presente tesis.

Sin embargo, lejos de suscitar una controversia en torno al valor terapéutico de la cirugía estética, dichas narrativas constituyen la apoyatura dramática de escándalos públicos destinados a delimitar técnica y moralmente el universo de productores que se disputan una porción del mercado de cirugía estética. De esta manera, según el artículo publicado en el diario “La Prensa” el 23 de noviembre de 2004, el desenlace fatal de la mujer que iba a someterse a una lipoaspiración sería responsabilidad de la falta de habilitación de la cirujana y del quirófano donde se intentó llevar a

cabo la operación: “La investigación policial determinó que Gerztein no era cirujana plástica y que el lugar donde se realizó la operación no estaba habilitado como consultorio médico ni como instituto de belleza”. Por su parte, aunque no es mencionado de forma expresa en el artículo, el deceso de Gloria fue el resultado de la inyección de una sustancia no autorizada para uso médico en los glúteos de la paciente. Víctimas aleccionadoras, estas muertes advierten acerca de los riesgos de las “malas” elecciones y suscitan recomendaciones para acceder a una cirugía estética “segura”. En tándem con la voz de cirujanos plásticos acreditados que aparecen citados en distintos pasajes, en la publicación se sugiere tomar a la cirugía estética con “seriedad”: “Es importante que el paciente se asegure que el cirujano con quien se va a atender sea especialista en la materia y también que el lugar en que se va a realizar la intervención esté debidamente habilitado” (“Una operación que terminó en tragedia”, La Prensa, 2004: 18).

Este capítulo, tiene como objetivo indagar en torno a los escándalos (de Blic, D. y Lemieux, C., 2005; Lemieux, 2007) suscitados a raíz del daño provocado por la cirugía estética, tomando como unidad de análisis las historias atroces (Dingwall, 1977) que pueblan el paisaje mediático contemporáneo. Caracterizadas por el desenlace trágico, la escenificación de las víctimas “de” la cirugía estética (Barbot y Cailbault, 2012) parecería constituir la reedición de viejas polémicas en torno al valor terapéutico de estas prácticas médicas. Sin embargo, a pesar de que la crítica aflora bajo el signo de un feminismo pujante, lo cierto es que las víctimas cumplen la paradójica función de consolidar institucionalmente a los cirujanos plásticos que disponen de título de especialista. Este capítulo comienza por desglosar la estructura y el contenido de dichas narrativas, para luego dar paso a los procesos de atribución de responsabilidad que surgen de ellas y a las respuestas políticas que emergen de los distintos modelos de atribución de responsabilidad.

1. Escándalos en los medios de comunicación: las víctimas “de” la cirugía estética

“Escándalo tras una cirugía estética”, puede leerse en el zócalo de una noticia emitida en el informativo de “Telefe Rosario” el 10 de octubre de 2022 y replicada con varios cortes en la página de Instagram de la SACPER cuatro días después. Justo encima de la placa, se observan dos fotografías en las que se reconstruye el “antes” y el “después” de un tratamiento estético efectuado en los labios de una joven paciente (Figura 46). Según relata una de las presentadoras

del informativo, el nombre de la muchacha es Nadia, que fue a aplicarse lo que “supuestamente era un relleno de labios” en un centro de estética de La Ferrere (provincia de Buenos Aires) y “quedó prácticamente desfigurada”. El mal resultado impulsó a Nadia a efectuar un reclamo en el centro, lo que desató una trifulca que según se ve en un video que grabó un allegado de la joven incluyó empujones, gritos y rotura de vidrios. Según la síntesis de la periodista, “la sacaron a trompadas”.



Figura 46. El antes y el después de un tratamiento estético en los labios de una paciente intervenida en un centro de estética de Laferrere, Provincia de Buenos Aires. En “Telefe Rosario”, 14 de octubre de 2022.

Introducidos los hechos, el presentador masculino da pie a una comunicación telefónica con Edgardo Bisquert, “vice-presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y Reparadora”. El experto, realiza una serie de advertencias y recomendaciones. Por un lado, advierte sobre el “intrusismo”⁸⁴ (“El que ejerce una actividad para la cual no está preparado”) y sobre el riesgo de caer en sus manos a partir de la búsqueda de profesionales en las redes sociales. Por el otro, sugiere ingresar a la página institucional de la SACPER para buscar cirujanos acreditados y recurrir a “un lugar que realmente esté habilitado”. Las advertencias y recomendaciones cobran sentido al cierre de la entrevista, cuando el cirujano emite su opinión

⁸⁴ El intrusismo, entendido como el ejercicio de actividades profesionales por personas no autorizadas para ello, constituye una problemática candente entre los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos. La relevancia que asume el intrusismo en el marco de la cirugía estética, obedece a tres motivos. El primero de ellos, es que la ley que rige el ejercicio legal de la medicina (Ley 17.132), no establece la obligación expresa de poseer una certificación específica para realizar prácticas especializadas. El segundo, refiere a la poca especificidad del área de intervenciones prácticas de la cirugía plástica, en tanto constituye una especialidad carente de límites anatómicos que provoca numerosos solapamientos con otras ramas de la medicina. El tercero, es el atractivo económico de las cirugías estéticas, que permite a los profesionales establecer el monto de sus honorarios y percibirlos sin atravesar el proceso burocrático demandado por las obras sociales y entidades de medicina prepaga.

sobre el caso en cuestión. Aunque dice desconocer qué es lo que pasó en este caso en particular, deja entrever que lo acaecido responde a la falta de acreditación del lugar y el personal que llevó a cabo el tratamiento: “Cuando vos recurrís a un lugar habilitado, con una persona, un personal y un equipamiento acorde a las circunstancias del caso, las complicaciones se minimizan. Desconozco qué es lo que sucedió acá. Pero bueno, si uno toma los recaudos, las posibilidades de que esto ocurra, son mínimas”.

La misma historia fue replicada en octubre de 2022 en informativos de otros canales. En el canal “A24” nos enteramos de que Nadia contactó el centro a través de una promoción en las redes sociales y que le aplicaron un producto desconocido alegando que la marca de ácido hialurónico de la publicidad estaba en faltante. Pero más allá de añadir algunos detalles a la narración, lo notorio de esta emisión es que a pesar de que no realizan una entrevista a un experto acreditado, la atribución de responsabilidad por el daño y el carácter aleccionar de la historia se repiten. Transcribo a continuación los pasajes más ilustrativos de los tres presentadores televisivos en los se alternan la atribución de responsabilidad bajo la forma de la sospecha y recomendaciones sobre la forma segura de consumir cirugía estética:

Periodista 1: Así queda el rostro, la boca puntualmente, de Nadia. Lo que estaría bueno preguntarse, Mercedes, porque ahí adentro se ve gente de guardapolvo, ¿son médico o es gente que se pone el guardapolvo para aplicar estas inyecciones? [...] Periodista 2: Este lugar, evidentemente, no tiene profesionales capacitados para hacerlo, y hay que ver claramente si este lugar estaba habilitado. [...] Periodista 1: Repetimos, en este centro de estética que no tenemos claro si este tal Emanuel Sambataro es médico o no. Lo que sí está claro es que aplicaron algo sobre el rostro de esta chica. Periodista 2: Exacto, y ver qué también, que den explicaciones de qué producto se le inyectó.

En los próximos apartados, analizaré varios de estos escándalos mediáticos (de Blic, D. y Lemieux, C., 2005; Lemieux, 2007) suscitados a raíz de cirugías estéticas que resultaron en un daño para los pacientes. A diferencia del affaire Geoffre con el que iniciamos la presente tesis, lejos de fundarse en una disputa entre dos partes en torno al valor curativo de la cirugía estética, estos escándalos desatan una condena unánime en la arena pública dirigiendo el foco de la crítica hacia las deficiencias técnicas y morales de los victimarios. La unidad de análisis a partir de la cual penetraré en estos escándalos, son las narrativas atroces (Dingwall, 1977; Allen, 2001) sobre las víctimas “de” la cirugía estética en los medios de comunicación (Barbot y Cailbault, 2010). Coloco entre comillas la preposición, a los efectos de remarcar el cambio histórico en el modo en que la cirugía estética es presentada públicamente: si en la primera mitad del siglo XX el discurso mediático tiende a remarcar el papel redentor de estas prácticas (las víctimas “en” la cirugía

estética), a partir de principios de los 80' comienzan a surgir publicaciones en las que se exhiben los daños funcionales, estéticos y psicológicos provocados por estas cirugías (las víctimas “de” la cirugía estética”).

A los efectos de desglosar dichas narrativas comienzo por analizar el modo en que se estructura el relato de los hechos, poniendo particular énfasis en el trabajo de figuración de las víctimas y en la escenificación de los distintos tipos de daño surgidos a raíz de intervenciones con fines estéticos (Winance, Barbot y Parizot, 2018). Acto seguido, examino la imputación de responsabilidad por el daño acaecido sobre las víctimas (Barbot, J., Winance, M. & Parizot, I., 2015), destacando la primacía absoluta que asume la sospecha de mala praxis sobre personas que realizan procedimientos al margen de los requerimientos técnicos y morales que garantizarían una cirugía estética “segura”. Como cierre al análisis de las narrativas, extraigo las consecuencias políticas que emergen de estos escándalos, destacando su papel instituyente en la demarcación estatal de los oferentes de cirugía estética.

2. Muertas para ser más lindas: las víctimas a la luz de la crítica feminista

“Linda, está en coma”, es el título que lleva una nota publicada en la revista “Gente” el 6 de noviembre de 1997. Debajo del título, se ve la fotografía doméstica de una mujer sonriente mirando a cámara, presuntamente en algún evento social. En el copete, nos enteramos que el nombre de esta mujer es Alicia Piagentini de 42 años. Su historia aparece resumida en tres líneas: “Quería borrarse dos arrugas. Se internó para hacerse un lifting. Hace catorce meses está en estado vegetativo”. A continuación, se afirma que “su caso no es el único” y que “varias famosas y desconocidas corren riesgos para verse más jóvenes y lindas”. En el cuerpo de la nota, nos encontramos con otras fotografías familiares de Alicia previas a la intervención, relatos breves de mujeres famosas y ordinarias que padecieron complicaciones a raíz de cirugías estéticas y una infografía que sintetiza “Lo que hay que saber antes de operarse”.

Sin embargo, la parte más sustancial de la publicación está dedicada a narrar el caso de Alicia. Cada uno de los momentos de esta historia está identificada con subtítulos resaltados en color rojo y mayúsculas: “TODA UNA OBSESIÓN”, “LA DECISIÓN”, “LA OPERACIÓN” y “CUANDO LO QUE IMPORTA ES LA VIDA”. Bajo el primer subtítulo, se describe el momento

y los motivos que llevaron a Alicia a plantearse la posibilidad de hacerse una cirugía estética: reveló las fotografías de unas recientes vacaciones veraniegas en Punta del Este e identificó algunas “imperfecciones de su cuerpo”. Notó que el bronceado resaltaba algunas arrugas de su rostro y que el traje de baño revelaba algunos quilos de más. Según nos enteramos a continuación, Alicia tenía un núcleo familiar constituido por su esposo Luis y 3 hijos (Gisella de 21 años; Yanina de 19 y Sebastián de 17), con quienes comentó la idea que había comenzado a rondarle por la cabeza durante un desayuno. Su esposo trató débilmente de disuadirla (“Pero si así estás perfecta”) y sus hijas “sonrieron cómplices” por “lo coqueta que era su mamá”.

Bajo el segundo subtítulo, se relata el momento en que Alicia y su esposo viajaron desde la localidad santafesina de Santo Tomé⁸⁵ a Buenos Aires a consultar con quien sería el cirujano plástico a cargo de su intervención: Rolando Pisanú. En la consulta, hablaron de la posibilidad de hacer un lifting facial, una cirugía de nariz y lipoaspiración en las piernas. Luego de meditarlo unos días, la pareja decidió avanzar con el procedimiento y concertaron la cirugía para el 15 de agosto de 1996. “LA OPERACIÓN” (tercer momento) se llevó a cabo en la Clínica Exélcitas, y estuvo a cargo de Rolando Pisanú (cirujano) y Leandro Stelmanszewki (anestesista). Comenzó a las 15:30 y, luego de cinco horas de angustiosa espera (Luis Piagentini iba y venía por los pasillos de la clínica), Alicia fue trasladada al cuarto. Al verla, “su marido la notó extraña: movía los brazos inconscientemente, como si le temblaran”.

El final de la narrativa es trágico. Durante el posoperatorio “Alicia hizo un paro cardiorrespiratorio” y fue trasladada de urgencia a un sanatorio en el que pronunciaron el “diagnóstico terminante: estado vegetativo”. Lo que antes era una vida más o menos plena, asume el signo de la pérdida después de la cirugía: “Y no hubo más viajes, ni más fotos, ni más desayuno, ni más trabajo, ni más sonrisa”. Lo que antes era un cuerpo funcional deviene en un cuerpo primario y dependiente del cuidado de los otros: “Luis y sus hijos aseguran que Alicia los oye. Que si le ponen la comida en la boca, ella chupa. Que su mencionan a Pisanú, grita. Y que cuando le muestran fotos viejas, llora” (Montini y Tauro, 1997: 47-54).

La narrativa de Alicia, con la que decidí comenzar este apartado debido a la notoriedad pública que adquirió el caso entre fines de la década del 90’ y principios del dos mil, presenta varias características comunes a otras narrativas atroces que permean el paisaje contemporáneo de los medios de comunicación. Entre dichas características, la primera que cabe destacar es el título,

⁸⁵ Santo Tomé es una ciudad de Argentina del departamento La Capital en la provincia de Santa Fe.

que sintetiza la narrativa dramatizando la desproporción entre el fin perseguido (ser “linda”) y el daño acaecido (“está en coma”). Un análisis de algunos títulos de notas publicadas en medios gráficos permite constatar este rasgo en común: “El precio de la juventud” (“La Razón”, 5 de marzo de 1985), “Murió una mujer por una operación de cirugía estética” (“La Nación”, 6 de octubre de 1994), “Bisturí fatal” (“Noticias”, 21 de marzo de 1998), “Una mujer falleció en Córdoba luego de una cirugía estética” (“La Prensa”, 23 de noviembre de 2004), “Fue por nueva nariz, terminó cuadripléjica” (“Crónica”, 18 de octubre de 2008), etc.

En este marco, en las narrativas atroces, los “defectos” físicos incomodan a sus portadoras en cierta etapa de la vida y en ciertos contextos. Pero, a diferencia de las narrativas sobre víctimas “en” la cirugía estética, dichos defectos nunca adquieren una dimensión significativa al punto de constituirse en un impedimento económico y psicológico que obstaculiza el normal desarrollo de las pacientes. Usualmente, según las narrativas, solo deseaban verse un poco más bonitas eliminando unos molestos rollitos de la zona abdominal para lucirse mejor en trajes de baño, borrar unas arrugas que el tiempo y el sol dejaron impresos sobre sus rostros, aumentar sus glúteos para que los pantalones no les cayeran como una bolsa de papas, etc. Aunque esto abriría la puerta para responsabilizar a las propias pacientes del trágico desenlace de sus historias, lo cierto es que sus motivaciones son interpretadas como una suerte de compulsión que las lleva a inmolarsen en nombre de estereotipos de belleza impuestos por fuerzas externas.

Generalmente, este tipo de interpretaciones son formuladas por expertos provenientes del campo de la psicología y, en menor medida, por personas de otras disciplinas del área de las ciencias sociales. Para dar un ejemplo, veamos lo que sostenía el psicólogo Miguel Espeche, en una subnota orientada a explicitar la opinión experta con motivo de la internación de la modelo argentina Raquel Mancini a raíz de una descompensación sufrida el 14 de octubre de 1996 tras una lipoaspiración fallida. La nota principal se publicó en el diario “La Nación” el 20 de octubre de 1996, y bajo el título “El costado oscuro de las cirugías estéticas” apela a la voz autorizada de los cirujanos plásticos acreditados para alertar a la población acerca de los recaudos a tomar antes de someterse a una lipoaspiración. La subnota, por su parte, lleva por encabezado “Los peligros de la moda anoréxica” y problematiza la imposición cultural del cuerpo delgado por parte de la industria de la moda:

Los ‘popes’ de la moda están eligiendo cada vez más asiduamente a mujeres que son sólo piel y huesos, con el fin de representar, a través de ellas, la belleza femenina. [...] Esta arbitrariedad esteticista que promueve una delgadez patológica puede tener serios efectos en la salud física y psicológica de las mujeres (sobre todo

jovencitas) que por diferentes razones se someten a una moda cruel y antinatural. [...] Nos referimos, además de los conocidos trastornos en la alimentación y los perjuicios de la adicción a la cirugía estética, a todo el conjunto de situaciones de tipo psicológico que distorsionan la salud mental de quienes ofrecen su cuerpo en holocausto, con tal de que éste se parezca al de los dioses y diosas de ese olimpo que está ‘dibujado’, muchas veces, en París, Roma y Nueva York (Espeche, 1996: 20).

Este modelo de atribución de responsabilidad, donde la demanda de cirugía estética es entendida como el producto de una cultura de las imágenes opresiva que impone un ajuste a ideales de belleza dominantes, constituye una constante en las publicaciones contemporáneas en las que se abordan estas prácticas. Un ligero repaso por algunas de las afirmaciones más contundentes realizadas por diferentes expertos avalan este punto: “La compulsión social hacia la belleza –esencial en la lógica de la competencia– genera una obediencia tal que no contempla ni costos ni riesgos” (“Noticias”, 26 de octubre de 1996); “Creemos que hacemos el cambio en libertad, pero lo hacemos porque estamos metidos en una especie de máquina ‘tragacerebros’ que nos impone criterios estéticos y hábitos de vida” (“Gente”, 27 de agosto de 1998); “Los jóvenes se ven presionados por la apariencia de la delgadez en todos los ámbitos. La televisión, es una repetición constante de este modelo...” (“La Prensa”, 18 de junio de 1999); “En el siglo XX, la estandarización de ciertos cánones estéticos, su grado de penetración y universalización, han convertido al cuerpo en un blanco sobre el cual concentrarse en forma obsesiva” (“Clarín”, 13 de mayo de 2001), etc.

Esta manera de problematizar los motivos para realizarse una cirugía estética, implica un cambio con respecto al discurso médico dominante de la primera mitad del siglo XX. De esta manera, si en el primer período imperaba una lógica del ajuste individual a las imposiciones colectivas, durante este período estas mismas imposiciones son cuestionadas requiriendo de transformaciones a nivel colectivo. Analizar cada una de las iniciativas colectivas destinadas a cuestionar la imposición de ideales de belleza resultaría una tarea inacabable, sobre todo teniendo en cuenta la agudización del proceso de politización (Lemieux en Nardachionne ed., 2022) de los problemas asociados a la apariencia corporal suscitados a raíz del auge contemporáneo del movimiento feminista.

Sin embargo, en lo que refiere a la cirugía estética propiamente dicha, cabe destacar un proyecto de ley presentado por la diputada Mara Brauer (Frente para la Victoria-PJ) en el año 2014, en el que se expresa la falta de libertad de elección de las pacientes, la necesidad de proteger a aquellas que se encuentran en una posición más vulnerable y un horizonte político de reforma a través de la educación en la diversidad corporal (Karsenti y Lemieux, 2017). En el breve articulado

del proyecto establece la prohibición de “la realización de cirugías estéticas en personas menores de dieciocho (18) años de edad”, exceptuando de esta restricción las “intervenciones reparadoras, terapéuticas o de adecuación del cuerpo a la identidad de género, casos en los cuales la no realización de las cirugías repercuten en la salud y en el desarrollo físico y/o psicosocial de la persona”.

En la fundamentación del proyecto, resulta posible constatar que el objetivo de la prohibición es la protección de una población especialmente vulnerable a los embates de los ideales de belleza y que apela crecientemente a una práctica quirúrgica riesgosa a los efectos de borrar las marcas de la diversidad corporal en función de dichos ideales homogeneizadores. Desglosemos esta extensa afirmación. La población objeto de protección son los adolescentes, que transitan un período de la vida en el cual su “psiquismo no [está] consolidado y [se encuentra] en vías de estructuración”. Dentro de este grupo etario, destacan particularmente las “niñas” y las “adolescentes”. Según Brauer, es esta doble condición de adolescentes y mujeres lo que torna a este grupo particularmente vulnerable a presiones culturales que asumen distintas denominaciones a lo largo del texto: “estereotipos y patrones culturales homogeneizadores”, “estándares hegemónicos de belleza”, “modelos típicos de belleza” y “estándares estéticos que impone el mercado de consumo”.

