

*Politica, cultura, religione e corpo delle donne: la pratica del parto cesareo (sec. XVII-XVIII)\**

CARMEN TRIMARCHI

Nella sua *Histoire du Consulat et de l'Empire*, Adolphe Thiers racconta che la sera del 19 marzo 1811 Maria Luisa d'Asburgo ebbe le prime doglie. Il parto del futuro re di Roma si preannunciava difficile, inquietando non poco l'ostetrico Antoine Dubois. In questo frangente, Napoleone Bonaparte raccomandava all'ostetrico di non pensare che stava assistendo l'imperatrice, ma di immaginarsi che stava aiutando a partorire una «*marchande de la rue Saint-Denise*» e, soprattutto, gli dava precise istruzioni nel caso il parto si fosse ulteriormente complicato: «*en tout cas sauvez d'abord la mère*»<sup>1</sup>.

Quest'episodio compare spesso in testi medici e ostetrici pubblicati nel corso dell'Ottocento e dedicati ai problemi del governo del parto e alle scelte terapeutiche per le gravidanze a rischio. In tale ambito a Napoleone è abitualmente opposto un altro sovrano, Enrico VIII d'Inghilterra, il quale, a quanto pare, per garantirsi l'erede tanto atteso aveva obbligato la moglie Jane Seymour, gravida del futuro Edoardo VI, a partorire con il taglio cesareo non preoccupandosi minimamente del fatto che in pieno Cinquecento questa operazione portava normalmente alla morte della madre. Difatti, poco tempo dopo, Jane Seymour moriva per le conseguenze di quel parto.

I comportamenti posti in essere da Napoleone Bonaparte e da Enrico VIII raffiguravano due modi di intendere la sovranità maschile sul corpo vivente

---

\* Il parto cesareo oggetto di questo contributo è quello su donna in vita. La precisazione si rende necessaria poiché con questo termine si identificano due pratiche distinte: quella del cesareo su donna in vita e quella del cesareo *post mortem*, la prima un'operazione chirurgica estremamente impegnativa, la seconda più simile a una sezione anatomica. Nell'universo cattolico medievale si cominciava a parlare di cesareo *post mortem* già a partire dal IV secolo quando, nelle discussioni attorno alla definizione della grazia e al sacramento del battesimo l'operazione veniva indicata come il mezzo per assicurare il sacramento al bambino racchiuso nel ventre della madre morta. A partire dall'IX secolo, i sinodi di varie città europee traducevano i suggerimenti dei teologi in indicazioni concrete, imponendo l'esecuzione del cesareo in caso di morte della madre durante il parto. Col tempo, oltre che precetto religioso il cesareo *p.m.* sarebbe diventato anche norma civile: la prima regolamentazione in questo settore è, probabilmente, un'ordinanza di Reseburg, un villaggio della Baviera, dove, nel 1452, veniva imposto alle levatrici di praticare il cesareo immediatamente dopo la morte della donna. Sulla storia di entrambe le pratiche si veda, su tutti, il volume di NADIA MARIA FILIPPINI, *La nascita straordinaria. Tra madre e figlio la rivoluzione del taglio cesareo* (secc. XVIII-XIX), Milano, FrancoAngeli, 1995.

<sup>1</sup> ADOLPHE THIERS, *Histoire du Consulat et de l'Empire*, vol. XIII, Paris, Paulin, 1856, pp. 4-5, si cita da EMMANUEL BETTA, *Storia delle donne 1*, Firenze, University Press, 2005, p. 169.

(e, in particolare, sul corpo procreante) della donna; due atteggiamenti che, a partire dalla metà del XVIII secolo, erano entrati in conflitto.

L'esempio inglese mostrava la preponderanza del fattore politico sul destino privato delle personalità interessate, il maggior valore cioè della successione al trono rispetto alla possibilità di sopravvivenza della madre, prevalenza da cui traspariva la priorità del nascituro rispetto alla madre stessa; quello francese, invece, raffigurava la visione medica tradizionale secondo la quale la vita della donna era prioritaria in quanto la madre era riconosciuta quale soggetto di investimenti affettivi, familiari e sociali a fronte del capitale potenziale del "non nato".

Con particolare riguardo alla nascita del Delfino, il problema della scelta tra la vita della madre e quella del figlio si era posto già nel Seicento quando, il rafforzarsi delle monarchie assolute aveva messo in particolare risalto la questione della discendenza divenuta elemento fondamentale ai fini della stabilità interna dello Stato e degli equilibri internazionali.

Proprio in considerazione della considerevole importanza pubblica della gravidanza di una regina, la medicina aveva considerato questo come un caso speciale, per il quale era lecito derogare a una regola che dava per scontata la priorità della vita della donna su quella del feto poiché, come annotava il famoso *accoucheur* François Mauriceau (1637-†1709): «Ci sono [...] delle occasioni in cui si potrebbe dire che la vita corporale del bambino deve essere anteposta a quella della madre [...] come potrebbe capitare quando si fosse obbligati a estrarre dal ventre della madre un bambino che dovesse essere il successore di qualche grande regno»<sup>2</sup>.

Era un'eccezione importante, giacché mostrava che l'antico principio della "priorità dell'albero sul frutto" era, relativamente agli interessi pubblici, derogabile, soggetto a possibili modifiche; un'eccezione, questa, che avrebbe avuto ampi sviluppi nei secoli successivi.

