

La cirugía del símbolo

1 El orden quirúrgico

Más que una técnica, la cirugía es un discurso corporal. El acto quirúrgico es la expresión final de una reacción simbólica de la representación corporal, y por ello el cirujano debe ser interpelado como participante de ese discurso y no como el último eslabón de un diagnóstico médico. Sin esa premisa la cirugía se vuelve «forclusiva»: pretende, extirpando la anatomía real, retirar lo que la lectura le pone o le quita al cuerpo. Antiguamente, cuando un médico intervenía quirúrgicamente, devenía en la ocasión un *Kheirourgos*, término que en la Grecia de Sócrates designaba al que intervenía sobre el organismo humano, ejecutando una acción reparadora con la ayuda de algún instrumental. Era un recurso más de los que disponía el médico, por lo tanto su discurso sin parcelación se dirigía a curar al enfermo, quien permanecía unido a su enfermedad por una serie de vasos comunicantes que volvían imposible la disociación entre la enfermedad y el enfermo. De forma concordante el saber médico permanecía unido en torno a una ética de la representación corporal de la que tanto él como su paciente formaban parte. El *Código Hipocrático* refleja de forma idealizada ese vínculo. No era menester que ante ese obrar del saber médico el enfermo se retirara libidinalmente de su cuerpo. Pero la inevitable especialización posterior de la medicina determina la imposibilidad de dominar las distintas técnicas y la ética hipocrática estalla con los fragmentos en los que se divide, secciona y compartimenta el cuerpo para el especialista. En la especialidad médica, el cuerpo deviene un objeto parcial. La inminencia quirúrgica acentúa y profundiza ese despojamiento. Además de la ropa y de la indumentaria se sustrae al paciente el ropaje imaginario de su representación corporal. El cirujano apunta a su objeto «a-natómico», –el objeto «a» en el que Lacan hace confluir el objeto parcial de la pulsión y el objeto causa del deseo–, y el sujeto que se sostiene ligado simbólicamente a su representación corporal, despojado de ese sostén, ve jugarse al todo o nada su subjetividad, en esa remisión anatómica a la que el cirujano le emplaza. La desnudez quirúrgica acaba en contados segundos con el investimento narcisista. El cuerpo devenido desecho ana-

tómico es señalado y reducido al sector pintarrajeado en el que el campo quirúrgico es delimitado. Luego viene el corte y comienza a emerger entre los bordes de la tela verde que recorta el campo, la arquitectura amarillenta e impersonal del tejido celular subcutáneo y luego, obscenamente, aparece en toda su plenitud la carne roja, sangrante y desobjetivizada. Más allá de su voluntad e ideología, el cirujano en el quirófano ocupa el lugar estructuralmente determinado del Amo Absoluto: como la muerte, su saber tiene la virtud de igualar al rico y al pobre, al sabio y al ignorante, porque su objeto es esa anatomía en la que el sujeto se ausenta y lo que resta de su cuerpo se cadaveriza frente a la mirada quirúrgica. Obviamente, en la ocasión se trata de una disociación imprescindible, que de no existir volvería imposible el acto quirúrgico. «Disociación instrumental» que le permite al cirujano funcionar con la mente fría y guardarse de las identificaciones con su paciente. Es en otro momento donde nos parece que una responsabilidad ética nos impone interpelar la disociación con la que opera la cirugía. Es en el pre, o post-operatorio donde surge el problema cuando, mimetizado con la técnica quirúrgica, el cirujano ofrece sus servicios para la resolución de demandas de reparación de daños imaginarios, que buscan a un Otro omnipotente que las satisfaga. Por lo tanto la naturaleza de esta reparación es más que discutible. Hace tiempo que el psicoanálisis ha denunciado ciertos empleos de la cirugía plástica. Surgida de una necesidad de reparación de los tejidos, un deslizamiento ha conducido a la cirugía plástica hacia la reparación de daños imaginarios delirantes, proyectados sobre la anatomía. La cirugía estética, ya advertida, sabe dimensionar esas reivindicaciones redencionistas, y ha aprendido por lo tanto que los protocolos firmados por los pacientes, en los que éstos aceptan la extirpación de tal o cual órgano, el alquiler del propio vientre o el legado de su espermia, no bastan para dirimir esta cuestión ni la agotan, por supuesto. Ante estas demandas de «reparación», el examen de las condiciones de salud física y psíquica (entiéndase: ausencia de síntomas psicóticos) del candidato, a la hora de detectar verdaderas *simbolectomías*, es manifiestamente insuficiente. Hay que analizar la demanda.

Convengamos en llamar *simbolectomía* al acto de resección simbólica del sujeto, hecho en nombre de una pretendida reparación subjetiva. Supone un cortocircuito desde una carencia simbólica hasta una carencia orgánica mediante una intervención sobre el cuerpo real. En la *simbolectomía*, proveedor y demandante se embarcan en verdaderas mutilaciones subjetivas, alguna de las cuales mencionaremos en estas notas. Verdadera cirugía libidinal, nuestra cultura actual erige como la tecnocirugía como el nuevo elixir de la inmortalidad sin reparar en lo que quedará del sujeto para el que se reclaman sus alienantes servicios. Sin embargo, esta niña mimada de la medicina que es la cirugía en tanto que especialidad, reserva a su practicante duras exigencias y no le deja mucho tiempo para reflexionar

sobre su acto. En cierto modo personifica la cima del saber médico: al conocimiento científico, el cirujano agrega su arte manual del dominio anatómico. Ligar, anudar, cortar, coser, serruchar, perforar, etc. Improvisar anastomosis, inventar prótesis inexistentes con tejidos no previstos para ello. Dirigir la orquesta: al cirujano ayudante, al instrumentista, y sobre todo al anestésico, artífice de los planos anestésicos más profundos e imprescindibles, donde la vida del operado, despojada de sus constantes vitales, es mantenida artificialmente.