La presión cultural empuja crecientemente a dicho grupo vulnerable a apelar a la cirugía estética: “La cantidad de adolescentes que se someten a cirugías con motivos estéticos es cada vez más alta en nuestro país”. El motivo por el cual esta tendencia constituye un “síntoma social alarmante” es que supone un ajuste compulsivo a ideales de belleza homogeneizadores mediante técnicas quirúrgicas que conllevan ciertos riesgos. El énfasis de la argumentación está colocado más en la cultura que en los riesgos, destacándose particularmente la interpretación de un “prestigioso psicoanalista adolescente” que es citado en el cuerpo del proyecto:

Tal vez la ilusión de garantizar la inclusión social a partir de la soldadura con el ideal estético pueda contarse entre las causas que impulsan a tantas muchachas a prestarse a un acto quirúrgico que más que acto quirúrgico es un acto sacrificial donde entregan el cuerpo como ofrenda al dios de la belleza guiadas por la vana ilusión de lograr, así, la aceptación y el éxito.

Desde la perspectiva de la autora, antes que dar vía libre a una práctica que modifica los cuerpos adolescentes para adecuarlos a un imperativo de belleza homogeneizador, la aspiración debería ser cuestionar estos imperativos mediante la educación en la diferencia. La ley de

Educación Sexual Integral⁸⁶ (26.150) resulta clave en este sentido, al brindar los lineamientos pedagógicos “para ofrecer resistencia a patrones culturales, que producen el sufrimiento de quienes no responden a esos prototipos de belleza”. El proyecto fue tratado en comisiones de la Cámara de Diputados de la Nación en el año 2014, sin obtener sanción.

La lectura en clave de opresión cultural podría constituir una línea rectora en el proceso de problematización y politización de las víctimas “de” la cirugía estética. En este marco, el daño acaecido podría ser atribuido a una cultura que impone un ajuste violento a ideales de belleza y las víctimas podrían operar como catalizador de un movimiento orientado a vedar una práctica reproductora de dichos ideales. Sin embargo, aunque este marco interpretativo no está del todo ausente en los medios de comunicación contemporáneos argentinos, ocupa un lugar secundario en relación a la primacía que asume el accionar de cirujanos carentes de idoneidad técnica y moral. Como paso previo al abordaje de este punto, coloquemos el foco en el desenlace de las narrativas atroces: la producción de un daño.

2. El daño en cirugía estética

El caso de Alicia Romagnoli, citado al inicio del apartado anterior, permite vislumbrar otro rasgo común a las narrativas atroces: el desenlace es trágico. Reverso de la moneda de las narrativas sobre víctimas “en” la cirugía estética, el momento posterior a la intervención no conlleva una mejoría estética, una readaptación funcional, un alivio psicológico o una mejor inserción en el mercado de trabajo. Por el contrario, desencadenan un daño cuyas secuelas implican una pérdida en uno o varios de esos órdenes (Winance, Barbot, y Parizot, 2018). En este marco, el pasado de las víctimas emerge ya no como un momento de padecimiento a raíz de un defecto estético, sino más bien como una vida plena truncada como consecuencia de la intervención quirúrgica.

Relevante, en este sentido, es la narración del caso de la mujer santafesina realizado por la periodista y referente del feminismo argentino Mariana Carbajal en su libro “La seducción permanente” (1999). Menos constreñida por la brevedad que impone el género nota periodística, Carbajal no ahorra detalles en la descripción de Alicia y en el *racconto* de su trayectoria previa a

⁸⁶ El “Programa Nacional de Educación Sexual Integral” creado por la Ley 26150 tiene el propósito de garantizar el derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada, en todos los niveles y modalidades.

la cirugía. A partir de su lectura, nos enteramos de los gustos de la víctima, de su aspecto físico, de su largo matrimonio con Luis Piagentini, y del esforzado camino que recorrieron juntos para consolidarse familiar y económicamente. Sin embargo, este proyecto quedaría interrumpido abruptamente luego de la cirugía: “Pero aquel castillo que habían levantado con esfuerzo se derrumbó súbitamente la noche del 15 de agosto de 1996 en una sala de operaciones” (Carbajal, 1999: 36).

De todas las pérdidas, la muerte es quizás una de las expresiones más extremas del daño provocado por la cirugía estética. Una nota distintiva de varias de las narrativas en las que acontece un desenlace fatal, es la mención de la juventud de las víctimas y su condición de madres con hijos pequeños. De esta manera, aparece realizada la extinción prematura de un proyecto de vida, pero también el vacío y el dolor que deberán transitar los miembros más frágiles del núcleo familiar. Así, por ejemplo, describía el diario “Crónica” a una modelo que murió en 2009 como consecuencia de un tratamiento estético: “Solange Magnano, de 38 años, tenía un hermoso núcleo familiar y era madre de los mellizos Lautaro y Bruno, de 8 años” (“Murió una modelo de Roberto Piazza”, Crónica, 2009: 38).

Más dramática aún, es la presentación de una víctima fatal “de” la cirugía estética realizada en “Telenueve” el 20 de agosto de 2018. La introducción del caso inicia desde un estudio televisivo y está a cargo de un hombre canoso que con gesto adusto se muestra indignado ante una muerte prematura provocada por el proceder “delincuencial” de un cirujano plástico. A su derecha vemos una pantalla grande en la que se proyecta una fotografía de la víctima en color rojizo y un texto en mayúsculas en el que puede leerse: “MURIÓ POR UNA LIPO”. El mismo proceder se repite cuando la transmisión se traslada a exteriores, momento en el cual la cámara hace foco en la fotografía de la víctima sostenida por las manos de su hermana (Figura 47). De fondo, la voz de la movilera presenta el caso de la siguiente manera:

Estamos acá, viendo la foto de Romina. Romina Flores, 32 años, 3 hijitos dejó. Uno de 13 años, otro hijo de 10 y otro hijito de 7 años, que ahora preguntan por su mamá, que no la tienen. Pero a Romina le vendieron un sueño, le vendieron una ilusión, ahorró plata para una operación porque se sentía que estaba gorda, que estaba un poquito excedida de peso, y quería verse bien, quería verse linda después de esos tres embarazos. Y lamentablemente, al mes de la operación, falleció.

Además de la muerte, muchas narrativas también escenifican daños funcionales, estéticos y psicológicos. A diferencia de las historias atroces en las que se produce un deceso, en el segundo conjunto de narrativas está abierta la posibilidad a la exhibición del daño infligido sobre el cuerpo

de las víctimas mediante el uso de imágenes. Al igual que las narrativas visuales sobre víctimas “en” la cirugía estética, en las historias atroces también se apela a la comparación entre el “antes” y el “después”, pero en este último caso lo que se pretende representar es la pérdida que experimentó la paciente. La imagen de la Figura 48 es más que elocuente: a la izquierda observamos a una joven posando para una fotografía y a la derecha se ve a la misma mujer, pero esta vez con una pierna ortopédica. El nombre de la damnificada es Mariela, y su caso fue retomado en dos emisiones de Telefe Noticias del 20 de diciembre de 2017 y el 9 de agosto de 2019. En ambos casos, los títulos de los videos sintetizan dramáticamente su historia: “Fue a hacerse una cirugía estética y terminó amputada” y “Quería una liposucción y terminó sin una pierna”.



Figura 47. Presentación televisiva de un caso de muerte por una lipoaspiración realizada en San Martín, Provincia de Buenos Aires, en el año 2018. En “Telenueve”, 20 de agosto de 2018.



Figura 48. El “antes” y el “después” de una mujer que perdió una pierna a raíz de una liposucción en 2016. En Telefe Noticias, 9 de agosto de 2019.

El programa de 2019, comienza con una secuencia intimista, en la que se observa a la víctima escribiendo en su computadora personal mientras que de fondo se oye su voz replicando de forma oral aquello que aparece plasmado en la pantalla del ordenador: “Soy Mariela, tengo 33 años, se me ocurrió hacerme un auto regalo: una liposucción. Un cirujano, me ofreció un tratamiento especial. Sacarme grasa de la panza y el excedente ponérmelo en la cola. Le dije que sí”. Acto seguido, la damnificada continúa hablando, pero esta vez en el marco de una entrevista realizada en su propio domicilio. Buena parte del intercambio con la periodista repone la experiencia de padecimiento corporal posterior a la intervención quirúrgica (“me empecé a inflamar toda, me dolía todo el cuerpo, no podía caminar”), los nebulosos días de su internación a raíz de dichos síntomas y el shock experimentado al volver a la conciencia: “Solo me acuerdo cuando desperté sin la pierna. [...] La verdad, horrible. Horrible, porque me destapé, y yo no entendía nada. Porque un día estaba dormida, y al otro desperté así. Y no lo podía creer, la verdad, no lo podía creer”. En el tramo final se muestra a una víctima resiliente que, en los dos años transcurridos desde su pérdida, reaprendió movimientos básicos (“caminar”, “subir un colectivo” y “bajar las escaleras”) y aprendió a convivir con una mirada pública que a cada paso le recordaba su condición de amputada (“Me costó el salir a la calle, el que dirán, la gente que te mira. Porque en verano, tener que salir con una prótesis, con pollera, short, y la gente te mira”).

Junto a la muerte y al daño funcional, las historias atroces escenifican el daño estético acaecido sobre el cuerpo de las pacientes a raíz de un procedimiento quirúrgico. En estos casos, la cirugía estética en lugar de embellecer desfigura y lejos de provocar una alegre vida social expansiva genera un angustiante retraimiento. Para ejemplificar este punto, veamos las narrativas de Edith (cantante y profesora de música) y Mirta Rubini (ex diputada nacional), reconstruidas en el libro de la periodista y referente del feminismo Mariana Carbajal (1999) al que ya hice referencia más arriba. Lo que une las historias de estas dos mujeres pertenecientes a universos sociales diferentes, es que padecieron las secuelas de un peeling químico⁸⁷ realizado sobre sus rostros por el mismo cirujano en enero de 1996. En ambos casos, el padecimiento comenzó en las semanas posteriores a la intervención, cuando pudieron constatar que la breve recuperación prometida por el médico se transformaba en una tortuosa espera en la que no identificaban signos de mejoría.

⁸⁷ El peeling químico consiste en la aplicación de una sustancia química sobre la piel a los efectos de producir descamación del estrato córneo y realizar un remodelado de la piel con el que se mejoran diversas alteraciones cutáneas (Truchuelo et. al., 2017).

La angustiante espera, ilusoriamente dominada por los vanos intentos del cirujano de paliar la situación con promesas y tratamientos infructuosos, devino en conciencia del daño estético cuando la caída de la costra reveló las secuelas. Recurramos al testimonio de Edith para reponer el paulatino proceso de reconocimiento del daño ocasionado: “Luego de la caída de la cascarita [...] comencé a percibir las cicatrices que había producido la aplicación del ácido tricloroacético. Me había quemado, dejándome cicatrices similares a cordones amoratados y todo el rostro con manchas de diferente color”. Las secuelas sobre el rostro de la ex diputada fueron aún más marcadas dado que, sumado a las cicatrices, se manifestaron problemas en la motricidad del rostro: “los ojos se le ulceraron (...) y se le formaron ‘durezas en las comisuras de los labios que le ‘impedían prácticamente abrir la boca y gesticular’”.

El daño estético provocado sobre el rostro de estas mujeres se constituyó en una fuente de padecimiento psicológico que las llevó a retraerse en el refugio de sus hogares, obligándolas a renunciar a sus ocupaciones y a disfrutar de determinadas actividades de esparcimiento. Edith se “fue encerrando en su casa”, abandonando un “espectáculo en un café concert” que estaba planificando y a sus “alumnos de canto”: “No tenía fuerzas para nada. [...] Me fui apichonando. Toda mi energía fue menguando”. Asimismo, la extremada sensibilidad de su piel posterior al tratamiento fallido, se constituyó en un impedimento para disfrutar de actividades que hasta entonces eran una fuente de placer: “Adoro ir a la playa, pero eso dejó de ser un placer para mí: tengo que untarme con pantalla de 60, usar sombrero y estar debajo de una sombrilla. Me sacó una parte de mis ganas de vivir –confesó la cantante”.

El repliegue de la vida social también formó parte de la experiencia de Rubini. Al principio “lloraba por las calles”, pero su aislamiento se fue acentuando a medida que las secuelas estéticas se hacían más notorias: “la mayoría de las lesiones empeoraban y otras simplemente no desaparecían, con lo cual tampoco podía asistir a cumplir con mis ocupaciones, ya que me aterrizzaba la idea de salir y que me vieran así –señaló la diputada, en su presentación judicial”. Exacto reverso de las narrativas sobre víctimas “en” la cirugía estética, el daño provocado en el rostro de la diputada conllevó no sólo reclusión y lágrimas de tristeza, sino también el germen de ideas suicidas: “Incluso, después de la operación que le practicó Zelicovich, la diputada pensó suicidarse” (Carbajal, 1999: 72-76).

Según vimos en este apartado, la particularidad de las narrativas sobre víctimas “de” la cirugía estética es el desenlace trágico, materializado en pérdidas funcionales, psicológicas y

económicas para las pacientes. En el próximo apartado, exploraremos el proceso de atribución de responsabilidad sobre el proceder de los victimarios, escenificados como personas que careciendo de idoneidad técnica y moral para realizar cirugías estéticas provocan un daño sobre las pacientes.

3. Los victimarios: cirujanos del “horror”

Años después del trágico desenlace de la intervención realizada a Alicia Romagnoli, pueden hallarse varios artículos periodísticos que refieren al caso. En abril del año 2000, la revista “Veintidós” publicó una nota en la que habla acerca de varios casos resonantes de cirugías que terminaron mal, confiriéndole un lugar central a la historia atroz de Alicia. Lo interesante de esta publicación es que permite identificar el conjunto de factores que habrían contribuido a que la cirugía terminara mal. El primer factor que salta a la vista, es que Alicia eligió a este cirujano porque había operado a varias personas mediáticas (“Daniela Cardone, Andrea Frigerio y Beatriz Salomón”), pero ignoró un dato crucial como el hecho de que Pisanú “no tenía título de especialista en cirugía plástica”. El segundo factor es que la “Clínica Excelsitas” donde se llevó a cabo la cirugía, “no tenía unidad de terapia intensiva ni coronaria y en los ascensores no entraba una camilla”. El tercer factor, mencionado en la sentencia que condenó al cirujano, refiere a la “negligencia” e “imprudencia” de Pisanú al permitir que “la paciente fuera trasladada a una sala común sin que estuviera ‘completamente recuperada’ y cuando tenía ‘dificultades para respirar’, y no cumplió con ‘el deber de cuidado de su paciente’: a los diez minutos de finalizada la operación había abandonado la clínica” (Roberti y Blanc, 2000: 70-73).

Al igual que en la narrativa de Alicia, las referencias en medios gráficos y emisiones televisivas acerca de las víctimas “de” la cirugía estética, asumen el mismo tono condenatorio atribuyendo la responsabilidad del daño a las deficiencias técnicas, morales e infraestructurales de la persona a cargo de la intervención quirúrgica. Esta manera de problematizar el fenómeno es una posibilidad entre otras, no sólo porque coloca en segundo plano el cuestionamiento a la cirugía estética como práctica que surge de la “opresión cultural”, sino también porque el nexo causal entre el acto quirúrgico y el daño acaecido admite otras interpretaciones posibles. Desde una perspectiva médica, siguiendo los planteos del cirujano plástico Correa-Iturraspe (1977), “[los] daños iatrogénicos producidos en cirugía plástica, como los originados en otras ramas médicas, tienen cuatro posibles etiologías: 1) el tributo exigido por el método aplicado, 2) los riesgos

inherentes al mismo, 3) el error del médico, y 4) su intención dolosa”. Según argumenta el autor, “[aunque] en todos los casos el facultativo sea el agente del daño, sólo en los dos últimos éste proviene de su actuación incorrecta” (Correa Iturraspe, 1977: 121).

En la arena mediática, la indeterminación del nexo causal suele bascular hacia una condena unilateral y unánime, estableciendo bajo el registro de la sospecha la responsabilidad del cirujano en la producción del daño. La idoneidad técnica y moral del profesional interviniente es uno de los aspectos que con mayor frecuencia salen a relucir cuando se pretende explicar el resultado negativo de una cirugía estética. El interrogante en torno a la certificación en la especialidad de cirugía plástica del victimario es una de las cuestiones que suelen introducir los periodistas al abordar las historias atroces. Repertorio periodístico que emerge aún en ausencia de los voceros oficiales de las asociaciones cirujanos plásticos, el supuesto que subyace a este cuestionamiento es que la carencia de certificación oficial en la especialidad de cirugía plástica es sinónimo de impericia y que es esta deficiencia en la formación técnica la que habría conducido a la producción del daño.

El cuestionamiento en torno al accionar del cirujano interviniente también suele centrarse en sus deficiencias morales. Las transgresiones de orden moral que pude identificar en estas narrativas son de tres órdenes: alteraciones psicofísicas al momento de realizar la operación, negligencia en la atención posoperatoria y orientación al lucro en el ejercicio de la función. El primer punto aparece claramente ilustrado en el caso de dos mujeres que perdieron la vida en el año 2021 tras someterse a una lipoaspiración. El informativo de “América TV” dio cobertura a esta historia el 23 de agosto de 2021, focalizándose en la muerte de Yasmín. Su caso, es presentado de la siguiente manera: “Esta información tiene que ver con una mujer que murió por hacerse una intervención estética. Hablamos de una operación, de una liposucción. Una mujer muy joven, madre de dos hijos, una verdadera tragedia. Los ojos puestos en el médico, en la mala praxis”. Luego de dramatizar la pérdida y de sugerir la mala praxis mediante el uso del potencial, el periodista da paso al móvil de exteriores en el que se lleva a cabo una entrevista a algunos familiares de la víctima.

Allí, profundizamos en algunos detalles: Yasmín contactó a Roberto López a través de las redes sociales y concertó una entrevista en la que este cirujano se anunció como “especialista en abdómenes difíciles” respaldando su expertise en una publinota que compartió con la víctima. A continuación, el movilero introduce la información más resonante de la nota: “Hay que decir que este médico, que al parecer tiene otra causa, habría confesado [...] que tenía ese problema de que

a veces operaba drogado o borracho”. La fuente de esta sospecha es revelada con lujo de detalles en el informativo de “Crónica TV” el 23 de septiembre de 2021. En una pantalla gigante, a espaldas de los dos presentadores, se proyecta una conversación privada que López mantuvo por WhatsApp con su ex pareja. El periodista masculino lee el contenido del chat, no sin expresar indignación ante algunos pasajes: “‘A la tipa se le abrió la dermo, casi se muere’. Fijate cómo hablan, sin piedad. Como si estuviesen hablando de qué comemos [...] [Su ex pareja] le contesta, ‘si no fueras un desastre que va borracho a las cirugías o pasado de marihuana o de éxtasis, tus pacientes no correrían riesgos. Ni en eso sos serio. El barco de la esquina es tu mejor amigo’”.

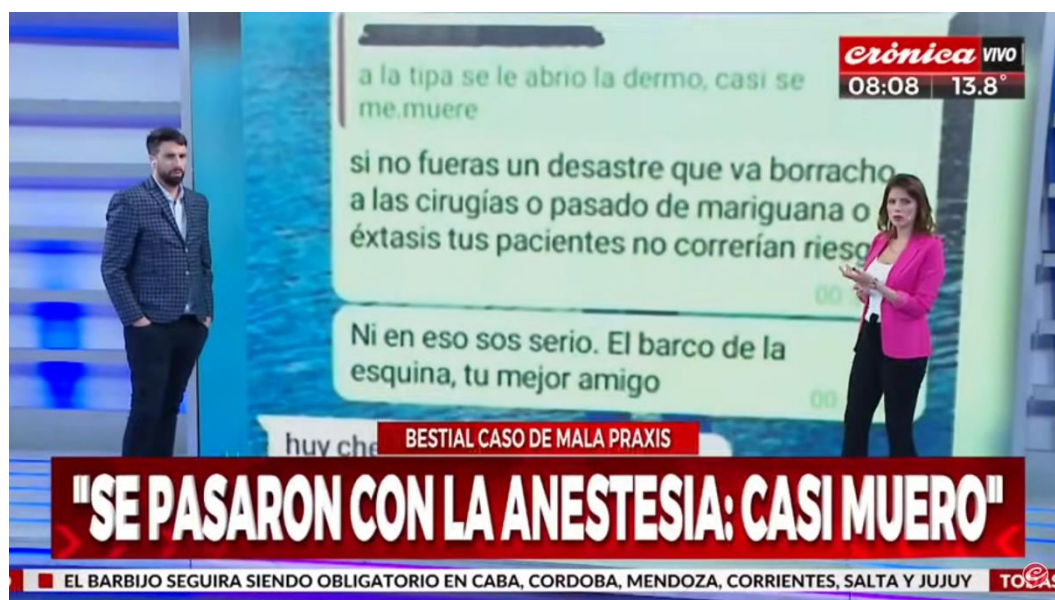


Figura 49. Presentación televisiva de un victimario sospechado de operar con alteraciones psicofísicas producto del consumo de drogas, en “Crónica TV”, 23 de septiembre de 2021

Por su parte, la negligencia en la atención posoperatoria es ilustrada en la reconstrucción del caso de Nancy, mujer santafesina de 46 años que murió tras una liposucción en un centro de estética. Según relata uno de los panelistas del programa de entretenimiento “Corta por Lozano” (“Telefe”) el 19 de diciembre de 2018, después de la operación Nancy empezó a experimentar cierto malestar y trató de contactar al cirujano que la había intervenido. Pero el cirujano estaba de luna de miel y no respondió a sus reiterados requerimientos. Desesperada ante un estado que se iba agravando, y sin poder encontrar “explicación de por qué le duele”, envió un audio de WhatsApp a una médica que asistió en la operación. Acompañado de un sócalo que realza el dramatismo (“EL DESGARRADOR AUDIO DE LA MUJER QUE MURIÓ TRAS UNA LIPO”),

la voz de la mujer es reproducida como testimonio del dolor desatendido: “No doy más, estoy re mal doctora. Estoy volando de fiebre. Tengo tos doctora. Quiero ir ahora a primera hora que usted esté. Estoy drenando por todos lados y me falta ahí abajo de la cola y el costado de la costilla. No puedo, no doy más, no doy más”.

La orientación al rédito económico en el ejercicio de la función es otra de las características centrales de los victimarios. Para comenzar, dicha orientación se transparenta en el desenvolvimiento de la consulta propiamente dicha. En las narrativas, los victimarios emergen como comerciantes de la medicina que, con una mezcla de encanto, minimización de los riesgos y precios tentadores obnubilan a las víctimas y las empujan a operarse. Retomando el caso de Nancy, abordado en el párrafo anterior, uno de los aspectos que los periodistas destacan de su historia es que la mujer abonó la cirugía con alianzas matrimoniales. Desde la perspectiva de los panelistas, la informalidad en el medio de pago utilizado, denota el carácter informal del cirujano propiamente dicho. La declaración del esposo de la víctima, entrevistado en un segmento del programa, permite constatar que dicho medio de pago fue la alternativa que el cirujano encontró para que la mujer se operara sin esperar a que ahorrara el dinero en efectivo:

Nosotros, después de lo que pasó, quedamos shockeados tres días, no queríamos ver a nadie. Y después empezamos a ver los mensajes de ella con el cirujano, que le decía que ella se tenía que operar, que si no tenía la plata que la tenía que conseguir, que traiga un arito de oro, un anillo de oro, y le termina dando una alianza de oro para que él se case. Y él se casó en Chile y se quedó allá con la alianza. La operó y se fue. Y ella estaba acá sufriendo. Y le mandó audio ella, llorando por favor atendeme, y no la atendió nunca.

Al igual que el pago en especies, la conquista a través de los precios bajos también constituye una fuente de sospechas en torno al proceder de los victimarios. Según las narrativas, las víctimas recurren a profesionales de baja tarifa porque es la única manera de acceder a la corrección estética que desean realizarse. Sin embargo, ignoran que detrás de una oferta tentadora, se esconde un recorte en los costos que irá en detrimento de su salud. Aunque dicho recorte involucra varios aspectos de la atención médica, aquellos que con mayor frecuencia salen a relucir en las narrativas es la realización de operaciones en quirófanos no habilitados y la utilización de materiales de inclusión no aprobados por los organismos de control. Para entender el nexo causal que suele establecerse entre el lugar de realización de la intervención y el daño ocasionado, veamos la narrativa de Roxana Mabel del Tránsito Bruna reconstruida por Mariana Carbajal (1999) en su libro “La seducción permanente”.

Según relata la periodista, el 12 de junio de 1987, el cirujano José Héctor Soria realizó una mastoplastia de aumento a Roxana en su “propia casa-consultorio” en la ciudad de Buenos Aires. La falta de condiciones de asepsia, esterilidad y condiciones del lugar en el que se realizó la cirugía aparecen claramente explicitadas en un pasaje de la narrativa: “Vestido con ropa de calle, el cirujano trabajó con la ayuda de su esposa y no evitó que su hija interrumpiera en medio de la operación con el uniforme escolar. Ni un anestesista ni un cardiólogo participaron de la intervención quirúrgica”. En los días posteriores a la inclusión de las prótesis, la mujer empezó a sentirse “muy dolorida” y cuatro días después el cirujano efectuó una nueva intervención para extraerlas. Pero su estado no mejoraba, y al día siguiente la internaron en la terapia intensiva de la Clínica Morón: “Esa misma noche, a las 22, apenas cinco días después de la operación en la que le implantaron las bolsas de silicona en los pechos, Roxana falleció por una severa infección en ambas mamas, con las características de una gangrena. Tenía 33 años” (Carbajal, 1999: 86-88).

A la realización de procedimientos por personal carente de idoneidad técnica y moral en lugares no habilitados, viene a sumarse un tercer elemento que termina de delinear a los victimarios: la utilización de materiales y sustancias de relleno con fines estéticos no aprobados por los organismos de control. La muerte por inyección de silicona líquida por manos inexpertas constituye una constante que asoma de tanto en tanto en los medios de comunicación. Sin embargo, lejos de los oscuros domicilios donde enfermeros inyectan silicona en los pechos de travestis, la utilización de materiales no aprobados asume contemporáneamente visibilidad pública a partir del testimonio de mujeres famosas.

En ellos, exhiben los daños a su salud provocados por el cirujano Aníbal Lotocki, acusado de inyectar “metacrilato” en glúteos y piernas de estas mujeres para realzar dicho sector anatómico. Una de las primeras en exponer públicamente las consecuencias del tratamiento realizado por Lotocki, fue la ex “Gran Hermano” Silvina Luna en una entrevista realizada en el programa de Susana Giménez el 12 de agosto de 2014: “Yo en el 2010 me hice estudios en la clínica de Favaloro, y yo tenía mi salud impecable. [...] En el 2011 me opero, y en el 2013 me hago estudios de rutina y me sale una hipercalcemia, que es exceso de calcio en sangre. Eso hacía que yo tenga una leve insuficiencia renal”.

En los años posteriores, los casos de mujeres famosas continuarían surgiendo y tomando estado público, sumando al listado de famosas a Pamela Sosa, Stefy Xipolitakis y Gabriela Trenchi. El daño ocasionado por el tratamiento se exhibiría mediante el testimonio en primera

persona de estas mujeres e informes periodísticos en los que se enumeran las siguientes secuelas físicas: diabetes, lupus, hipercalcemia, dolores musculares y formación de granulomas. En todas las narrativas periodísticas, las mujeres afirman que fueron engañadas por Lotocki. Algunas señalan que el cirujano no mencionó que se trataba de un material no autorizado que podía traerles secuelas, y otras que solicitaron determinado procedimiento pero que el médico decidió colocarles dicha sustancia sin su consentimiento. Sea como fuere, lo cierto que el motivo que parece subyacer al empleo de una sustancia no aprobada es de carácter económico. Así lo explica el cirujano plástico Guillermo Galgano, miembro de la SACPER, en una entrevista realizada en el programa “Vivo en Argentina” transmitido por la “Televisión Pública” el 13 de agosto de 2014:

Ahora la moda es decir pongo Metacrill® y ponen Metacrilato. Que no es lo mismo. El Metacril es un producto que está polimerizado, está preparado para ser inyectado y que no migre. En Argentina se utiliza en cantidades mínimas, para corregir pequeños defectos. Por eso tenemos los grandes problemas, porque aparte no ponen las sustancias permitidas, ponen otras por un tema de costos. Si yo quisiera poner 500 centímetros en cada glúteo, yo tendría que gastarme más o menos 40 o 50 mil dólares en productos. Por ende, voy a un producto similar, parecido, pero que no tienen nada de saludable, que es el metacrilato. Que es un acrílico que se vende en polvo, para la industria odontológica, para la industria traumatológica. Entonces como era la misma sustancia, algunos profesionales pensaron que se podía reemplazar. Con la diferencia de que con lo que yo pago un centímetro de Metacrill®, compro 500 de metacrilato.

Públicamente, el cirujano Aníbal Lotocki constituye la representación arquetípica del victimario en el ejercicio de la cirugía estética, en el que aparecen condensadas varias de las características que vimos hasta aquí: carece de certificación en cirugía plástica, atrae a sus pacientes a partir del carisma, oculta información acerca de los riesgos de los procedimientos, opera en lugares que no están habilitados y utiliza materiales de relleno que no están aprobados. Sobre sus espaldas recaen dos muertes, varias denuncias judiciales, y una sentencia a cuatro años de prisión y cinco de inhabilitación que tuvo lugar el 9 de febrero de 2022 por las lesiones ocasionadas a las cuatro mujeres famosas enumeradas más arriba. En el próximo apartado, exploraremos la articulación de la demanda de reparación de las víctimas en los medios de comunicación, para luego indagar en torno a los intentos de articular políticas públicas destinadas a prevenir el daño provocado por la cirugía estética.

4. De la reparación a la prevención del daño en cirugía estética

En la atribución de responsabilidad por los daños provocados por la cirugía estética, cirujanos plásticos certificados, periodistas y víctimas parecen estar de acuerdo. La diferencia estriba en que, mientras los primeros reafirman un diagnóstico de situación ante cada cimbronazo y advierten a la población acerca de los riesgos de caer en manos inexpertas, las víctimas y sus familiares claman por justicia en los medios de comunicación. Aunque en algunos casos la articulación de la demanda se produce como reacción inmediata ante la comprobación del daño, en la mayor parte de las narrativas podemos constatar que el arribo a esta instancia constituye un proceso paulatino y relacional (Barthe en Zenobi comp., 2023). En principio, al menos en los casos en los que tiene lugar un daño estético, la demanda hacia sus cirujanos no es instantánea. Más bien, en muchos casos opera un lapso de tiempo en el que la paciente percibe que algo anda mal, pero confía en la evaluación posoperatoria de su cirujano y en los tratamientos que este propone para corregir el daño.

La frustración reiterada extingue poco a poco el encanto inicial, conduciendo a estas mujeres a consultar con distintos expertos. Por un lado, con otros cirujanos plásticos y también con médicos de otras especialidades. Su papel en el itinerario de las víctimas es doble: certificar el daño y/o intentar repararlo. Retomemos las narrativas de la cantante Edith y la ex diputada Mirta Rubini, que padecieron secuelas en el rostro luego de que el cirujano Roberto Zelicovich les practicara un peeling químico. En los dos casos, el cirujano arguyó que con el tiempo su cuadro mejoraría y realizó sobre el rostro de las pacientes diferentes tratamientos destinados a mejorarlo. Agotadas de esperar una mejoría que nunca arribaba, las dos mujeres consultaron con distintos cirujanos plásticos, destacándose entre ellos a especialistas en cirugía del quemado. A Edith le señalaron que sus secuelas eran en buena medida irreversibles, y a Rubini que tenía que hacer de cuenta que había sufrido un accidente. Con el tiempo, el tratamiento reconstructivo mejoró sus facciones, aunque las cicatrices nunca se borraron del todo (Carbajal, 1999: 72-76).

Además de médicos, en el itinerario de las víctimas están los abogados, expertos a los que apelan las damnificadas para presentar una demanda en instancia judicial. Su papel es exhibir evidencia del daño y demostrar la responsabilidad del cirujano interviniente en su producción. El relato de los hechos, producidos a los fines del litigio judicial, constituye otro punto de anclaje en la articulación de la demanda mediática por parte de las víctimas. Muchas veces entrevistadas cuando las acciones legales están en curso, las víctimas disponen de un relato vivenciado de los hechos entrecruzado por el relato ordenado y secuenciado de los acontecimientos que emergen de

la investigación judicial. El análisis de una entrevista realizada a Mariela, la mujer que perdió una pierna después de una liposucción, permite examinar este punto por contraste. En dicha entrevista, que tuvo lugar el 20 de diciembre de 2017 en el noticiero de “Telefe”, la damnificada se encuentra junto a su representante legal.

El intercambio, inicia con la exposición de Mariela, que señala que el cirujano le ofreció un “combo” por su cumpleaños, que incluía “liposucción de abdomen con transferencia a glúteos de la grasa que me sacaba de la panza”. Acto seguido, el abogado interviene para clarificar y añadir información: afirma que el plan inicial de su clienta era hacerse una liposucción abdominal, pero que “el médico la convenció, por la fragilidad de la paciente”, a realizarse el segundo procedimiento. Atento a los atisbos de una historia de víctimas y victimarios que está en ciernes, el periodista clarifica la esencia del mensaje, invitando a que la damnificada reafirme en sus propias palabras la declaración del representante legal: “Periodista: Según dice el abogado, el médico te indujo a que vos tomaras esta determinación. Víctima: Claro, yo lo acepté. Como era el mismo precio, dije, ‘Bueno, sí’. Y ahí empezó todo”.

Por último, y no menos importante, es evidente que los periodistas cumplen un papel central en la articulación de la demanda de las víctimas en los medios de comunicación. En sus intervenciones, más que operar como neutros facilitadores de una historia que está por ser contada, fungen como insistentes instigadores de un relato pre-figurado. Con esto, no aspiro a pintar una imagen de víctimas pasivas que, en lugar de hablar, son habladas. Más bien, pretendo dejar entrever que lejos de constituir solamente un espontáneo grito de dolor e indignación, el pedido de justicia es el producto de un proceso relacional a partir del cual las víctimas construyen un relato que confiere un sentido a la vivencia de la pérdida. En otras palabras, a pesar de las lágrimas que testimonian la congoja ante un daño muchas veces irreversible, la voz entrecortada de las víctimas articula buenas razones para identificar a un culpable y exige que rinda cuentas ante la justicia.

Sin embargo, más allá de escenificar el dolor por la pérdida y la demanda de reparación de las víctimas, los escándalos que asoman con cierta frecuencia en la opinión pública son recogidos como una muestra de un problema más general que requiere que alguien haga algo para resolverlo. En este marco, el cuerpo de las víctimas devela su poder instituyente, al brindar testimonio de un mercado plagado de irregularidades y al constituir una ventana de oportunidad para educar a la población en el consumo “seguro” de cirugía estética. Periodistas y cirujanos certificados comparten este diagnóstico de situación y contribuyen a la difusión de consejos destinados a

potenciales consumidores. En suma, en lugar de politizar la demanda remarcando la “opresión” y promoviendo la diversidad corporal, esta perspectiva plantea una visión liberal (Karsenti y Lemieux, 2017) sustentada en el consumo responsable de cirugía estética y promoviendo un equipamiento de mercado para las candidatas a la operación (Callon y Muniesa, 2005).

Una muestra elocuente de ello, es la postura que asumen unos y otros frente a dos escándalos resonantes de los que ya hemos hablado: el caso de Alicia Romagnoli y el caso Aníbal Lotocki. El primero de ellos, es tratado en profundidad por la periodista Mariana Carbajal en su libro “La seducción permanente. Verdades y mentiras de la Cirugía Estética” (1999), publicado tres años después de que el caso saliera a la luz. Según relata en la introducción, decidió iniciar la investigación cuando conoció la historia de Alicia Romagnoli, y descubrió “que muchas mujeres, como Alicia, asumen el riesgo de una operación sin demasiada información, minimizando los riesgos de la cirugía”. El problema de la falta de información, según argumenta, se torna particularmente problemático en un contexto en el que el culto a la belleza perfila un filón lucrativo al multiplicar la demanda y genera la proliferación de personas que incursionan en este mercado careciendo de idoneidad técnica y moral. En este sentido, el problema no es la práctica médica *per se* (“No hay dudas de que la cirugía plástica es una especialidad médica muy noble. Los cirujanos plásticos curan”), sino más bien el afán de lucro con el que algunos la ejecutan:

El problema en el mundo de la cirugía estética son los abusos. Al ritmo del aumento de la demanda de operaciones cosméticas, se multiplicó la oferta de médicos que vieron en los procedimientos cosméticos una buena salida laboral. El abrupto crecimiento del número de consultorios del ramo trajo consigo cierta anarquía y descontrol, que se tradujo en la aparición de especialistas que, en lugar de *atender* pacientes, *trabajan* con clientes. Y los convencen de que ingresar a un quirófano es similar a ir a una peluquería, soslayando riesgos y complicaciones asociados a las operaciones estéticas (Carbajal, 1999: 6)

Ante este panorama, el libro se inserta como una intervención pública destinada a “alertar sobre ciertos engaños y atropellos que sufren en algunos consultorios los pacientes de esta especialidad” y a “aportar un granito de arena para que quienes resuelvan ingresar a un quirófano con fines cosméticos, cuiden su salud” (Carbajal, 1999: 8). En este contexto, las narrativas sobre víctimas “en” la cirugía estética que insumen buena parte de la publicación, funcionan como respaldo a un diagnóstico pero también como señales de alerta acerca de las consecuencias que puede acarrear la elección de un cirujano siguiendo pautas de consumo ordinarias. Más precisamente, el daño abiertamente exhibido opera como una herramienta pedagógica de mercado que graba a fuego los riesgos de guiarse por la fama o los buenos precios que ofrece un profesional.

Además de advertencias, al cierre del libro la periodista explicita una serie de recomendaciones y material informativo sobre los distintos tipos de intervenciones. Entre ellas, destaca particularmente una sugerencia que contribuiría a minimizar los riesgos de la cirugía:

La elección del cirujano

No es tarea sencilla elegir al especialista. Guiarse por modas, avisos en diarios y revistas o recomendaciones caseras no siempre da resultado. Lo mejor –y en esto coinciden las sociedades de cirugía del mundo entero– es elegir un cirujano certificado, que pueda acreditar que ha continuado con su formación médica, que participa en congresos y se recertifica periódicamente. Consultar con el médico de cabecera también es una buena opción. También cabe asesorarse en la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) o en sus filiales regionales (Carbajal, 1999: 137).

Ya ingresados en la segunda década del siglo XXI, las víctimas “de” la cirugía estética continúan ocupando la atención de los medios de comunicación. Como hemos visto, probablemente debido a la fama de las damnificadas, el caso Lotocki figura como el escándalo más saliente de los años recientes. Aunque los protagonistas cambian, las historias atroces continúan suscitando el mismo tipo de diagnósticos de situación y las mismas medidas preventivas para atenuar el problema. Veamos, por ejemplo, dos entrevistas televisivas realizadas a miembros de la SACPER en abril de 2021 y febrero de 2022 en los canales de noticias “TN” y “C5N”. Ambas versan sobre el caso Lotocki, aunque la primera se vincula a la muerte de un paciente luego de una lipoaspiración y la segunda a las novedades relacionadas a la causa judicial de las famosas inyectadas con “Metacrilato”:

Y lo que yo quiero, sobre todo, más allá de mandarle las condolencias a la familia, es que la población en general, si de algo puede ayudar el fallecimiento de este paciente es que se concientice a toda la población de que la cirugía hay que minimizar los riesgos al máximo. Hay que operarlos en un buen lugar, con estudios prequirúrgicos, en un buen sanatorio (“TN”, 20 abril de 2021).

Yo a Lotocki no lo conozco, no puedo hablar. Pero este tema, en sí, es una puerta de entrada para hablar de lo que les está pasando a los cirujanos plásticos de todo el mundo, y no solamente en Argentina, que es el intrusismo. Hay gente que se pone a hacer procedimientos, que se pone a poner sustancias que no están aprobadas y después terminan en esta situación. Lo que hay que hacer para no terminar en esta situación, es cuidarse, nada más. Tomar conciencia, buscar profesionales adecuados, buscar cirujanos plásticos (“C5N”, 9 de febrero de 2022).

Como vemos, lejos de constituirse en víctimas sacrificiales que “entregan al cuerpo como ofrenda al dios de la belleza” (ver apartado 2.), la irrupción esporádica de las damnificadas en el paisaje mediático constituye una ventana de oportunidad para que los especialistas en cirugía plástica desacrediten a sus competidores y justifiquen públicamente su aspiración a detentar un

monopolio sobre este conjunto de prácticas médicas. Señalo que constituye una aspiración, porque más allá de que a los ojos de un espectador inadvertido estos casos asuman visos de ilegalidad, lo cierto es que no existe un marco legal regulatorio que sancione dicho monopolio. Esto último, dependerá *en parte* de la suerte que corra el proyecto de ley sobre “Regulación del ejercicio de la cirugía plástica, estética y reparadora” presentado por la diputada Karina Alejandra Molina (PRO, La Rioja) en el año 2019. El proyecto establece tres cuestiones centrales: define y enumera el conjunto de prácticas que abarca el ejercicio de la cirugía plástica; establece los requisitos formales para ejercerla; y dispone la creación de un registro de acceso público de los profesionales que cumplen con dichos requisitos.