A ese «saber hacer», el cirujano, ¿en qué discurso lo emplaza? ¿Lo ofrecerá allí donde pueda ser aplicado? ¿Lo regulará desde cualquier ideología corporal del momento, o se remitirá a la condición simbólica del funcionamiento corporal? Más concretamente, ¿esa capacidad reparadora está al servicio del consumidor o fomenta, —cuando no lo inventa—, el consumo para que una reparación pueda ser ofrecida? ¿Dónde comenzó la promoción de la lobotomía? ¿La solicitó el psiquiatra biologicista, o la ofreció el neurocirujano convencido de sus poderes?

Hablar de las simbolectomías es hacer mención de esas figuras de la cirugía «forclusiva» como la *sexectomía* o extirpación y cambio de sexo, la ligadura de trompas o la vasectomía como método anticonceptivo, la manipulación quirúrgica de espermatozoides congelados de seres que ya no existen, el uso de vientres alquilados para la implantación de óvulos fecundados, la clonación, etc. Hacemos abstención dentro de esas operaciones, al aborto. En él no nos sería posible argüir la existencia de una intervención en lo real para corregir un daño o frustración imaginaria: el aborto es una privación real, que saliendo al paso de otro daño real, atrapa al sujeto en un duelo interminable. El daño imaginario atañe al pensamiento y al deseo, pero el pensamiento y el deseo se encuentran entreverados entre discurso y funcionamiento cerebral, razón por la cual se termina pidiendo cuentas del discurso al funcionamiento cerebral. La fuerza imparable de la ciencia y el progreso acude a su armamento cada día más pesado y más eficaz en ayuda de esta coerción biologicista, sostenida por un fantasma de emancipación biológica de la carencia de ser, es decir, de una carencia que los psicoanalistas denominamos castración. Pretender subsanar esta falta simbólica del sujeto con una incisión, supone esta operación que designo como *simbolectomía*.

2 Modalidades

a) *Hermafroditismo significativo y transexualidad*

La biologización del sexo preside ciertas intervenciones quirúrgicas. «La anatomía es el destino» decía Freud, pero con ello no pretendía anu-

lar la determinación simbólica de la sexualidad. Por el contrario, enseñaba cómo se «leía» la anatomía desde cierta posición simbólica llamada hombre o mujer. Esa lectura se apoya en una diferenciación sexual que es superpuesta a la anatomía, diferenciación que las subvierte. En una frase críptica, Lacan lo sintetiza diciendo que: «La relación sexual es imposible». Obviamente, no se refiere al coito, sino a la proporción simbólica de esa unión, porque la diferencia sexual, condición de la unión, se basa en un orden no complementario regido por el concepto de la castración despejado por Freud. La frase de Lacan alude entonces a una no-complementariedad simbólica entre la posición hombre y la posición mujer.

En la medicina en que existe un símbolo de la diferencia sexual, la anatomía se transforma en escritura de esa diferencia. Sin escritura no hay diferencia, como la homofonía entre dos palabras de significados diferentes permite apreciar. Ese es el borde que debe limitar la intervención quirúrgica más allá del cual la cirugía se vuelve «forclusiva». Ante una demanda de cambio de sexo, se plantea un dilema: ¿se persigue una prótesis delirante o una escritura del deseo? Debemos restringir la idea de *simbolectomía* para el caso en el que se busca una prótesis delirante, es decir un cambio anatómico para un daño imaginario, ya que hay demandas de cambio de sexo que suponen una verdadera inscripción del deseo, como tendremos oportunidad de observar. La prótesis delirante no supone una estructura psicótica en quien la demanda, como lo demuestran tantas histéricas «sexectomizadas», sino que es delirante en el sentido de que se confunde el órgano con el significante, como afirmaba Lacan que les ocurría a los transexuales. Algunos transexuales primarios, según la calificación de Robert Stoller, perciben su anatomía como una realidad que obstaculiza su posición sexual simbólica, es decir lo que de la castración figura inscrito en su Ideal del Yo. Ocurriría precisamente lo contrario a una *simbolectomía*: aquí se pretende alcanzar una escritura corporal simbólica de la diferencia sexual. Es el caso que relataré sucintamente, en el que se apreciará hasta qué punto los atributos de la sexualidad corresponden al capital simbólico de un sujeto, antes que al reflejo imaginario de su anatomía. Hace 27 años tuve la oportunidad de atender en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Evita de Lanús, un caso que traía a mal traer a dos servicios de cirugía: Ginecología y Urología. Se trataba de una patología poco frecuente, denominada «Seudohermafroditismo feminizante». Su portador era un adolescente de 17 años al que llamaremos Sergio, quien había concurrido inicialmente al Servicio de Ginecología para que le extirparan las mamas, pero además aspiraba a que le practicaran una plástica peniana, como le gustaba decir, alardeando de sus conocimientos. Esta demanda despertaba entre los cirujanos fuertes reservas, pero Sergio no se avenía a que sus precarios carac-