En lo que concierne al primer punto, cabe destacar la definición amplia de las actividades que caen en la esfera de la “cirugía plástica”. De esta manera, incluye no sólo actividades médicas de tipo quirúrgicas en sus facetas reparadora y estética, sino también procedimientos poco invasivos tales como “tratamientos con láser y luz pulsada, implantes de materiales sintéticos inyectables y aplicación de drogas de uso médico para atenuar arrugas de expresión”. Por su parte, si la delimitación del área de expertise se caracteriza por ser abarcadora, las condiciones formales para ejecutar las prácticas de dicha área son sumamente restrictivos. De esta manera, en el “Artículo 5”, se enumeran los siguientes requisitos: “ser médico y cirujano” con título habilitante; disponer de “título en la especialidad médica de cirugía plástica” expedido por instituciones universitarias; validar el título de especialista en cirugía plástica “ante la autoridad de salud competente en el gobierno de la matrícula profesional”; y estar inscripto en el “Registro Público Nacional de Cirujano Plásticos” que se propone crear con la sanción del proyecto de ley. En los artículos subsiguientes se enumeran los datos que deberán incluirse en el registro y se dispone “la accesibilidad pública y gratuita de la nómina de cirujanos plásticos” con el objeto “de brindar mayor seguridad y protección a los pacientes”.

En los fundamentos, la diputada Molina explicita un diagnóstico de situación, marcado por un aumento de la “demanda de prácticas quirúrgicas y tratamientos estéticos” y un “incremento exponencial de los casos de mala praxis llevados a cabo por quienes no acreditan idoneidad por carecer de la especialidad de cirugía plástica”. A pesar de no presentar datos para avalar la afirmación, la atribución de responsabilidad por los “daños a la salud” y las “muertes” en cirugía plástica recae sobre aquellos “profesionales médicos que no se encuentran debidamente capacitados para el ejercicio de la especialidad o aquellos que sin ser poseer el título de médico

prometen y actualmente realizan tratamientos estéticos que deberían estar reservado a especialistas en cirugía plástica”.

Para evitar el daño provocado por manos inexpertas, es que la diputada propone “la creación de un Registro Público Nacional de Cirujanos Plásticos”, con el objeto de que el paciente pueda “corroborar que aquel que va a intervenir sobre su cuerpo y salud, tenga la capacitación y conocimientos necesarios a la especialidad requerida”. De esta manera, se delimita o delega el ejercicio de la cirugía plástica en aquellos que, luego de haber atravesado un extenso y riguroso programa de enseñanza, “cuentan con la formación académica y práctica específica para ofrecer un servicio óptimo y responsable a la sociedad”. La aprobación del proyecto, por lo tanto, implicaría una contribución a la “seguridad” y al “derecho a la salud que les es dable exigir a cualquier paciente”.

Al momento de escribir estas líneas, el proyecto de ley se encuentra en comisiones en la cámara de origen. El tiempo y la voluntad política de los legisladores dictaminarán su aprobación o su rechazo. Por lo pronto, podemos afirmar que la cruzada de los cirujanos plásticos para desacreditar a sus competidores y situarse como los legítimos proveedores de un servicio médico especializado, trascendió los fugaces escándalos que alimentan los noticieros de cada día para ubicarse en la agenda parlamentaria. Paradójicamente, casi un siglo después de que el affaire Geoffre pusiera en entredicho los fundamentos terapéuticos de la cirugía estética, las víctimas “de” la cirugía estética se constituyen en las inesperadas aliadas de la consolidación institucional de la especialidad en cirugía plástica en Argentina.

Conclusiones

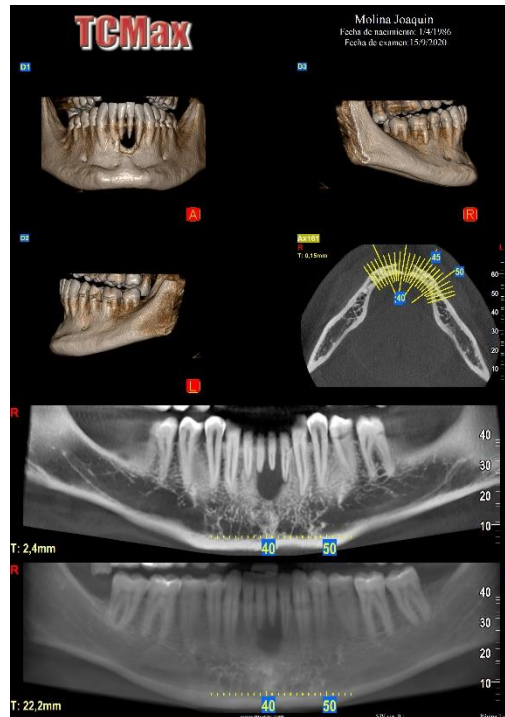
Esta tesis comenzó con el relato de Suzanne Geoffre, una mujer parisina que en 1928 perdió parte de su pierna a raíz de una cirugía destinada a afinarle las extremidades inferiores. Según vimos, esto desató una controversia jurídica en torno al valor terapéutico de la cirugía estética y a la responsabilidad médica que tuvo repercusiones en Argentina. Con esta disputa como trasfondo, exploramos la literatura médica producida por cirujanos plásticos durante la primera mitad del siglo XX, con la pretensión de analizar las narrativas que muestran los beneficios económicos, psicológicos y estéticos derivados de estas prácticas médicas. En este capítulo, vimos que el paisaje mediático contemporáneo argentino está plagado de historias como la de Geoffre, cuyo rasgo en

común es el desenlace trágico que sigue a las intervenciones con fines estéticos. Estas historias atroces, que escenifican a las víctimas “de” la cirugía estética, podrían llevarnos a conjeturar que estamos frente a un nuevo escenario de impugnación de la cirugía estética *per se* y que en casi un siglo nada parece haber cambiado.

Según expuse al inicio del capítulo, las historias atroces dan lugar a dicho cuestionamiento. Apoyada en el auge contemporáneo del feminismo, esta perspectiva crítica plantea que las pacientes femeninas son víctimas de los estereotipos de belleza que las empuja a sobredimensionar defectos mínimos y a someterse a un violento ajuste corporal que muchas veces desemboca en daños estéticos, económicos y psicológicos. De allí se deriva, que no es el cuerpo de las mujeres lo que debería modificarse, sino la cultura que presiona sobre la estética corporal femenina. El horizonte político de este cuestionamiento, es la construcción de una sociedad que promueva la aceptación de la diversidad corporal y que proteja a sus miembros más vulnerables de la tentación de apelar a prácticas de belleza potencialmente deletéreas para la conservación de la salud.

Según señalé, aunque esta lectura surge como el corolario de buena parte de las narrativas atroces, ocupa un lugar secundario respecto a una segunda interpretación. Según esta perspectiva, los pacientes son víctimas de cirujanos que carecen de idoneidad técnica y moral para llevar a cabo las intervenciones. En este marco, el cuerpo de las víctimas deviene en una evidencia tangible que viene a mostrar la falta de regulación del mercado de cirugía estética y opera como una oportunidad para aleccionar a los potenciales consumidores acerca de la necesidad de operarse con cirujanos certificados en la especialidad. El horizonte político de esta lectura, es la puesta en marcha de regulaciones estatales que confieran el monopolio de estas prácticas a los cirujanos que cuentan con las credenciales educativas para ejercer la especialidad en cirugía plástica, garantizando de esta manera el acceso a prácticas médicas seguras.

Conclusiones



A fines del año 2020, casi me extraen dos o tres dientes. La mala noticia me tomó por sorpresa. Hasta entonces, nunca había tenido problemas dentales de magnitud. Todo comenzó un día en el que noté una inflamación considerable en las encías, justo detrás de mis incisivos. En los días posteriores la hinchazón no cedía, a lo que vino a sumarse la constatación de que uno de los dientes estaba flojo. Ante la gravedad de la situación, decidí solicitar un turno con una odontóloga que trabajaba por la prepaga a la cual estaba afiliado. La búsqueda de la profesional no fue muy exhaustiva. Revisé la cartilla, encontré a una profesional que estaba relativamente cerca de mi domicilio y, a pesar de las pésimas reseñas que figuraban en el buscador de Google, saqué turno y acudí a la cita. Aquellos eran tiempos de “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” que, vigente desde el 3 de marzo de 2020, había venido a alterar radicalmente el desarrollo habitual de las actividades cotidianas. Por este motivo, antes de ingresar al establecimiento odontológico, tuve que cubrir mi ropa de calle con diversas prendas descartables. Así, ridículamente recubierto de ropa aséptica, fue que me encontré recostado en el sillón de la dentista.

Al revisarme, pudo constatar la inflamación, señalando que se trataba de una infección pero que no había nada de qué preocuparse. Acto seguido, procedió a realizarme una radiografía, motivo

por el cual salió del consultorio para accionar el dispositivo. Su regreso tomaba más tiempo del que esperaba. Sumado a eso, percibí un profundo silencio, interrumpido por el llamado de la odontóloga a una de sus colegas que también trabajaba allí. La conversación transcurrió entre murmullos, señal de que algo andaba mal. La tensa espera llegó a su fin, cuando las dos mujeres ingresaron al consultorio. Una de ellas, me exhibió la pequeña cuadrícula plástica en el que aparecían representados algunos de mis dientes, y justo debajo de ellos una mancha negra. Su explicación más o menos resumida fue la siguiente: “Acá, donde ves negro, es que no hay hueso. La infección te comió hueso. Estos dientes los tenés en el aire. Vamos a tener que extraerlos”. Sin dejar demasiado margen para conversar, me dijeron que hablara con la secretaria, para coordinar la fecha del procedimiento quirúrgico. Concertamos para la semana siguiente.

De pronto, me encontré en la calle, con el papel del turno en la mano y una angustia galopante. De un día para el otro, mi historial odontológico, hasta entonces prácticamente immaculado, mostraba una mancha negra pequeña pero enorme: una infección insignificante, la pérdida de un poquito de hueso y en pocos días de dos o tres dientes. Una nadería en un mundo devastado por el miedo, la muerte y la parálisis de la actividad productiva que estaba provocando la pandemia de Covid-19. Una enormidad desde mi punto de vista subjetivo, en la medida en que no sólo debería pasar por una operación en la que me extraerían dientes situados en un sector visible de la boca, sino que tendría que atravesar varios meses con unas prótesis que simularan la falta hasta tanto pudieran colocarme los implantes definitivos. Vivo y con ingresos para subsistir, me horrorizaba la idea de tener que quitarme los provisorios antes de ir a dormir y exhibirle una dentadura incompleta a mi ex pareja.

Ante la insistencia de mi entorno familiar, decidí consultar con otros dos odontólogos. El primero refrendó el diagnóstico y la indicación, con el agravante de que su tarifa era exorbitante. El segundo, por suerte, señaló que había esperanza: aunque mi caso era delicado, estaba la posibilidad de realizar un tratamiento de conducto para aplacar la infección y colocar una sustancia médica cuya propiedad permite regenerar hueso. Según señaló a continuación, no había garantías de que diera resultado, pero dada mi relativa juventud y el grado de la lesión valía la pena hacer el intento. Sin dudarlo, me entregué al tratamiento, aunque con la incertidumbre de cuál sería el resultado final. De pronto, mi cuerpo se había transformado en algo propio, pero ajeno a la vez. Disponía de la posibilidad de consentir el tratamiento manteniendo la boca abierta y siguiendo al pie de la letra las indicaciones pos operatorias, pero estaba completamente fuera de mi alcance

ejercer un control sobre la respuesta biológica de mi organismo. Ateo por contexto familiar y bastante racional por profesión, de pronto me encontré implorando a mi propio mentón que revirtiera la infección y que se reconstituyera.

No creo que mi súplica haya tenido eficacia alguna, pero lo cierto es que con el paso de los meses el foco infeccioso se atenuó y las imágenes odontológicas mostraron que una débil lámina de hueso había comenzado a estructurarse. Actualmente, la batalla por preservar mis dientes continúa. Debo realizarme controles cuatrimestrales para seguir de cerca la evolución y atacar a tiempo ante cualquier signo de desmejora. Esta es una de las tantas batallas abiertas y todo indica que hay muchas por abrirse. Por lo pronto, conservo todas mis piezas dentales, una cabeza poblada de pelo gracias a más de una década de ingerir a diario una dosis mínima de Finasteride y un cuerpo que registra en sus dolores los años de tesis pero que se mantiene delgado y mínimamente tonificado.

Aunque aderezado por las singularidades de mi propio caso, considero que este relato autobiográfico lejos está de ser excepcional y aspira a interpelar al lector acerca de una pregunta fundamental: ¿es la estética corporal un tema banal que no amerita ni un segundo de atención en la agenda de las ciencias sociales? Si la respuesta es negativa, ¿acaso será que soy una persona excepcionalmente sensible que se angustia ante la eventualidad de perder dos o tres dientes? ¿acaso no es esto la expresión de que la estética corporal constituye un tema sensible y crucial para entender lo que significa ser un individuo en sociedad? ¿acaso no es esto lo que estudian las ciencias sociales? Si la respuesta es positiva, ¿es suficiente con denunciar la opresión de los estereotipos de belleza históricamente cambiantes? ¿no será más fructífero describir los matices de un tema que incomoda para producir una imagen más compleja de lo que implica ser y tener un cuerpo en sociedad? Dedico las próximas páginas a retomar los principales aportes de la tesis y a reflexionar sobre estas preguntas.

1. Itinerario de la tesis

Primero estuvo el ruido, la sensación de que había un fenómeno extraño que requería ser explicado: hay médicos que, en lugar de dedicarse a curar a las personas, se dedican a cortar para embellecerlas. Luego estuvo la intuición: era probable que en algún momento de la historia estas personas hayan sido cuestionadas por realizar prácticas que *a priori* nada tienen que ver con la

salud, y que en respuesta a estos cuestionamientos los practicantes de esta peculiar rama quirúrgica hayan esgrimido argumentos médicos para justificar sus prácticas. Tirando del hilo de las publicaciones que tenía a mano, encontré la punta a partir de la cual empezar a desmadejar el ovillo: el caso de una mujer parisina que en 1928 sufrió la amputación del tercio inferior de la pierna izquierda a raíz de una complicación derivada de una cirugía destinada a afinarle las extremidades inferiores. Los debates suscitados en el marco del proceso judicial que inició esta mujer y sus derivas en el campo del derecho argentino, me permitieron explicitar los distintos posicionamientos en torno al carácter terapéutico de la cirugía estética y la responsabilidad médica derivada de ella.

Con esta controversia como trasfondo, inicié el recorrido de la presente tesis. En el primer capítulo, procuré reconstruir la historia de la institucionalización de la cirugía plástica en Argentina. Según expuse, a fines del siglo XIX y principios del XX, pueden identificarse las primeras publicaciones sobre la materia a nivel nacional. La mayoría de ellas, abocadas a exponer y difundir los resultados obtenidos con diferentes técnicas de reconstrucción nasal. Sin embargo, sería en el período de entre-guerras el momento en el cual comenzarían a surgir los pioneros de la especialidad y las escuelas que se estructurarían en torno a ellos. Relevante en este desenvolvimiento, fueron los desarrollos técnicos acaecidos durante la Primera Guerra Mundial y, posteriormente, la segunda conflagración mundial. Motivados por el incremento en el número, la gravedad y la novedad en el tipo de lesiones, diversos médicos de los países beligerantes se pondrían a la tarea de reparar los cuerpos maltrechos de los combatientes. Esto, daría lugar a innovaciones técnicas y organizacionales que, según expuse a continuación, circularían internacionalmente hacia la Argentina.

El surgimiento de la cirugía plástica a nivel nacional durante el período de entre-guerras, resultaría de un proceso de decantación paulatina, en el que en el que médicos que ejercían en servicios de cirugía general o de atención especializada en hospitales públicos se aventuraban en el terreno de un quehacer quirúrgico poco conocido. En este marco, procuré realizar una reconstrucción biográfica de los pioneros de la especialidad y, cuando esto fue posible, del devenir de las secciones de cirugía plástica en las que estos se desempeñaron. Dicha reconstrucción, permitió identificar tres cuestiones relevantes. En primer lugar, la centralidad que para muchos de estos pioneros tuvo la experiencia de formación en centros de cirugía plástica del extranjero. En segundo lugar, el carácter polifacético de sus trayectorias, dentro de las cuales puede identificarse

un marcado compromiso con los procesos sociales y políticos de su época. En tercer lugar, la centralidad de estos pioneros en la tarea de producir, divulgar y consolidar institucionalmente a la cirugía plástica en Argentina. Dicho esfuerzo, daría sus frutos a inicios de la década del 40' con la creación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, y en 1952 con la formación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

Pioneros y divulgadores de una especialidad médica disputada y poco conocida, sus publicaciones constituyeron los rastros a partir de los cuales procuré reconstruir la empresa técnica y cultural que los cirujanos plásticos asumieron durante la primera mitad del siglo XX. Parte de esta empresa, consistió en mostrar que la estética corporal conlleva serios problemas para las personas. Una pieza clave en dicha empresa, fueron las narrativas médicas sobre personas operadas. Productos de la actividad médica que selecciona y secuencia el devenir de los hechos, dichas narrativas presentan una estructura en común. Usualmente, comienzan *in media res*, momento en el cual los pacientes arriban a la consulta médica. En principio, el problema que plantean los pacientes es de carácter físico: perciben un defecto en su apariencia corporal y desean rectificarlo. Sin embargo, según emerge de las narrativas, detrás de cada defecto hay una historia personal que merece ser escuchada. Dichas historias versan sobre la experiencia problemática de *ser y tener* un cuerpo en sociedad. Algunas de ellas, tienen que ver con problemas económicos surgidos a raíz de que su apariencia corporal les impide conseguir un empleo. Otras, con el padecimiento subjetivo suscitado por la mirada de los “otros”, que conlleva frustración, retraimiento y rencor.

Según la literatura médica de la primera mitad del siglo XX, estos problemas personales son expresiones de problemas históricos y colectivos. Históricos, porque surgen o se ven agravados como consecuencia de procesos de cambios técnicos, económicos y culturales propios de la modernidad. La mayoría de estos cambios tienen un rasgo en común: intensifican la visibilidad pública del cuerpo, profundizando o haciendo surgir problemas asociados a la estética. Al mismo tiempo, los problemas personales son colectivos porque tienen proyección sobre el correcto funcionamiento de instituciones claves de las sociedades modernas. Más precisamente, los defectos estéticos impiden una correcta integración de las personas a dichos espacios institucionales y, muchas veces, generan comportamientos disruptivos para el orden social.

En este marco, los promotores de la cirugía estética de la primera mitad del siglo XX aspiraron a resignificar e inaugurar una nueva esfera de problemas médicos, mostrando que hay

personas que sufren intensamente por sus defectos estéticos y que dicho sufrimiento tiene proyecciones colectivas. A la luz de estos problemas, los pioneros esgrimen buenas razones para operar: no atienden vanidosos, atienden a personas que experimentan serios problemas estéticos, económicos y psicológicos. Dichas experiencias, son resignificadas al interior del discurso médico, a partir de la articulación con campos del saber ajenos a la cirugía plástica. Entre ellos, destaca particularmente la psicología, que contribuye a etiquetar médicamente una experiencia ordinaria como es el padecimiento suscitado por un defecto estético. Clave, en este sentido, fueron las nociones de “sentimiento y complejo de inferioridad” acuñadas por Alfred Adler, ampliamente difundidas entre los cirujanos plásticos latinoamericanos y argentinos durante la primera mitad del siglo XX. En pocas palabras, siguiendo la perspectiva de la medicalización, las narrativas aspiraban a transformar un problema no médico en un problema médico.

Sin embargo, a partir de las narrativas de casos, los cirujanos no sólo pretendían mostrar la existencia de un problema médico. También procuraban exhibir el cambio experimentado por los pacientes y, de esta manera, la eficacia de estas prácticas correctivas en la resolución del problema planteado. En las publicaciones médicas, estas narrativas se despliegan a través de dos soportes: la escritura y las imágenes. Tanto en uno como en otro caso, muestran el “antes” y el “después” de los pacientes, colocando a la cirugía plástica como punto de inflexión entre esos dos momentos. Aunque similares, cada uno de estos registros suple las deficiencias que presenta su contraparte. Las narrativas escritas pueden representar los cambios psicológicos, sociales y económicos de los pacientes, pero son un soporte débil para mostrar el cambio estético. A la inversa, las narrativas visuales son eficaces para evidenciar el cambio estético, pero ineficaces para mostrar los cambios que trascienden a dicha dimensión. No obstante, como hemos visto, algunos cirujanos hacían una interpretación de las fotografías en las que el cuerpo visible opera como significante de los cambios en la vida interior de los pacientes. En otras palabras, tornaban la gestualidad en indicador del cambio en los estados emocionales y en los modos de exhibir el cuerpo en sociedad.

A lo largo de estas páginas presenté cuatro tipos de narrativas que, apelando al contraste entre el “antes” y el “después” de la operación, muestran el impacto positivo de la cirugía estética: las narrativas fisio-quirúrgicas, que escenifican la capacidad de la cirugía reconstructiva para rehabilitar funcionalmente el cuerpo del obrero; las narrativas socio-quirúrgicas, que muestran a la cirugía estética como una práctica que al embellecer potencia las posibilidades de conseguir un empleo; las narrativas psico-quirúrgicas, que muestran el carácter preventivo, reformador y vital

de las modificaciones estéticas; y las narrativas estético-quirúrgicas, que exhiben la eficacia de las técnicas en conseguir resultados estéticos satisfactorios para los pacientes.

En esta empresa cultural asumida por los cirujanos plásticos de la primera mitad del siglo XX, se presenta una nota disonante: hay narrativas que, en lugar de exponer los éxitos, exponen los fracasos de estas cirugías. Estas narrativas, también comienzan con la consulta médica propiamente dicha, en la que el paciente plantea un problema estético y refiere a los problemas económicos y subjetivos que estos conllevan. Sin embargo, del encuentro con estos pacientes, emerge una sospecha: puede que se trate de un *mal candidato* a la cirugía estética.

La caracterización de estos pacientes, constituye la contracara exacta de los candidatos que estas prácticas vienen a redimir: no son razonables, no son meritorios y no son agradecidos. Por el contrario, suelen ser personas que ven defectos donde no los hay, que solicitan cambios estéticos insólitos o irrealizables, y que son exigentes hasta la distorsión en la percepción de los resultados de la cirugía. Asimismo, son personas acomodadas y acomodaticias. Son ricas, pero carecen de la templanza moral que da la lenta acumulación de riqueza, tornándolos materialistas y caprichosos. Son fracasados y pobres, pero no por su defecto estético, sino porque se refugian en este para disfrazar su inherente falta de voluntad para el progreso. Por último, al no ver realizadas sus trastornadas expectativas de cambio estético y socio-económico, achacan sus propias frustraciones sobre las espaldas de los cirujanos y generan situaciones conflictivas. Son, en pocas palabras, pacientes problemáticos a los que conviene no operar.

En este marco, y según mostré en esta tesis, las narrativas no sólo aspiraban a mostrar el valor terapéutico de la cirugía estética ante terceros, sino también a enseñarles a los cirujanos plásticos a construir una indicación de estos procedimientos y a lidiar con los candidatos a la cirugía. Categorizar y seleccionar candidatos es uno de los aspectos de la indicación, en la que aparecen indisolublemente ligadas ciertas posturas morales y un pragmatismo fundado en la experiencia. En relación a este último punto, cabe destacar que los cirujanos plásticos no aspiraban, ni aspiran, a ser psicólogos. Son cirujanos que, a fuerza de tratar con pacientes a diario, aprenden a identificar los indicios que les permiten distinguir entre los candidatos que quedarán conformes con el resultado estético y aquellos que se mostrarán siempre insatisfechos. Las narrativas médicas son, en este marco, experiencias cristalizadas en el papel de las cuales se extrae una enseñanza: examinen el cuerpo y escuchen con atención las expectativas del candidato a la cirugía, y procuren

no operar a aquellos pacientes cuyas expectativas distorsionadas y desmesuradas sólo les traerán situaciones conflictivas.

Además de advertir acerca de cierto perfil de pacientes, la literatura médica de la primera mitad del siglo XX procura transmitir saberes prácticos para diagnosticar un defecto corporal, establecer el tipo de corrección quirúrgica adecuada según dicho examen y gestionar las expectativas estéticas de los pacientes. La indicación estética, en el caso de las rinoplastias se funda en un examen global del cuerpo del paciente, en el que el sector anatómico que será intervenido es puesto en relación con el rostro y la conformación global del cuerpo del paciente. El objetivo de dicho examen es indicar una rectificación quirúrgica del apéndice nasal que armonice con el todo corporal. La indicación estética nos habla de una especialidad que lejos de aspirar a la producción de cuerpos en serie respondiendo al arbitrio de la moda o a la eternidad de los cánones clásicos, pretende efectuar intervenciones ajustadas al caso por caso.

Los cirujanos estéticos lidian con un cuerpo, pero también con pacientes que tienen una percepción sobre sus cuerpos y del cuerpo que aspiran a conseguir. La literatura médica muestra que esto constituye una preocupación cardinal en el ejercicio de la especialidad, promoviendo una serie de consejos prácticos y dispositivos para lidiar con las percepciones y las expectativas estéticas de los pacientes. Una de las cuestiones que surge de las publicaciones, es que se trata de un trabajo relacional sumamente precario. El especialista no debe instilar demasiada confianza, ni demasiado pesimismo en el candidato. Antes bien, debe informarlo sobre aspectos cruciales de la cirugía y prometer menos de lo que puede conseguir. La inquietud en torno a las percepciones y expectativas de los pacientes también aparece materializada en una serie de dispositivos y rutinas de apropiación práctica destinadas a incorporar al paciente al proceso de planificación quirúrgica. Entre ellos, podemos destacar el uso de la fotografía médica en el consultorio, pasible de ser utilizada para persuadir al paciente acerca de cuál es su defecto estético; proyectar y consensuar el resultado de la cirugía; certificar y arbitrar el resultado obtenido.

Los cirujanos lidian con la subjetividad de los pacientes, pero también con la objetividad de sus cuerpos. Puede que al examinar al paciente encuentren buenas razones para operar, pero difícilmente pueden indicar una corrección si no cuentan con técnicas y tecnologías eficaces para responder a la demanda de los pacientes. En cierto modo, todas las prácticas médicas tienen este desafío. La peculiaridad de las prácticas examinadas es que parte de su eficacia se mide por la obtención de resultados estéticamente satisfactorios. Prueba de ello, es la centralidad y la

omnipresencia que asume la minimización y disimulación de las cicatrices en la historia de las técnicas quirúrgicas en cirugía plástica. Por este motivo, es que el desarrollo de las cirugías estéticas endonasaes constituye un hito en la historia de la cirugía plástica de la primera mitad del siglo XX, al permitir efectuar maniobras de corte sobre el sector anatómico más visible del rostro ocultando las cicatrices al interior del vestíbulo nasal. Su difusión internacional hacia la Argentina entre las décadas del 20' y del 30', permitió que los cirujanos plásticos locales pudieran obtener buenos resultados estéticos e instalar a las rinoplastias como el tipo de procedimiento más realizado durante la primera y buena parte de la segunda mitad del siglo XX.

En la década del 60', tuvo lugar otro hito fundamental en la historia de las técnicas y tecnología en cirugía plástica: el desarrollo y difusión de las prótesis mamarias de silicona. La aceptación de este material para efectuar las cirugías de aumento mamario, fue el resultado de un largo itinerario de prueba, éxito temporario y fracaso con distintos tipos de materiales. La reconstrucción de esta historia permite complejizar la manera en que habitualmente son entendidos los ciclos de demanda de las prácticas de belleza. Indudablemente, hay factores culturales y sociales que inciden en el consumo de las mastoplastias de aumento. Pero no puede entenderse el predominio que asumieron contemporáneamente estas prácticas sin tomar en cuenta la aceptación controversial de la silicona como un material inerte y con buenos resultados estéticos a largo plazo.

La apertura del dominio técnico sobre un nuevo sector anatómico, conlleva continuidades y cambios en la construcción de la indicación médica contemporánea. Uno de estos cambios, refiere a la relevancia que asume la intimidad y el placer en la medicalización de los problemas asociados al escaso desarrollo del busto femenino. De esta manera, si los escenarios problemáticos desplegados en las narrativas vinculadas al rostro muestran un predominio de la vida pública y de la mirada, cuando de mamas femeninas se trata la vida privada y el tacto emergen como nuevos aspectos problemáticos.

Un cambio más sustancial, refiere al tipo de evidencia médica desplegada para respaldar la eficacia terapéutica de los implantes mamarios. Al menos en lo que refiere a la literatura internacional de la segunda mitad del siglo XX, las publicaciones muestran un desplazamiento de las narrativas individuales de casos en favor de métodos cuantitativos cuya validez se asienta en el uso de criterios de selección muestrales, la estandarización de los instrumentos de recolección, la adopción de grupos de control y la cuantificación de los resultados. A pesar del evidente contraste, las dos aproximaciones mantienen una sugestiva similitud: procuran exhibir el valor

terapéutico de la cirugía estética a partir de la comparación entre el “antes” y el “después” de efectuada la intervención.

Del análisis de la construcción de la indicación médica contemporánea en las mastoplastias de aumento, también surgen algunas continuidades. En primer lugar, la literatura médica contemporánea continúa advirtiendo acerca de los pacientes problemáticos, instando a los cirujanos plásticos a realizar un examen de las expectativas estéticas, sociales y económicas de los candidatos para establecer si la rectificación quirúrgica está médicamente indicada. El perfil de pacientes problemáticos que persiste es el de aquellos candidatos que achacan sus fracasos a la presencia de defectos mínimos o inexistentes y que, de ser operados, se mostrarán crónicamente insatisfechos con el cirujano al ver que sus expectativas de cambio no fueron concretadas.

Otra de las continuidades tiene que ver con la construcción de la indicación estética. Al igual que la literatura médica de la primera mitad del siglo XX, las publicaciones contemporáneas en materia de mastoplastias de aumento continúan difundiendo criterios expertos de construcción de un diagnóstico y siguen mostrando una inquietud en torno a la gestión de las percepciones y expectativas estéticas de los candidatos. En este marco, la exploración de la literatura médica internacional sobre cirugía de aumentos mamarios, nos mostró que durante el último tercio del siglo XX se desarrollaron una serie de prácticas y dispositivos tendentes a responder a dicha inquietud. En dichas publicaciones, pueden identificarse dos enfoques: el primero, confiere un mayor peso a la preferencia estética del paciente a partir de toda una serie de dispositivos de visualización del resultado; y el segundo, se funda en la determinación del cirujano de la prótesis adecuada de acuerdo a las medidas objetivas que presenta la candidata a la operación.

El análisis de las entrevistas en profundidad a cirujanos y a pacientes operadas de las mamas, brindó la oportunidad de explorar la apropiación que los cirujanos plásticos argentinos contemporáneos hacen de dichas prácticas y dispositivos desarrollados internacionalmente a los efectos de lidiar con las expectativas estéticas de las pacientes. Según pudimos constatar, aunque dichas prácticas y dispositivos suponen una apertura a la participación de las pacientes en el proceso decisorio y cierto grado de expertización de las consumidoras, lo cierto es que dicha implicación contribuye a que el cirujano eduque la mirada del paciente, gane su asentimiento y disponga de la posibilidad de movilizar el consentimiento pretérito para atribuirle la responsabilidad de los resultados. En pocas palabras, la autoridad experta no se impone desde

arriba, sino mediante la participación activa y expertización de las pacientes durante el proceso de planificación quirúrgica.

Al cierre de la tesis, retomé el camino trazado por el caso Geoffre, para entender cuáles son las disputas que emergen en torno a las víctimas contemporáneas “de” la cirugía estética. Para ello, analicé las narrativas atroces presentes en los medios de comunicación argentinos, en los que se escenifican los daños funcionales, psicológicos y estéticos producidos por dichas prácticas quirúrgicas. La permanente emergencia de estos casos, constituyen coyunturas críticas en las que se expresan dos modelos de atribución de responsabilidad de los que se extraen distintas consecuencias políticas.

El primero, impulsado por el auge del feminismo contemporáneo, viene a poner en entredicho la resolución quirúrgica de los problemas asociados a la apariencia corporal. Desde esta perspectiva, las pacientes femeninas son víctimas de los estereotipos de belleza que las empuja a sobredimensionar defectos mínimos y a someterse a un violento ajuste corporal que muchas veces desemboca en daños estéticos, económicos y psicológicos. De allí se deriva, que no es el cuerpo de las mujeres lo que debería modificarse, sino la cultura que presiona sobre la estética corporal femenina. El horizonte de este cuestionamiento, es la construcción de una sociedad que promueva la aceptación de la diversidad corporal y que proteja a sus miembros más vulnerables de la tentación de apelar a prácticas de belleza potencialmente deletéreas para la conservación de la salud.

Sin embargo, aunque las críticas en clave de “opresión” de género y “supresión” de la diversidad corporal muestran cierta presencia en la interpretación de estas historias atroces, hay una segunda línea interpretativa que asume primacía: los pacientes son víctimas de cirujanos que carecen de idoneidad técnica y moral para llevar a cabo las intervenciones. Según esta lectura, el objeto de la condena no es la cirugía estética *per se*, sino aquellos médicos que sacan provecho del vacío legal en materia de ejercicio de especialidades médicas y se vuelcan a ejercer una actividad redituable careciendo de idoneidad y de infraestructura adecuada. De esta manera, las víctimas constituyen el testimonio dramático de un mercado deficientemente regulado, brindando una ventana de oportunidad para instruir a la población en materia de elección de cirujanos competentes y reclamar la sanción de leyes que confieran a los cirujanos plásticos certificados el monopolio sobre las prácticas estéticas.

En este marco, adquiere sentido uno de los rasgos a priori desconcertantes de estos escándalos. Y es que además de periodistas y víctimas, es habitual que cirujanos plásticos certificados tengan su cuota de participación en medios gráficos y emisiones televisivas. Su papel en estas intervenciones no es expedirse expresamente sobre las particularidades de cada caso, sino más bien la de operar como portavoces de sus respectivas asociaciones de especialistas. En sus intervenciones, además de formular advertencias y consejos al momento de decidir operarse, difunden los distintos dispositivos de coordinación de mercado ideados por las organizaciones a las que están afiliados.

De allí se deriva que, creyendo haber incurrido en una transgresión metodológica al abandonar la literatura médica para enfocarme en la arena mediática, caí en la cuenta de que en realidad me encontraba en el corazón del discurso médico contemporáneo sobre cirugía estética. En todo caso, que esto último pasara inadvertido a la mirada analítica que pretendía imponer sobre el corpus empírico, es signo del éxito de los especialistas en cirugía plástica en imponer una matriz interpretativa sobre las historias atroces que emergen frecuentemente en los medios de comunicación argentinos contemporáneos. Tal es así, que muchas veces, ni siquiera hace falta un involucramiento directo de estos especialistas para que periodistas e incluso legisladores reproduzcan esta versión de los hechos.

2. Aportes y reflexiones

La presente tesis procuró realizar un aporte a un objeto de investigación que no había sido explorado por las ciencias sociales argentinas: la historia de la cirugía estética. El estudio procuró establecer un diálogo con la perspectiva de la medicalización, retomando la riqueza de este enfoque para aprehender procesos históricos de consolidación de un área del saber médico, pero también movilizándolo un mirada simétrica y micro-sociológica de las fuentes exploradas. La categoría que propuse para tal fin, fue la de indicación médica. Esta última me permitió tener un acceso a las prácticas médicas en terreno, de las incertidumbres que las atraviesan y los saberes puestos en juego para dominarlas. Aunque el foco de la tesis estuvo en ese último punto, considero que este trabajo permite reflexionar sobre otras cuestiones.

En primer lugar, esta tesis permitió explorar la relación médico-paciente, permitiendo establecer algunos matices respecto a las aproximaciones tradicionales sobre este objeto. El primer

matiz es de corte histórico, y refiere al pasaje del paternalismo a la democratización de los vínculos que suele darse por sentado en las producciones académicas que abordan los cambios a largo plazo en la relación médico-paciente. Según emerge del análisis de las fuentes, la participación del paciente en el proceso de planificación quirúrgica constituye una característica estable del modo en que se estructura el vínculo en la especialidad. El segundo matiz refiere a la oposición entre modelo paternalista y modelo de consumidor que suele estructurar los debates teóricos sobre la materia. Como señalé en reiteradas ocasiones, la cirugía estética ofrece un modelo alternativo, en el que el criterio médico se impone a través de la participación del paciente en el proceso de planificación quirúrgica.

Lo afirmando en el párrafo precedente, también permite introducir algunos matices en las discusiones de carácter normativo que atraviesan a estas prácticas. Con ello, pretendo señalar que se puede estar de acuerdo con que la cirugía estética constituye una práctica normalizadora y que reproduce en lugar de cuestionar los estereotipos de belleza vigentes. No obstante, esta postura no debería ser óbice para reconocer que esta disciplina ofrece una alternativa disruptiva con respecto a las maneras habituales de pensar y de hacer propias de otras especialidades quirúrgicas. Principalmente, porque en sus inicios la especialidad impulsa una ruptura con la aproximación puramente objetivista al cuerpo de los pacientes, promoviendo una mirada médica que incorpora la percepción subjetiva de estos últimos y que sitúa al cuerpo en sociedad.

Dicha visión ampliada acerca del sujeto sobre el que recaen las terapéuticas, conlleva dos importantes consecuencias para la actividad médico-quirúrgica. Por un lado, instala una inquietud en torno a la minimización del daño quirúrgico y el respeto por la integridad del cuerpo, cuya manifestación más elocuente es la prolífica historia de las técnicas destinadas a reducir y disimular las cicatrices. Por el otro, sitúa las inquietudes y expectativas de los pacientes en el centro de la consulta pre-quirúrgica, desarrollando rutinas y dispositivos pedagógicos destinados a informar a los pacientes acerca de los pormenores técnicos de la intervención y a facilitar la participación en la determinación del resultado buscado. En suma, aunque controversial por la finalidad que persigue y por desarrollarse en un contexto mercantil, las concepciones y prácticas desarrolladas históricamente por los cirujanos estéticos pueden constituir una fuente de inspiración formal para aquellos que aspiran a reformar la medicina occidental en un sentido participativo y humanista.

Otro de los aportes de esta tesis, se vincula al uso de las imágenes en las ciencias sociales. Según expuse, las imágenes pueden ocupar un lugar central en las producciones académicas. Ante

todo, porque son fuentes que pueden equipararse al discurso escrito en su pretensión de representar y narrar distintos procesos. En la lectura que realicé para esta tesis primó una lógica internalista, destinada a recuperar los usos sociales y las interpretaciones de primer grado articuladas por los propios actores en torno a imágenes médicas. En otras palabras, procuré reponer el proceso de producción, circulación y apropiación de las imágenes a los efectos de identificar la polisemia en la estática de las representaciones visuales.

Esta lectura internalista atenta a la multiplicidad de sentidos, revela el potencial político del cuerpo en imágenes en varios niveles. A nivel interaccional, arbitra los potenciales conflictos entre médicos y pacientes operando como punto de referencia objetivo en la evaluación de resultados. A nivel macro, objetiva los beneficios terapéuticos de una de práctica médica cuestionada y, al mismo tiempo, cuestiona una práctica médica objetivando el daño. Como es evidente, este esquema de análisis podría aplicarse al estudio de otro tipo de imágenes médicas y en otro tipo de especialidades. Asimismo, resultaría posible movilizarlo para analizar el proceso de producción, circulación y apropiación política de las imágenes en diversas situaciones y contextos históricos.

La tesis, también propuso un largo itinerario por la anatomía humana, brindando algunos aportes a las reflexiones en torno al cuerpo desde las ciencias sociales. El primero de ellos, se vincula a la centralidad de lo público y lo privado en la historia de la estética corporal. Por un lado, porque la redefinición de quiénes habitan el espacio público, está indisociablemente ligada a una redefinición de las personas sobre las que recaerán las exigencias en materia de estética corporal. Por el otro, porque la redefinición de cómo se habita corporalmente el espacio público, está vinculado a la redefinición de los desafíos estéticos que plantea la exhibición en dicho espacio.

El segundo aporte, refiere a la tensión entre asimilación y respeto a la singularidad que atraviesa a las prácticas de cirugía estética. En este marco, el rostro está asociado a la singularidad de las personas (Le Clainche-Piel, 2020), pero también constituye un marcador público que contribuye a la atribución de determinadas características étnicas, raciales, morales y cognoscitivas. Ante este panorama, las prácticas médicas examinadas están abiertas a consideraciones de orden técnico, estético y moral: llevar a cabo intervenciones con el objeto de borrar dichos marcadores despersonalizando a sus operados o efectuar operaciones respetando la singularidad de sus rasgos.

El tercer aporte, tiene que ver con la centralidad que tiene la oposición entre lo “natural” y lo “artificial” en tanto categorías nativas movilizadas para evaluar la estética corporal. Aunque abordé esta oposición con la pretensión de dar cuenta de la historia de los implantes mamarios, lo cierto es que dicha dicotomía está presente en boca de todos los actores involucrados directamente o indirectamente en el desenvolvimiento histórico de la cirugía plástica. Su persistencia da cuenta de un hecho elemental que, en definitiva, mencioné entre líneas a lo largo de la tesis: la historia de la cirugía plástica es la historia de diversas técnicas y materiales destinados a recrear artificialmente un cuerpo con visos de naturalidad.

Que el éxito o el fracaso de esta empresa se mida según dicho parámetro, revela un hecho aún más cardinal y transversal a todas las prácticas de belleza: la estética corporal está sometida a un régimen de autenticidad (Bessy y Chateauraynaud, 1995), que es puesta a prueba por una mirada externa que evalúa y jerarquiza perceptivamente la apariencia a los efectos de establecer el carácter natural o espurio de los atributos físicos. Siguiendo ese esquema, resulta posible poner en línea una serie de acontecimientos históricos distantes en el tiempo y aparentemente inconexos tales como: la fabricación de prótesis faciales para ex combatientes; el ocultamiento de cicatrices y la armonía estética en la realización de rinoplastias; la búsqueda de técnicas y materiales de relleno destinadas a agrandar y brindar una apariencia natural al busto femenino, etc.

El cuarto aporte, está relacionado al consumo de las prácticas de belleza y a la necesidad de recurrir a un análisis interseccional que permita reponer la heterogeneidad que se esconde detrás del consumo de una misma práctica. Más concretamente, aun aceptando que todas las consumidoras de mastoplastias de aumento aspiran a completar una feminidad corporal que perciben como deficiente, no todas pretenden encarnar la misma feminidad. En línea con ello, la permanente referencia de las entrevistadas a su deseo de obtener resultados “naturales”, se vincula a la búsqueda de un cuerpo que no denote el artificio, pero también a un uso moral del cuerpo en el que prima la discreción y la puesta en guardia frente a la mirada sexualizada de terceros.

El quinto aporte, refiere a la necesidad de introducir el cuerpo como entidad material que opone resistencia a las manipulaciones externas que conllevan las prácticas de belleza. Tomar este recaudo implica no solo reconstruir el derrotero de técnicas y materiales destinados a modificar el cuerpo, sino también darle carnadura a un deseo cuyo único límite parece ser la voluntad de pago de los pacientes y la voluntad de transigir de los cirujanos. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es un material inerte pasible de modificarse de acuerdo a los moldes que impone la industria cultural

o susceptible de ser alterado siguiendo las pautas cambiantes de un proyecto identitario posmoderno. Por el contrario, el cuerpo es materia estructurada y activa, sólida morfología e imprevisible fisiología. Modificable, pero dentro de los límites que impone un modelo pre-armado compuesto de huesos, cartílagos, tendones, grasa y músculos. Modificable, pero siempre presto a reaccionar ante lo que decodifica como agresiones externas, formando cicatrices para reparar las heridas o cápsulas firmes para aislar cuerpos extraños. En suma, más acá del deseo y de la voluntad de consumarlo, está el sustrato material que impone realismo a los sueños de transformación.

El sexto aporte, tiene que ver con las reacciones suscitadas por el cuerpo en sociedad, y las importantes implicancias que esto tiene para el análisis de las fuentes analizadas en la presente tesis. Aunque la intención de movilizar una mirada sociológica simétrica para analizar dichas fuentes estuvo presente, debo confesar que por momentos me resultó complejo situarme en esa posición analítica. Más precisamente, aunque respeté los materiales al analizarlos según su propia lógica interna, nunca dejaron de provocarme una sonrisa burlona. Sobre todo, porque muchas de las situaciones que aparecían descriptas en los relatos me resultaban exageradas y por momentos inverosímiles. La exageración y el cuestionamiento a la verosimilitud, se me hacían particularmente patentes en dos aspectos de las narrativas: las reacciones públicas y cotidianas ante la presencia de una persona defectuosa, y el padecimiento de la persona defectuosa ante esas situaciones de la vida cotidiana.

Si tuviera que poner un calificativo a dichas reacciones, debería decir que me resultaban excesivamente brutales, crueles y desembozadas. Ante esta afirmación, podríamos sostener que esto último no es más que una percepción subjetiva del que aquí escribe, y que la sensación de encontrarse ante un exceso de maltrato responde a su ignorancia del modo en que la sociedad argentina *siempre* trató a las personas con algún defecto físico. Aunque abierto a esta posible objeción, considero que mi percepción de que estaba ante algo excesivo e inverosímil responde a que apliqué una mirada contemporánea a materiales que dan cuenta de dinámicas sociales alejadas en el tiempo. En este sentido, las narrativas constituyen indudablemente evidencia médica, pero también pueden ser interpretadas como un testimonio de los cambios históricos en las maneras de exteriorizar la violencia ante el cuerpo “desviado”. Así leídos, los relatos abren terreno a investigaciones de largo plazo acerca de las micro-violencias cotidianas ejercidas sobre el cuerpo defectuoso, cimentando el necesario trabajo comparativo que debería regir el análisis de esta problemática en las sociedades contemporáneas.

Enfatizar la *violencia* que trasuntan las narrativas, también permite conferirle todo su espesor al padecimiento de las personas portadoras de un defecto físico. Con esto, no pretendo esgrimir un argumento en favor de la resolución quirúrgica de estos problemas, sino más bien mostrar que el tormento de las víctimas escenificado por los cirujanos plásticos lejos estaba de ser una mera representación con fines persuasivos. Reconocerlo es, ante todo, darle un sentido a la empresa cultural y moral asumida por los cirujanos plásticos argentinos durante buena parte del siglo XX. Equivocados o no, resulta innegable que más allá de consideraciones estratégicas, estas personas tenían una profunda convicción en que la estética gravitaba fuertemente en el devenir de los pacientes y en que la cirugía estética era una terapéutica eficaz en la resolución de sus problemas.

Bibliografía

Abbattista, M. (2022): “La ‘Misión Ivanissevich’ en el Ministerio de Educación entre 1974 y 1975”, en: M. Legarralde (Coord.): “Educación, historia reciente y memoria: Investigaciones y aproximaciones metodológicas”, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 80-119.

Alonso, Juan Pedro (2013): “Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 18, N° 9, 2541-2548. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>

Arizaga, María Cecilia (2007): “La medicalización de la vida cotidiana: los psicotrópicos como ‘pastillas para el estilo de vida’”, *Revista Científica de UCES*, Vol. 11, N° 1, 11-34

Armstrong D. (1982): “The patient's view”, *Social science & medicine*, 18(9), 737–744. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90099-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90099-6)

Amann, K., & Cetina, K. K. (1988): “The Fixation of (Visual) Evidence”, *Human Studies*, 11(2/3), 133–169.

Anspach, R. R. (1988): “Notes on the Sociology of Medical Discourse: The Language of Case Presentation”, *Journal of Health and Social Behavior*, 29 (4), 357–375. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/2136869>

Ancheta, Rebecca (2000): “Saving Face: Women's Experience with Cosmetic Surgery”, University of California, San Francisco.

Atkinson, Paul (1995): “Medical talk and medical work: The liturgy of the clinic”, Sage Publications, London

Atkinson P. (1997): “Narrative Turn or Blind Alley?”, *Qualitative Health Research*, 7(3): 325-344. doi:10.1177/104973239700700302

Atkinson, Paul (1999): “Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility”, in Sarangi S. and Roberts C. (ed.): “Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings”, Mouton de Gruyter, Berlin-New York.

Atkinson, P.A., & Delamont, S. (2006): “Rescuing narrative from qualitative research”, *Narrative Inquiry*, 16, 164-172

Ballard, Karen y Elston, Mary Ann (2005): “Medicalisation: a multi-dimensional concept”, *Social Theory and Health*, Vol. 3, 228-241

Bamji A.: “Sir Harold Gillies: surgical pioneer”, *Trauma*, 2006, 8 (3),143-156

Barbot, J. y Cailbaut I. (2010) : « Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps: Quand la chirurgie esthétique se donne à voir », *Politix*, 90 (2), 91-113

Barbot, J. (2010) : « Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps: Quand la chirurgie esthétique se donne à voir », *Politix*, 90, 91-113.

Barbot, Janine, Mariel Winance e Isabelle Parizot (2015) : “Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale”, *Sciences Sociales et Santé*, 33, 77-105.

Barcala, A., Bianchi, E. y Poverene, L. (2017): “Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental. Derecho de Familia”, *Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia*, 82, 99- 113

Barthe, Yannik (2023): “Elementos para una sociología de la victimización” en Zenobi (comp.) “Víctimas: debates sobre una condición contemporánea”, Buenos Aires, Teseo.

Barker K. K. (1998): “A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy”, *Social science & medicine*, 47(8), 1067–1076.

Barrett, R.J. (1988): “Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 265-275

Barthe, Yannick; Blic, Damien de; Heurtin, Jean-Philippe; Lagneau, Éric; Lemieux, Cyril; Linhardt, Dominique; Moreau de Bellaing, Cédric; Rémy Catherine y Trom, Danny (2017). “Sociología pragmática: manual de uso”, *Papeles de Trabajo*, 11 (19), pp. 261-302.

Bartky, Sandra Lee (2002): “Sympathy and Solidarity and other Essays”, United States, Rowman and Littlefield Publishers

Baszanger, I. (1992): “Deciphering chronic pain”, *Sociology of Health and Illness*, 14, 181-215.

Becker, Howard (2009): “Outsiders. Hacia una sociología de la desviación”, Buenos Aires, Siglo XXI

Behrbohm H, Briedigkeit W, Kaschke O. (2008): “Jacques Joseph: father of modern facial plastic surgery”, *Archives of Facial Plastic Surgery*, Sep-Oct, 10(5), 300-303

Bell S. E. (1990): “Sociological perspectives on the medicalization of menopause”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592, 173–192.

Benjamin, Walter (1979): “Discursos Interrumpidos”, Madrid, Taurus

Berg, M. (1992): “The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice”, *Sociology of Health and Illness*, 14, 151-180.

Bessy, C. et Chateauraynaud, F. (1995) : « Experts et faussaires. Pour une sociologie de la perception », Paris, Métailié

Bhattacharya S. (2008): “Jacques Joseph: Father of modern aesthetic surgery”, *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 41(Suppl), 3-8.

Bianchi, Eugenia (2010): “La perspectiva teórico-metodológica de Foucault: algunas notas para investigar el ADHD”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Vol. 8, N° 1, 43-64

Bianchi, E. (2015): “Infancia, normalización y salud mental. Figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del ADHD”, *História, Ciências, Saúde*, 3(22), 761-779.

Bianchi, Eugenia. (2016): “Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad?”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430.

Bianchi, E., Faraone, S., Ortega, F., Gonçalves, V. P. y Zorzaneli, R. T. (2017): “Controversias acerca del diagnóstico de TDAH y la prescripción de metilfenidato en los debates sobre la medicalización en Argentina y Brasil”, *Physis*, 27(3), 641–660.

Biernoff S. (2010): “Flesh Poems: Henry Tonks and the Art of Surgery”, *Visual culture in Britain*, 11(1), 25–47.

Biernoff S. (2011): “The Rhetoric of Disfigurement in First World War Britain”, *Social History of Medicine*, 24(3), 666–685

Bloor, David (1991): “Knowledge and social imagery”, University of Chicago Press, Second Edition

Bontempo, Paula (2011): “Para Ti: una revista moderna para una mujer moderna (1922-1935)”, *Estudios Sociales*, 41(1), 127-156

Brown, Josefina L. (2004): “Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina”, *Política y Cultura*, N° 21, 111-125

Brown, Josefina L., Pecheny, Mario, Gattoni, María Soledad y Tamburrino, María Cecilia (2013): “Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°12, Año 5, 37-49

Bordo, S. (1990): “‘Material girl’: The effacements of postmodern culture”, *Michigan Quarterly Review*, 29, 653–677.

Bregain, G. (2012): "Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974)" en L. Pantano (Comp.): "Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica" (pp. 111-166), Buenos Aires, Educa.

Bury, M. (1982): "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-82.

Bury, M. (2001): "Illness Narratives: Fact or Fiction?", *Sociology of Health & Illness*, 23, 263-285.

Callister, Sandy: "'Broken Gargoyles': The Photographic Representation of Severely Wounded New Zealand Soldiers", *Social History of Medicine* Vol. 20, No. 1, 111-130

Callon Michel and Muniesa Fabian (2005): "Economic markets as calculative collective devices", *Organization Studies*, 26 (8), 1229-1250.

Callon, Michel (2014): "Los mercados y la performatividad de las ciencias económicas", *Apuntes de Investigación del CECYP*, N° 14, 11-60

Carpigo, Eva (2006): « À la rencontre du malentendu : stratégies d'approche medicale en chirurgie esthétique » en « Les malentendus culturels dans le domaine de la santé », Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine

Casale, M. (2018): "El actor en el star system argentino ¿Trabajador privilegiado o mero producto?", *Telondefondo, Revista De Teoría Y Crítica Teatral*, 14(27), 245-254

Cassell, Joan (1991): "Expected Miracles: Surgeons at Work", Temple University Press

Cecchetto, Sergio (1994): "La medicalización del embarazo y el parto", *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 35, N° 3, 59-63

Charles, Cathy, Amiram Gafni, and Tim Whelan (1999): "Decision Making in the Physicianpatient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision Making Model", *Social Science & Medicine* 49, 651-661.

Charon, R. (1986): "To render the lives of patients", *Literature and Medicine*, 5, 58-74.

Clark, J.A. and Mishler, E.G. (1992) "Attending patients' stories: reframing the clinical task", *Sociology of Health and Illness*, 14, 344-71.

Cohen, Deborah (2001): "The War Come Home: Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939", University of California Press.

Comiskey, C. (2004): "Cosmetic Surgery in Paris in 1926: The Case of the Amputated Leg", *Journal of Women's History*, 16 (3), 30-54.

Conrad P (1975): “The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalisation of deviant behavior”, *Social Problems*, 23, 12–21.

Conrad, P. (1992): “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.

Conrad Peter and Schneider Joseph W. (1992): “Deviance and medicalization. From badness to sickness”, Temple University Press

Conrad, P., & Leiter, V. (2004): “Medicalization, Markets and Consumers”, *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176

Conrad, P. (2005): “The Shifting Engines of Medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (1), 3–14.

Coppa, Lucía I. (2019): “Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social: Cultura material, circulación e incursiones en torno al derecho criminal y la legislación laboral (Argentina, 1933-1941)”, *Revista Historia y Justicia [En línea]*, 12 | 2019, DOI: <https://doi.org/10.4000/rhj.2044>

Córdoba, Marcelo Daniel (2010): “Entre información y seducción: la representación de las cirugías estéticas en los medios masivos”, *La trama de la comunicación*, Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, 14, 5, 151-164

Córdoba, Marcelo Daniel (2019 a): “La cirugía estética como tecnología de género. Trascendiendo el modelo de la ‘idiota cultural’ y el enfoque de la ‘agente femenina’”, *Trabajo y Sociedad*, Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social, 32,1, 543-559.

Córdoba, Marcelo Daniel (2019 b): “La cirugía estética y la normalización de la subjetividad femenina: un análisis textual”, *Centro de Estudios Avanzados*.

Crawford R (1980): *Healthism and medicalisation of everyday life*”, *International Journal of Health Services*, 10, 365–388

David Houston Jones & Marjorie Gehrhardt (2017): “The Legacy of the Gueules Cassées: From Surgery to Art”, *Journal of War & Culture Studies*, 10, 1, 1-6

Davis, Kathy (1991): “Remaking the She-Devil: A Critical Look at Feminist Approach to Beauty”, *Hypatia*, Vol. 6, No. 2, 21-43.

Davis, Kathy (2003): “Dubious Equalities and Embodied Differences. Cultural Studies on Cosmetic Surgery”, United States, Rowman and Littlefield Publishers.

Davis K. (1999): “Cosmetic surgery in a different voice: the case of Madame Noel”, *Women's studies international forum*”, 22(5), 473–487

de Blic, D. & Lemieux, C. (2005). Le scandale comme épreuve: Éléments de sociologie pragmatique. *Politix*, 71, 9-38

Delaporte, Sophie (1994): « Les défigurés de la grande guerre », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, No. 175, 103-121

De Marco, Miguel Ángel (2016): “‘La ciudad puerto’ como fundamento identitario de los actores del desarrollo institucional y económico regional frente las grandes crisis internacionales. El caso de Rosario (Argentina), 1890-2001”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En ligne], Colloques

Dingwall, R. (1977): “‘Atrocity Stories’ and Professional Relationships”, *Sociology of Work and Occupations*, 4(4), 371–396.

Dingwall, R. and Murray, H. (1983): “Categorisation in accident and emergency departments: 'good' patients, 'bad' patients and 'children'”, *Sociology of Health and Illness*, 5, 127-5.

Dodier, N. (1994): “Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgment”, *Sociology of Health and Illness*, 16, 489-514.

Edmonds, Alexander (2007): “‘The Poor Have the Right To Be Beautiful’: Cosmetic Surgery in Neoliberal Brazil”, *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 13(2), 363–381.

Edmonds, Alexander (2010): “Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil”, Duke University Press

Elliott, Anthony (2008): “Making the Cut. How Cosmetic Surgery is Transforming Our Lives”, Reaktion Books

Epele, María: “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos”, en Cannellotto Adrian y Luchtenberg Erwin (Ed.) (2008): “Medicalización y Sociedad lecturas críticas de un fenómeno en expansión”, Universidad Nacional General de San Martín, Buenos Aires.

Eraso, Yolanda (2001): “Ni parteras, ni médicos: obstetras. Especialización médica y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XX”, *Anuario de la Escuela de Historia*, 1(1), 109-24.

Eyal, G. (2013): “For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic”, *American Journal of Sociology*, 118(4), 863–907.

Faraone Silvia, Barcala Alejandra and Flavia Torricelli (2010): “Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface* (Botucatu). Vol. 14 (34), 485-498.

Faraone, S. y Bianchi, E. (2018): “Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales en Argentina y el sur de América Latina”, Buenos Aires, Teseo.

- Foucault, Michel (2007): "Los anormales", Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2012): "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica", México, Siglo XXI
- Fraser, Suzanne (2003): "Cosmetic Surgery, Gender and Culture", Great Britain, Palgrave MacMillan.
- Franzosi, R. (1998): "Narrative Analysis-Or Why (And How) Sociologists Should be Interested in Narrative", *Annual Review of Sociology*, 24, 517-554.
- Freidson, Eliot (1978): "La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado", Península, Barcelona.
- Garfinkel, Harold (1976): "Studies in Ethnomethodology", New Jersey, Prentice-Hall.
- Gilman, S. L. (1998): "Creating beauty to cure the soul: Race and psychology in the shaping of aesthetic surgery", Duke University Press.
- Gilman, Sander (1999): "Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery", Princeton University Press.
- Gehrhardt, Marjorie (2013): "Gueules Cassées: The Men Behind the Masks", *Journal of War & Culture Studies*, 6:4, 267-281.
- Gehrhardt, Marjorie (2015): "The Men with Broken Faces Gueules Cassées of the First World War", Peter Lang, Bern.
- Geomelas M, Ghods M, Ring A, Ottomann C. (2011): "'The Maestro': a pioneering plastic surgeon - Sir Archibald McIndoe and his innovating work on patients with burn injury during World War II, *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, May-Jun, 32(3), 363-368.
- Getino, Octavio (1998): "Cine argentino, entre lo posible y lo deseable", Ediciones Circus, Buenos Aires.
- Gimlin, D. (2002): "Bodywork: The business of beauty in women's lives", Berkeley, University of California Press.
- Goffman, Erving (2015): "Estigma. La identidad deteriorada", Buenos Aires, Amorrortu.
- Good, Byron (1993): "Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective", Cambridge University Press.

Guirimand, N. (2005) : « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage »: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », Actes de la recherche en sciences sociales, 156-157, 72-87.

Haiken, Elizabeth (1997): “Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery, The Johns Hopkins University Press.

Halfmann D. (2012): “Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices, and identities”, *Health*, 16 (2), 186–207.

Harrison, B.G. (2002): “Seeing health and illness worlds – using visual methodologies in a sociology of health and illness: a methodological review”, *Sociology of Health and Illness*, 24, 856-872.

Helmets, Marguerite (2010): “Iconic images of wounded soldiers by Henry Tonks”, *Journal of War & Culture Studies*, 3:2, 181-199

Henwood, Flis, Sally Wyatt, Angie Hart, and Julie Smith (2003): “Ignorance Is Bliss Sometimes’: Constraints on the Emergence of the ‘Informed Patient’ in the Changing Landscapes of Health Information”, *Sociology of Health & Illness*, 25, 589–607.

Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006): “Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research”, *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.

Herrera Caicedo, Casandra Paola (2012): “Cuerpos en re-construcción: un estudio sobre la práctica de la cirugía estética en la ciudad de Ambato”, *Maestría en Ciencias Sociales con mención en Antropología Visual y Documental Antropológico*, FLACSO - Sede Ecuador, Quito. 111 p.

Herkovits, Damián (2012): “Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9),2543-2551.

Heyes, Cressida (2007): “Normalisation and the psychic life of Cosmetic Surgery”, *Australian Feminist Studies*, 22:52, 55-71.

Heyes, Cressida y Meredith Jones (2009) (ed.): “Cosmetic surgery: A feminist primer”, Great Britain, Ashgate Publishing.

Holstein, James A. and Miller, Gale (1990) “Rethinking Victimization: An Interactional Approach to Victimology”, *Symbolic Interaction*, Vol. 13, No. 1, 103-122.

Hunter, Kathryn Montgomery (1991): “Doctors’ Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge”, Princeton University Press

Hunter K. M. (1996): “Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. The Journal of medicine and philosophy”, 21(3), 303–320.

Hydén, Lars-Christer (1997): "Illness and narrative", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 19, N° 1, 48-69.

Ivy, Robert H. (1968): "Lelio Zeno of Rosario, and his contributions to plastic surgery", *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 42, N° 6, 587-589.

Jacobson, Nora (2000): "Cleavage: technology, controversy, and the ironies of the man-made breast", Rutgers University Press.

Jaisson Marie (2001): "El aprendizaje social de la condición médica. Una morfología de la estructura de las especialidades médicas en Francia durante los años noventa", *EMPIRIA, Revista de Metodología de Ciencias sociales*, N° 4, 11-41.

Jasanoff, S. (2002): "Science and the Statistical Victim: Modernizing Knowledge in Breast Implant Litigation", *Social Studies of Science*, 32(1), 37-69.

Jeffery, R. (1979): "Normal rubbish: deviant patients in casualty departments", *Sociology of Health and Illness*, 1, 91-107.

Jewson, N. D. (1976): "The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870", *Sociology*, 10(2), 225-244.

Jones, Daniel y Mónica Gogna (2012): "Sexología, medicalización y perspectiva de género en la Argentina contemporánea", *Ciencia, Docencia y Tecnología*, Vol. 23, N° 45, 33-59.

Karpic, Lucien (2010): "Valuing the Unique: The Economics of singularities", Princeton University Press.

Karsenti Bruno et Lemieux Cyril (2017): « Socialisme et sociologie », Paris, Editions de l'EHESS.

Kaw, E. (1993): "Medicalization of Racial Features: Asian American Women and Cosmetic Surgery", *Medical Anthropology Quarterly*, 7(1), 74-89.

Kaw, E. (1994): "Opening faces: The politics of cosmetic surgery and Asian American women", in N. Sault (Ed.), "Many mirrors: Body image and social relations" (pp. 241-265), New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Kelly, M. P., & May, D. (1982): "Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. *Journal of advanced nursing*", 7(2), 147-156.

Kiehn, Clifford and Kiehn, Clifford L. (1995): "The Progression of Reconstructive Plastic Surgery to Full Maturity as a Specialty in World War II", *Plastic and Reconstructive Surgery*, June, Volume 95, Issue 7, 1299-1319.

Kiehn CL. (1995): “The progression of reconstructive plastic surgery to full maturity as a specialty in World War II”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, June, 95 (7), 1299-319.

Kleinman, A. (1988): “The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition”, New York, Basic Books.

Knorr-Cetina, K.D. (1983): “The Ethnographic Study of Scientific Work: Towards a Constructivist Interpretation of Science”, London, Sage, 115-140.

Kripper, Agustín (2012): “La psicoterapia de Emilio Pizarro Crespo: un caso de neurosis obsesiva”, IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Latimer J, Featherstone K, Atkinson P, Clarke A, Pilz DT, Shaw A. (2006): “Rebirthing the Clinic: The Interaction of Clinical Judgment and Genetic Technology in the Production of Medical Science”, *Science, Technology, & Human Values*, 31 (5), 599-630.

Latimer, J. (1997): “Giving patients a future: the constituting of classes in an acute medical unit”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 19, No. 2, 160-85

Latour Bruno and Woolgar Steve (1986): “Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts”, Princeton University Press

Le Clainche-Piel, Marie (2020): “Giving, receiving ... and forgetting? On the social conditions of receiving an anonymous face transplant”, *Sociology of health & illness*, 42(8), 1949–1966.

Le Clainche-Piel, Marie (2022): « Quand les enquêté-es s'appuient sur Goffman pour politiser leur cause : l'activisme interactionnel des gueules cassées anglaises ». *Politiques de l'interaction. Relire Goffman sous l'angle du politique*, EHESS; CNRS; UCLouvain; Cepad; CEMS; IACCHOS, Aubervilliers- Campus Condorcet, France.

Le Hénaff, Yannick (2010): « L'entreprise morale en chirurgie esthétique. Un mandat aux marges de la médecine », Thèse Université Haute Bretagne, Rennes 2

Le Hénaff, Y. (2013) : « Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine », *Sciences sociales et santé*, 31, 39-64.

Le Hénaff, Yannick (2017): “Cosmetic Surgery on Trial: How the Dujarier Case Impacted its Practice and Structure in France during the Interwar Period”, *Social History of Medicine*, Volume 32, Issue 1, 166–187.

Lemieux, C. (2007) : « À quoi sert l'analyse des controverses ?. Mil neuf cent. *Revue d'histoire intellectuelle* », 25, 191-212.

Lemieux, Cyril (2018): “La sociologie pragmatique”, Paris, La Découverte.

Lemieux, Cyril (2022): «Estudiar los procesos de politización desde una perspectiva socio-pragmática: un elogio de la descripción fina», en Gabriel Nardacchione, ed, “El pragmatismo como método de formación de categorías”, Buenos Aires, SB Edotorial, p. 189-205.

Light, Donald W (2000): “The Medical Profession and Organizational Change: From Professional Dominance to Countervailing Power” in C. E. Bird, P. Conrad, and A. M. Fremont (eds.) “Handbook of Medical Sociology”, vol. 5th, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Lock M. (2004): “Medicalization and the Naturalization of Social Control” in Ember C.R., Ember M. (eds): “Encyclopedia of Medical Anthropology”, Boston, Springer.

Long, François Xavier: « Les blessés de la face durant la Grande Guerre : les origines de la chirurgie maxillo-faciale », Histoire des sciences médicales, Vol. XXXVI, N° 2, 175-183.

Lupton, D., Donaldson, C., & Lloyd, P. (1991): “Caveat emptor or blissful ignorance? Patients and the consumerist ethos”, *Social science & medicine* (1982), 33(5), 559–568.

Lupton, D. (1997): “Consumerism, reflexivity and the medical encounter”, *Social science & medicine* (1982), 45(3), 373–381.

Lyford, A. (2000): “The Aesthetics of Dismemberment: Surrealism and the Musée du Val-de-Grâce in 1917”, *Cultural Critique*, 46, 45–79.

Lynch M. (1985): “Discipline and the Material Form of Images: An Analysis of Scientific Visibility”, *Social Studies of Science*, 15(1): 37-66.

Lynch Michael y Steve Wooglar (1990): “Representation in scientific practice”, MIT Press Edition

Martin, Paula (2014): “Suzanne Noël: Cosmetic Surgery, Feminism and Beauty in Early Twentieth-Century France”, Ashgate

Miranda Marisa y Vallejo Gustavo (2004): “Los saberes del poder: eugenesia y biotipología en la Argentina del siglo XX”, *Revista de Indias*, vol. LXIV, N° 231, 425-444.

Macgregor F. C. (1967): “Social and cultural components in the motivations of persons seeking plastic surgery of the nose”, *Journal of health and social behavior*, 8(2), 125–135.

Mateu, Cristina (2008): “La producción cinematográfica en un país dependiente. Desarrollo cinematográfico argentino en las décadas del 30 y 40”, XXI Jornadas de Historia Económica, Caseros, Provincia de Buenos Aires, 23 a 26 de septiembre.

Mauss, Marcel (2009): “Ensayo sobre el don Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas”, Buenos Aires, Katz Editores.

Mayhew, Emily (2010): "The Reconstruction of Warriors: Archibald McIndoe, the Royal Air Force and the Guinea Pig Club", Frontline Books, England.

Mimoun, M. (2006): « La quatrième dimension de la peau: Le point de vue d'un chirurgien plasticien, reconstructeur et esthétique », *Revue française de psychosomatique*, n° 29, 147-158.

Molina, Joaquín (2014): "Estrategias de reproducción en el campo médico", Tesis de Licenciatura en Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral.

Morgade, Graciela (comp.): "Mujeres en la educación. Género y docencia en la Argentina", Buenos Aires: Miño y Dávila, 1997.

Morgan, K. P. (1991): "Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies", *Hypatia*, 6 (3), 25–53.

Murguía Adriana, Ordorika Teresa y Lendo León (2016): "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. 23, N° 3, jul-set., 635-651

Neto Paulo Poli y Sandra N.C. Caponi (2007): "The medicalization of beauty", *Interface (Botucatu)*, Vol. 3(se): 0-0.

Oberst Ursula, Ibarz Virgili y Ramón León (2004): "La psicología individual de Alfred Adler y la psicosis de Oliver Brachfeld", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67 (1-2), 31-44

Ochoa Avalos, Ma. Candelaria y Reyer Perez, Martín Gabriel (2011): "Los imperativos de belleza y el dispositivo médico", *La ventana [online]*, vol.4, N° 33, 73-116.

Panchasi, Roxanne. "Reconstructions: prosthetics and the rehabilitation of the male body in World War I France", *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, vol. 7, no. 3, 1995, 109.

Parker, Rhian (2010): "Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the 'Normal' Body", Palgrave Macmillan, New York.

Parsons, Talcott (1951): "Illness and the role of the physician: a sociological perspective", *The American journal of orthopsychiatry*, 21(3), 452–460.

Pasveer B. (1989): "Knowledge of shadows: the introduction of X-ray images in medicine", *Sociology of health & illness*, 11(4), 360–381.

Pecheny, M., Manzelli, H. y Jones, D. (2002): "Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización", Buenos Aires, Cuaderno del Ciclo de Seminario de Salud y Política Pública, CEDES.

Peräkylä A. (1989): "Appealing to the 'experience' of the patient in the care of the dying", *Sociology of health & illness*, 11(2), 117–134.

Pichel, Beatriz (2010): "Broken faces: reconstructive surgery during and after the Great War", *Endeavour*, Mar, 34(1), 25-29.

Pichel, Beatriz (2016): *Les Gueules Cassées. Photography and the Making of Disfigurement*, *Journal of War & Culture Studies*, Volume 10, Issue 1, 82-99.

Pitts, J. (1968): "Social control: the concept" in Sills, D.L. (ed.) "International Encyclopaedia of the Social Sciences", New York, Macmillan.

Pitts-Taylor (2007): "Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Surgery", United States, Rutgers University Press.

Plotkin, Mariano (1996): "Psicoanálisis y política: la recepción que tuvo el psicoanálisis en Buenos Aires (1910-1943)", *Redes*, Vol. III, N° 8, 163-198.

Polletta, F., Chen, P.C., Gardner, B.G., & Motes, A.M. (2011): "The Sociology of Storytelling", *Review of Sociology*, 37, 109-130.

Prieto, Martín (2021): "Lelio Zeno. Apuntes biográficos", Leído en el IECH, Número 4.

Queirolo, Graciela Amalia (2014): "Vendedoras: género y trabajo en el sector comercial (Buenos Aires, 1910-1950)", *Estudios Feministas*, Florianópolis, 22 (1), 29-50.

Queirolo, Graciela Amalia (2015): "Dactilógrafas y secretarias perfectas: el proceso de feminización de los empleos administrativos (Buenos Aires, 1910-1950)", *Historia Crítica*, No. 57, 117-137

Queirolo, Graciela Amalia (2012): "Mujeres en las oficinas. Las empleadas administrativas: entre la carrera matrimonial y la carrera laboral (Buenos Aires, 1920-1950)", *Diálogos* (Maringá. Online), Vol. 16, N° 2, 417-444.

Ramacciotti, K. I. (2011): "De la culpa al seguro. La Ley de Accidentes de Trabajo, Argentina (1915-1955)", *Revista Mundos do Trabalho*, 3(5), 266–284.

Ramacciotti, Karina y Testa Daniela (2015): "'Reeducar inválidos es un problema caro'. La rehabilitación laboral y la reinserción social (Argentina, 1915-1960)", *Estudios Sociales*, 50 (1), 171–202.

Reeder, Leo G. (1972): "The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship", *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 406–412.

Reiser, Stanley (1978): "Medicine and the Reign of Technology", Cambridge University Press

Reznick, Jeffrey S. (2004): "Prosthetics and Propaganda in the Great War," in Nicholas Saunders (ed.): "Matter of Conflict: Material Culture, Memory and the First World War", London, Routledge.

Riessman, Catherine Kohler (2008): "Narrative Methods for the Human Sciences", Sage Publications.

Riska, E. (2003), "Gendering the medicalization thesis", in Texler Segal, M., Demos, V. and Kronenfeld, J.J. (ed.): "Gender Perspectives on Health and Medicine" (pp. 59-87), Advances in Gender Research, Emerald Group Publishing Limited.

Rivera, J. C., & Bonah, C. (2019): « Le procès Dujarrier-Geoffre [Dujarrier scandal: Yesterday and today]», *Annales de chirurgie plastique et esthetique*, 64(4), 362–367.

Roth, J. A. (1972): "Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service", *American Journal of Sociology*, 77(5), 839–856.

Sarangui Srikant and Roberts Celia ed. (1999): "Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings", Mouton de Gruyter, Berlin-New York.

Schneider JW (1978): "Deviant drinking as a disease: deviant drinking as a social accomplishment", *Social Problems*, 25 (4), 361–372.

Scott S. (2006): "The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness", *Sociology of health & illness*, 28(2), 133–153.

Shapin, Steven (2016): "A taste of science: Making the subjective objective in the California wine world", *Social Studies of Science*, 46(3), 436-460.

Shutzberg M. (2021): "The Doctor as Parent, Partner, Provider... or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor-Patient Relationship", *Health care analysis, Journal of health philosophy and policy*, 29(3), 231–248.

Silverman, D. and Bloor, M. (1990): "Patient-centred medicine, some sociological observations on its constitution, penetration, and cultural assonance", in Albrech, G. (ed.) *Advances in Medical Sociology*, Vol. 1, Jai Pres.

Smith, Dorothy E. (1974): "The Social Construction of Documentary Reality", *Sociological Inquiry*, 44(4), 257-268.

Sotelano F. (2012): "History of rehabilitation in Latin America", *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 91(4), 368–373.

Sullivan, Deborah A. (2001): "Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America", Rutgers University Press.

- Testa, D. (2018): “La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina. Un análisis sociohistórico”, *Apuntes. Revista De Ciencias Sociales*, 45(83), 123-143.
- Tilly, Charles (2006): “Why? What happens when people give reasons...and why”, New Jersey Princeton University Press.
- Timmermans, S. y Kolker, E. S. (2004): “Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge”, *Journal of health and social behavior*, 45, Suppl, 177–193.
- Vanderford Marsha L. y Smith David H. (1996): “The Silicone Breast Implant Story. Communication and Uncertainty”, Routledge.
- Waitzkin H. (1991): “The Politics of Medical Encounters”, New Haven, Yale University Press.
- Wallace, A. F. (1984): “Joseph: The father of plastic surgery. The First Joseph Lecture, April 1983”, *British Journal of Plastic Surgery*, 37, 412-420.
- Wen, Hua (2013): “Buying Beauty: Cosmetic Surgery in China”, Hong Kong University Press.
- White, S. (2002): “Accomplishing ‘the case’ in paediatrics and child health: medicine and morality in inter-professional talk”, *Sociology of Health and Illness*, 24, 409-435.
- Williams, G. (1984): “The genesis of chronic illness: narrative re-construction”, *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-20.
- Winance, M. Barbot, J. y Parizot, I. (2015): « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale», *Sciences sociales et santé*, vol. 33(2), 77-105.
- Winance, M., Barbot, J., & Parizot, I. (2018). From loss to repair. A study of body narratives in patient claims for medical injury. *Sociology of health & illness*, 40(1), 53–66.
- Yalom, Marilyn (1997): “A History of the breast”, Ballantine Books, New York.
- Yoxen, Edward (1993): “Seeing with Sound: A Study of the Development of Medical Images” in Wiebe E. Bijker, Thomas P. Huges y Trevor J. Pinch ed.: “The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology”, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Zola, I. K. (1976): “Medicine as an institution of social control”, *Ekistics*, 41(245), 210–214.
- Zolesio, E. (2013): « La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques » », *Revue française de pédagogie* », 184(3), 95-104.

Publicaciones médicas:

“Actividad del Dr. Voronoff durante su breve estada”, *El Día Médica*, Año I, Número I, 6 de agosto de 1928, 1.

Acuña, Marco (1914): “La rinoplastia en las grandes destrucciones nasales”, Tesis para optar el título de Doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Agenzia Nazionale Stampa Associata: “La cirugía plástica al servicio de la ley”, 2 de marzo de 1968.

Alicaino, Alfredo (1944): “La Rinología y la Cirugía Plástica de la Pirámide Nasal”, *Revista de Medicina*, Año XVIII, N° 3, Imprenta Andrés Bello, Valparaíso.

Arescopachaga, Franciso (1949): “Inclusiones intratubulares”, en “Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Montevideo, Uruguay, A. Monteverde y Cía.

Arespacochaga, Francisco E. (1956): “Psicopatología del paciente de cirugía plástica. Enfoque antropológico”, *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*, Año II, N° único.

Baker, J. L., Jr, Kolin, I. S., & Bartlett, E. S. (1974): “Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation”, *Plastic and reconstructive surgery*, 53(6), 652–659.

Bames, H. O. (1953): “Augmentation mammoplasty by lipo-transplant”, *Plastic and reconstructive surgery*, 11(5), 404–412.

Basavilbaso, Jorge (1915): “Rinoplastia”, Tesis presentada para optar al título de Doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Talleres Gráficos de Lafont y Domínguez.

Belbey, José (1957): “Responsabilidad de los médicos”, Conferencia desarrollada en el Instituto de Ciencia Penal y Criminología de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Santa Fe.

Benaim, Fortunato (2005): “El académico Héctor Marino (1905-1996)”, *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 83 (2), 241-247.

Bracaglia, R., Fortunato, A. R., & Gentileschi, S. (2005): “A simple way to choose the right implant volume in breast augmentation”, *Aesthetic plastic surgery*, 29(5), 407–408.

Broadbent TR, Woolf RM (1967): “Augmentation mammoplasty”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 40, N° 6, 517-523.

Calderón, Juan Manuel y Carriquiry, Carlos (2016): “Actualidad en mamoplastía de aumento”, *Horizonte Médico*, Vol. 16, N° 2, abril-junio, 54-62.

Caravias, Dionisio E. (1932): “La mentira del médico”, *El Día Médico*, 987.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1936): “Progresos de las cirugías plástica y estética en Buenos Aires”, *La Semana Médica*, 464-469.

Claoué, Charles (1936) : « La Chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la jurisprudence », 2da ed., París, Librairie Maloine S.A.

Claus Walter and David Brain J. (1993): “Jacques Joseph”, *Facial Plastic Surgery*, 9(2), 116-124.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1938): “Posibilidades en la Cirugía Estética”, Rosario, Librería y Editorial Ruiz.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1938): “Función Social de la Cirugía Estética”, Rosario, Editorial Apis.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1939): “Obra Benéfica de la Cirugía Estética”, Rosario, El Ateneo.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1942): “La nariz en el colegio. Rinortocalioplastía en psicocosmetopatia”, *La Semana Médica*, 981-988.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés (1943): “Correcciones estético-quirúrgicas”, en Actas de “Jornadas Médicas de Corrientes”, Corrientes, 110-115.

Codazzi Aguirre, Juan Andrés: “Tratamiento clínico-quirúrgico de la atrofia mamaria femenina (amastia e hypomastia)”, en Actas del “Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Montevideo, Uruguay, 1949, A. Monteverde y Cía., 275-279.

Conway, H. y Goulian D. (1963): “Experience with an injectable silastic RTV as a subcutaneous prosthetic material. A preliminary report”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 32, 294-302.

Cora Eliseth, Felipe (1938): “Rinoplastia”, *Revista Argentina de Oto-rino-laringología*, n° 9-10, 1-15.

Correa-Iturraspe, Miguel (1977): “Panorama de la Cirugía Plástica”, *Cirugía Plástica Argentina*, Vol. 1, N° 1, 78-83.

Correa Iturraspe, Miguel (1978): “El error en cirugía plástica”, *Cirugía Plástica Argentina*, Vol. 2, n° 2, 7-12.

Cronin, T. D., & Greenberg, R. L. (1970): “Our experiences with the silastic gel breast prosthesis”, *Plastic and reconstructive surgery*, 46(1), 1-7.

Cronin, T. D., y Brauer, R. O. (1971): “Augmentation mammoplasty”, *The Surgical clinics of North America*, 51(2), 441-452.

“Cuarta Exposición de Cirugía Plástica” (1939), Instituto de Clínica Quirúrgica, Cátedra del Profesor Arce, Buenos Aires.

Daud, Osvaldo (1997): “Consideraciones psicológicas acerca de las pacientes que reclaman plásticas mamarias”, *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, Vol. 3, Nº 4, 215-218.

Davis, J. S. (1946): “Plastic Surgery in World War I and in World War II”, *Annals of surgery*, 123(4), 610–621.

Dempsey, W. C., & Latham, W. D. (1968): “Subpectoral implants in augmentation mammoplasty. Preliminary report”, *Plastic and reconstructive surgery*, 42(6), 515–521.

Dionyssiou, D. D., Demiri, E. C., & Davison, J. A. (2005): “A simple method for determining the breast implant size in augmentation mammoplasty”, *Aesthetic plastic surgery*, 29(6), 571–573.

“Discurso del doctor Javier Arango Ferrer” (1943), en *Actas del “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 44-46.

“Discurso del doctor José Vélez Diez Canceco” (1943), en *Actas del “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 50-52.

“Discurso del Profesor Lelio Zeno (Argentina)” (1943), en *Actas del “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 31-35.

Dufourmentel, León (1933): “La cirugía plástica en la América del Sur”, *La Semana Médica*, 356-359.

Edgerton, M. T. and Mc Clary, A. R. (1958): “Augmentation mammoplasty; psychiatric implications and surgical indications (with special reference to use of the polyvinyl alcohol sponge ivalon)”, *Plastic and reconstructive surgery and the transplantation bulletin*, 21(4), 279–305.

“Editorial. El IX Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica”, *Boletín de Cirugía Plástica*, Año 1, No. 3, septiembre-octubre 1960, 4-5.

Ellenbogen R. (1978): “A new device to assist in sizing breasts”, *Annals of plastic surgery*, 1(3), 333–335.

Escudero, F. J., Guarch, R., y Lozano, J. A. (2005): “Reacción tisular a las prótesis mamarias: Contractura capsular periprotésica”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 (Supl. 2), 41-53.

Etchevarne, Cosme L. (1935): “Hipertrofia. Su tratamiento actual”, *La Semana Médica*, 200-204.

Fernández, Julián C. (1951): “Mastoplastia. Nuestra experiencia”, Buenos Aires, Editorial Universitaria.

Fernández, Julián (1977): “Trascendencia psico-social de la reconstrucción mamaria”, *Cirugía Plástica Argentina*, Vol. 1, nº 2, 133-137.

- Fernández, Julián C. (1978): “La formación ideal del cirujano plástico”, *Cirugía Plástica Argentina*, Vol. 2, n° 1, 36-38.
- Furnas D. W. (1979): “Operating room mirror for mammoplasty evaluation”, *Annals of plastic surgery*, 3(6), 578–579.
- Forero, A.: “Cirugía plástica de la nariz (Detalles de técnica)”, *La Semana Médica*, 1461-1474.
- Games Fernando y Carlos P. Mercadino (1935): “La lucha por la vida exige seres bien dotados”, *Viva Cien Años*, n° 6, 367.
- Games, Jorge Fernando (1944): “Oreja en asa. Su corrección quirúrgica”, Tesis para optar al título de Doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.
- Giganti Ildelfonso y Castellano Juan L. (1945): “Cirugía plástica y estética”, Talleres Gráficos de la Institución Fernández, Buenos Aires.
- Gil, Rómulo (1919): “Prótesis óculo-palpebral”, *La Semana Médica*, n° 52, 5-15.
- Gioia, Terencio (1943): “La falangización del primer metacarpiano”, en Actas “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Argentina, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 83-90.
- Gladilin, E., Gabrielova, B., Montemurro, P., & Hedén, P. (2011): “Customized planning of augmentation mammoplasty with silicon implants using three-dimensional optical body scans and biomechanical modeling of soft tissue outcome”, *Aesthetic plastic surgery*, 35(4), 494–501.
- Glicenstein, Julien (2005): « Histoire de l’augmentation mammaire », *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 50, 337–349.
- González Ulloa, Mario (1940): “Historia, Posibilidades y Estado Actual de la Cirugía Plástica”, *El Día Médico*, n° 6, s.n.
- Guridi Rodrigo y Arriagadaga Jaime (2010): “Cirugía de aumento mamario”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 12, Issue 1, 107-112.
- Hermida Sanz, Marcelino (1949): “Apendicectomía por incisión estética”, *La Semana Médica*, 174.
- Hidalgo, D. A., & Spector, J. A. (2010): “Preoperative sizing in breast augmentation”, *Plastic and reconstructive surgery*, 125(6), 1781–1787.
- Hoehler H. (1973): “Breast augmentation: the axillary approach”, *British journal of plastic surgery*, 26(4), 373–376.

Holmes, W. J., Timmons, M. J. y Kauser, S. (2015): “Techniques used by United Kingdom consultant plastic surgeons to select implant size for primary breast augmentation”, *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery, JPRAS*, 68(10), 1364–1369.

“Inauguración de un Servicio de Cirugía Estética en el Hospital Rawson”, *La Semana Médica*, 10 de enero de 1939, 171-172.

Ivanissevich Oscar y Ferrari Roberto (1928): “Orejas en asa. Clasificación y tratamiento operatorio”, *La Semana Médica*, 1-7.

Ivanissevich, Oscar (1945): “Junto a mis enfermos”, Amorrortu, Buenos Aires.

Ivanissevich, Oscar (1973): “Rindo Cuenta (1893-1973)”, Ministerio de Cultura y Educación

James J. H. (1987): “What size prosthesis for augmentation mammoplasty?”, *Annals of plastic surgery*, 19(3), 294–296.

Jáuregui, Pedro (1931): “La Sociedad de Cirugía Reparadora Plástica y Estética de París”, *La Semana Médica*, 396-398.

Jenny H. (1974): “Areolar approach to augmentation mammoplasty”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 53, 344.

Jones, F. R., & Tauras, A. P. (1973): “A periareolar incision for augmentation mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*”, 51(6), 641–644.

Joseph, Jacques [1898] (1970): “Operative reduction of the size of a nose (rhinomiosis)”, *Plastic and reconstructive surgery*, 46(2), 178–183.

Kirschein, Manuel Felipe (1956): “Fichero y archivo en cirugía plástica”, *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*, Año III, N° único, 55-57.

“La Doctora Noël y la cirugía estética”, *El Día Médica*, Año I, Número I, 6 de agosto de 1928, 1.

“La Cirugía Estética al Servicio de los Artistas”, *Sintonía*, 1950, 44-45

“La mentira y la verdad. A propósito de la inauguración de una sección de ‘Cirugía Plástica’ en el servicio del Profesor Enrique Finochietto”, *La Semana Médica*, N° 4, 11 de enero de 1939, 223.

Lanari Eduardo L. y Jaime Cautela (1936): “Hipertrichosis femenina. Su tratamiento por diatermocoagulación”, *La Semana Médica*, 5940-5942.

Lluesma Goñalóns Estanislao y Cristina Márquez Arroyo (2011): “Estanislao Lluesma Uranga: médico, profesor, traductor y hombre de letras”, *Panace@*, Vol. XII, N° 33.

Lluesma Uranga, Estanislao (1958): “Los Fundamentos de la Cirugía Estética”, 2ed., Editorial Americalee.

López, José A. (1936): “La Cirugía Estética”, Viva Cien Años, Vol. II, n° 7, 483-484.

Losardo, Ricardo, Conde-Orellana, Eduardo (2013): “Historia de la Revista Argentina de Cirugía Plástica”, Revista de la Asociación Médica Argentina, 126 (4), 24-27.

Losardo, Ricardo J. (2018): “Semblanza del Académico Profesor Doctor Héctor Marino”, Revista de la Asociación Médica Argentina, 131 (2), 4-6.

Losardo, Ricardo J. (2019 a): “Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Alemania e Inglaterra, 1935”, Revista ALMA, Cultura & Medicina, 5 (1), 51-57.

Losardo, Ricardo J. (2019 b): “Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: Estados Unidos, 1938”, Revista ALMA, Cultura & Medicina, 5 (2), 8-16.

Losardo, Ricardo J. (2019 c): “Dr. Héctor Marino. Crónica de viaje: La Segunda Guerra Mundial”, Revista ALMA, Cultura & Medicina, 5 (3): 6-12.

Losardo, Ricardo (2023): “Héctor Marino. Pionero de la Cirugía Plástica latinoamericana”, Prensa Médica Argentina, Vol. 109, N° 9.

Lumer, Mauro (1938): “El problema de la hipertrichosis facial femenina. Tratamiento local por diatermocoagulación”, La Semana Médica, 891-897.

Malbec, Ernesto (1936): “Cirugía Estética”, La Semana Médica, 31-51.

Malbec, Ernesto (1938): “Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales”, La Semana Medica, Buenos Aires.

Malbec, Ernesto (1939): “Cirugía plástica y estética”, La Semana Médica, 83-95.

Malbec, Ernesto (1939): “Cirugía correctora nasal”, La Semana Médica, 365-375.

Malbec, Ernesto (1939): “El estado mental y psíquico de algunos defectuosos”, La Semana Médica, 716-722

Malbec, Ernesto (1939): “Repercusión psíquica de los defectos faciales”, La Semana Médica, 94-99.

Malbec, Ernesto (1939): “Cirugía Plástica. Repercusión psíquica y proyección social de las orejas deformes”, La Semana Médica, 1506-1509.

Malbec, Ernesto (1940): “Función del sentido estético en las intervenciones plásticas”, *La Semana Médica*, 997-1008

“Discurso del Doctor Ernesto F. Malbec” (1943), en “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 58-60.

Malbec, Ernesto (1971): “Anecdotario de un cirujano plástica. Primera Parte”, Artes Gráficas Bartolomé U. Chiesino, Avellaneda, Buenos Aires.

Malbec, Ernesto (1972): “Anecdotario de un cirujano plástica. Segunda Parte”, Artes Gráficas Bartolomé U. Chiesino, Avellaneda, Buenos Aires

Malbec, Ernesto (1977): “Anecdotario de un cirujano plástica. Tercera Parte”, Establecimientos Gráficos Esmeralda S.A.C.I., Buenos Aires.

Malbec, Ernesto (1977): “Anecdotario de un cirujano plástica. Cuarta Parte”, Establecimientos Gráficos Esmeralda S.A.C.I., Buenos Aires.

Margaride, Luis Alberto (1995): “La cirugía plástica en Argentina. Actualidad y perspectivas”, *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, Vol. 1, N° 1, 96-98.

Más de Ayala, Isidro (1949): “El psicólogo en la consulta del plástico”, *Actas del “Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Montevideo, Uruguay, A. Monteverde y Cía., 360-362.

Marino, Héctor (1978): “Plásticas mamarias”, 2da Ed., López Librero Editores, Buenos Aires.

Mazza Pedro H. y José Yoel (1968): “Historia de la cirugía maxilofacial en Buenos Aires”, *Primer Congreso de Historia de la Medicina Argentina*, Buenos Aires, 27 al 30 de noviembre de 1968, 202-207.

McCarthy, C. M., Cano, S. J., Klassen, A. F., Scott, A., Van Laeken, N., Lennox, P. A., Cordeiro, P. G., & Pusic, A. L. (2012): The magnitude of effect of cosmetic breast augmentation on patient satisfaction and health-related quality of life”, *Plastic and reconstructive surgery*, 130 (1), 218–223.

Mercado, Adolfo D. (1896): “De la rinoplastia sobre aparato de prótesis”, Tesis para optar al grado de doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médica, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Noël, Suzanne (1926): « La chirurgie esthétique. Son rol social », Masson et C. Éditeurs, París.

O’Conor, Cornelio Marcelo (1960): “Amputación del pulgar”, *Boletín de Cirugía Plástica*, Año 1, n° 1, julio-agosto, 13-16.

Orgaz, Jorge (1940): “Cirugía Estética”, *El Día Médica*, 83.

Paganetto, María J. T. (1933): “El problema de la hipertrichosis en la mujer y su tratamiento”, *La Semana Médica*, 1792-1794.

Palacio Posse, Ramón (1946): “Cirugía Estética”, *El Ateneo*, Buenos Aires.

Patané, Jorge Raúl (1986): “Historia de la cirugía plástica en la República Argentina”, Tesis de Doctorado en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Pedemonte, Pedro Víctor (1944): “Cirugía Plástica de la mano”, en “Tercer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Chile, Santiago, Valparaíso, Viña del Mar, 1944, Artes y letras Ltda., 196-202.

Peters W. (2002): “The Evolution of Breast Implants”, *Canadian Journal of Plastic Surgery*, 10 (5), 223-236.

Pizarro Crespo, Emilio (1943): “Sentimiento y complejo de inferioridad en la cirugía plástica”, en *Actas del “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 317-323.

“Primer Congreso Argentino de Cirugía Estética”, *La Prensa Médica Argentina*, N° 27, Vol. 60, 7 de septiembre de 1973, pp. 929-932.

“Primera Exposición de Cirugía Plástica”, Instituto de Clínica Quirúrgica, Cátedra del Profesor Arce, Buenos Aires, 1939.

Quaife, Jorge (1977): “Evocaciones plásticas”, *Cirugía Plástica Argentina*, Vol. 2, N° 2, 87-92.

“Quedó constituida en San Pablo (Brasil) la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica”, *La Semana Médica*, 1 de agosto de 1940, 279-280.

Quiroga, Pedro (1943): “Cirugía estética rural”, *La Semana Médica*, 1454-1456.

Regnault, Paul (1977): “Partially submuscular breast augmentation”, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 59, 72.

Rivas, Carlos I. (1952): “Cirugía correctora de la pirámide nasal”, Tesis para optar al grado de doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médica, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Rogers B. O. (1986): “John Orlando Roe -not Jacques Joseph- the father of aesthetic rhinoplasty”, *Aesthetic plastic surgery*, 10(2), 63–88.

Rojas, Nerio (1929): “La Responsabilidad en la Cirugía Estética”, *El Día Médico*, Año II, N° 1, 15.

Roostaeian, J., & Adams, W. P., Jr (2014): “Three-Dimensional Imaging for Breast Augmentation: Is This Technology Providing Accurate Simulations?”, *Aesthetic surgery journal*, 34(6), 857–875.

Royo-Villanova (1958): “Cirugía Estética”, Editorial Ariel, Barcelona.

Scavuzzo, Ramón (1939): “Cirugía estética de la nariz. Algunos criterios o cánones artísticos”, *La Semana Médica*, 144-146.

Schenone, Emilio Gustavo (2008): “Siliconomas mamarios por inyección: clínica, diagnóstico y tratamiento”, Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Schreiber, Fernando (1943): “La operación del seno caído”, *Actas del “Segundo Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Buenos Aires y Rosario, Guillermo Kraft Ltda., 292-302.

Silva Riestra, Juan (1938): “Cirugía estética y delito de lesiones”, Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires.

Tebbetts, J. B., & Adams, W. P. (2005): “Five critical decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decision support process”, *Plastic and reconstructive surgery*, 116 (7), 2005–2016.

Tebbetts J. (2011): “Bra stuffing for implant sizing? Satisfaction? Who, when, and compared to what?”, *Plastic and reconstructive surgery*, 127(2), 1001–1002.

Terry, M. B., Skovron, M. L., Garbers, S., Sonnenschein, E., & Toniolo, P. (1995): “The estimated frequency of cosmetic breast augmentation among US women, 1963 through 1988”, *American journal of public health*, 85(8 Pt 1), 1122–1124.

Tegtmeier R. E. (1979): “A convenient, effective mammary sizer”, *Aesthetic plastic surgery*, 3(1), 227–231.

Tesone, Pedro (1910): “Parafino-prótesis en rinología”, Tesis para optar al grado de doctor en Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Truchelo M., Cerdá P. y Fernández L. F. (2017): “Peeling químico, una herramienta útil en la consulta”, *Actas Dermo-Sifilográficas*, Vol. 118, n° 4, 315-322.

Uriburu, Julio V. (1977): “La mama: estructura, patología, diagnóstico y tratamiento”, 2° ed., Buenos Aires, López Librero Editores.

Vaccarezza, Oscar Andrés (1986): “Cuatrocientos años de cirugía en Buenos Aires y otras historias médicas”, *Colección Academia Nacional de Medicina*, Volumen V.

Vélez Diez Canceco, José (1949): “Algunas consideraciones al tema de ‘plásticas mamarias’”, en *Actas del “Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”*, Montevideo, Uruguay, A. Monteverde y Cía., 269-274.

Verdaguer, Juan F. (1944): “Orientación plástica en la amputación digital”, “Tercer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica”, Santiago, Valparaíso, Viña del Mar, Chile, Artes y letras Ltda., 360-367.

Viale del Carril, Atilio (1935): “La rinoplastia por vía endonasal”, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Watson J. (1959): “Some observations on free fat grafts: with reference to their use in mammoplasty”, *British journal of plastic surgery*, 12, 263–274.

Wright, J. H., & Bevin, A. G. (1976): “Augmentation mammoplasty by the transaxillary approach”, *Plastic and reconstructive surgery*, 58(4), 429–433.

Zeno, Lelio (1928): “La cirugía industrial, o traumatología, en los Estados Unidos”, *La Semana Médica*, 1452-1454.

Zeno, Lelio (1937): “Roma y Moscú. Impresiones de un cirujano argentino”, Cooperativa del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias Médica, Farmacia y Ramos Menores, Talleres Gráficos Fenner, Rosario.

Zeno Lelio (1943): “Cirugía Plástica”, El Ateneo, Buenos Aires.

Zeno Lelio y Pizarro Crespo Emilio (1945): “Clínica Psicossomática”, El Ateneo, Buenos Aires.

Publicaciones periodísticas:

Barrios, Américo: “Ex Pistolero”, *Crónica*, 26 de diciembre de 1959.

“Bisturí fatal”, *Revista Noticias*, 21 de marzo de 1998.

Carbajal, Mariana (1999): “La seducción permanente. Verdades y mentiras de la cirugía estética”, Sudamericana, Buenos Aires

Castro, María de los Ángeles: “El costado oscuro de las cirugías estéticas”, *La Nación*, 20 de octubre de 1996, 20.

“Cirugía estética: Lo que Natura non da...”, *Primera Plana*, 23 de agosto de 1966, 46-48.

Dahia Alejandra y Pablo Talante: “A cualquier precio”, *Noticias*, 26 de octubre de 1996, 54-57.

Espeche, Miguel: “Los peligros de la moda anoréxica”, *La Nación*, 20 de octubre de 1996, 20.

“El precio de la juventud”, *La Razón*, 5 de marzo de 1985.

“Fue por nueva nariz, terminó cuadripléjica”, *Crónica*, 18 de octubre de 2008.

“La cultura del cuerpo perfecto no tiene nada que ver con estar sano”, La Prensa, 18 de junio de 1999, 24-25.

“Las adolescentes recurren cada vez más a la cirugía estética”, Clarín, 13 de mayo de 2001, 38-39.

“Las dos caras de la cirugía”, Gente, 27 de agosto de 1998.

Montini Mariana y Marcela Tauro: “Linda, está en coma”, Gente, 6 de noviembre de 1997, 50-54.

“Murió una modelo de Roberto Piazza”, Crónica, 1 de diciembre de 2009, 38.

“Murió una mujer por una operación de cirugía estética”, La Nación, 6 de octubre de 1994.

Roberti Raquel y Natalia Blanc: “Los riesgos de someterse a una cirugía estética. Cuerpos a medida”, 6 de abril de 2000, 70-73.

“Supuesto Bormann: un pasado con operaciones de cirugía plástica”, Diario Crónica, 1967, s.n.

“Una mujer falleció en Córdoba luego de una cirugía estética”, La Prensa, martes 23 de noviembre de 2004, 18.

“Una operación que terminó en tragedia”, La Prensa, martes 23 de noviembre de 2004, 18.

Emisiones televisivas:

“Escándalo tras una cirugía estética”, emitido Telefe Rosario, 10 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CjtT-7xvccx/?hl=es-la>

“Fue a hacerse una cirugía estética y terminó amputada”, emitido en “Telefe Noticias”, el 9 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zBRx14b1z88>

“Quería una liposucción y terminó sin una pierna”, emitido en “Telefe Noticia” el 9 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Ov4scDEqcRQ>

“Entre la ‘belleza’ y el horror: denuncian a un centro de estética en Laferrere”, emitido en “A24” el 10 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qW-kZHTIB4c>

“Denuncian por mala praxis a un cirujano: dos mujeres murieron tras una lipo”, emitido en “América TV” el 23 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wrQrqYTXynQ>

“Horror en el quirófano: Cirujano se emborrachaba para operar”, emitido en “Crónica TV” el 23 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=EGCAOSJy0Mo>

“Dos mujeres murieron por mala praxis en cirugías plásticas”, emitido en “Cortá por Lozano” canal “Telefe” el 19 de diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hJ4NCJVd2TM>

“Silvina Luna y Metacrilato, Lo Que Le Ocurrió”, emitido en “Susana Giménez” en canal “Telefe” el 12 de agosto de 2014. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=DabCuC4Y5wA>

“Debate sobre cirugías estéticas”, emitido en “Vivo en Argentina” en canal “Televisión Pública” el 13 de agosto de 2014. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XrLUk6KUDg4>

“Entrevista a Carlos Trillo”, emitido en canal “TN” el 20 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CN5iN7mFwer/?hl=es-la>

“Entrevista a Jorge Wetzel”, emitido en canal “C5N” el 9 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.instagram.com/p/CZxEHZ9pGnI/?hl=es-la>

Proyectos de Ley:

Proyecto de Ley “Prohibición de la realización de cirugías estéticas en menos de dieciocho años”, Expediente 0448-D-2014, en Trámite Parlamentario N° 4, Honorable Cámara de Diputados, Congreso de la Nación, República Argentina, 10 de marzo de 2014.

Proyecto de Ley “Regulación del ejercicio de la cirugía plástica, estética y reparadora”, Expediente 2990-D-2019, Honorable Cámara de Diputados, República Argentina, 13 de junio de 2019.
pédagogie », 184(3), 95-104.