Il primo trattato di medicina dedicato al taglio cesareo è il *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement caesarien* scritto, nel 1581, dal chirurgo francese François Rousset.

L'intento dell'Autore era quello di dimostrare che l'operazione non era rischiosa per la vita della donna e che (condizione essenziale per poter essere accettata dalla Chiesa) non ne metteva in pericolo la fertilità.

Oltre alla descrizione di sette operazioni cesaree perfettamente riuscite, l'opera dava precise istruzioni tecnico-operatorie circa le modalità di esecuzione dell'intervento: si trattava di indicazioni importanti che sarebbero state tenute in conto dai medici fino alla seconda metà dell'Ottocento.

Rousset indicava quale posizione dovesse assumere la donna durante l'operazione, descriveva i metodi d'incisione dell'addome e, partendo dalla considerazione che, in virtù della sua straordinaria forza di contrazione,

---

<sup>2</sup> FRANÇOIS MAURICEAU, *Des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1781, p. 349 (orig. franc.), si trova in FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 249.

l'utero fosse in grado di rimarginarsi autonomamente, suggeriva, una volta estratto il feto, di non suturarlo, ma di cucire solo l'addome.

Contrassegnato da tragici errori (la prassi di non suturare l'utero, per esempio, si sarebbe rivelata una delle principali cause di mortalità successiva all'intervento) e da racconti poco credibili (cesarei ripetuti varie volte sulla stessa donna e guarigioni prive di problemi), il *Traité nouveau* era, però, il segnale del nuovo modo con cui una parte del mondo medico si poneva nei confronti della nascita "complicata". Come osserva la storica statunitense Renate Blumenfeld-Kosinski, Rousset, oltre a rifiutare il classico ruolo del chirurgo nel parto (un ruolo di "portatore di morte", limitato all'esecuzione di embriomie e cesarei *post mortem*) esprimeva, sul piano sociale, l'aspirazione della categoria dei chirurghi ad avere una funzione di maggior peso nella società ed un maggior riconoscimento da parte delle autorità<sup>3</sup>.

A questo proposito, sottolineando l'utilità pubblica dell'intervento e il suo rilievo per risolvere situazioni difficili, connesse alla trasmissione dell'eredità e del potere, il chirurgo francese scriveva: «Questo qui [il parto cesareo] serve non soltanto alla continuazione dei matrimoni, dei legami e degli altri usi che succedono a ciascun privato, ma anche alle Repubbliche e alle "Polizie" del mondo»<sup>4</sup>.

Tuttavia, nonostante la grande diffusione e l'interesse suscitati dall'opera di Rousset, i casi di interventi eseguiti rimasero talmente rari che Jacques Gé-lis, uno dei più noti "storici della nascita", sostiene che, fino alla fine del Settecento, la storia del parto cesareo può essere letta come la storia di una grande disputa teorica<sup>5</sup>.

Oltre alle preoccupazioni sulla mortalità conseguente all'atto operatorio, a bloccare l'intervento alle soglie del campo teorico stavano ragioni culturali, scientifiche, morali: la presenza di un immaginario della nascita che privilegiava la figura materna rispetto a quella del nascituro; il rispetto delle leggi della natura considerate espressione del volere di Dio; il persistere di una tradizione di assistenza ostetrica femminile in cui la presenza del chirurgo era straordinaria, se non espressamente vietata<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> RENATE BLUMENFELD-KOSINSKI, *Not of Woman Born, Representations of Caesarean Birth in Medieval and Renaissance Culture*, Ithaca et London, 1992, p.40.

<sup>4</sup> ROUSSET, *Traité nouveau*, cit., pp. 4-5 (orig.franc.), citato da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 51

<sup>5</sup> JACQUES GÉLIS, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, 1988, p. 362

<sup>6</sup> Fino al XVI secolo l'opposizione alla presenza del medico maschio era così radicata che la sua violazione era ascritta tra i reati più gravi. Emblematica, in questo senso, la vicenda di un medico di Amburgo, il dottor Veit, condannato al rogo perchè sorpreso ad assistere un parto in vesti femminili. Ancora agli inizi del XVIII secolo, gli Statuti dell'Opera delle Donne partorienti di Torino (1728) vietavano al chirurgo che si recava a compiere un salasso, di indugiare nella sala del parto, una volta eseguito l'intervento. La storia del dottor Veit si trova in, CLAUDIA PANCINO, *L'assistenza al parto dalla pratica femminile all'intervento medico*, in *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*, a cura di FRANCA PIZZINI, Milano, Franco Angeli, 1981, p. 68. Gli statuti torinesi si trovano in, ALFONSO CORRADI, *Dell'Ostetricia in Italia dalla metà del secolo*

Perché il taglio cesareo passasse dalla sfera teorica a quella pratica occorreva che questo insieme di concezioni e sensibilità subisse dei cambiamenti profondi.

Era quanto accadeva nella seconda metà del Settecento quando, la nascita, da affare interno alla vita privata, diveniva un affare pubblico sul quale cominciava a concentrarsi l'attenzione di uomini politici, scienziati, medici e filosofi.

Nell'analizzare questo fenomeno, gli studi di storia sociale<sup>7</sup> hanno evidenziato come l'affermarsi di un nuovo concetto di cittadinanza occupasse sicuramente un posto di rilievo tra i fattori di ordine culturale, economico e politico che ne costituivano la genesi.

A partire, infatti, dal momento in cui con l'Illuminismo si affermava una concezione dello Stato come insieme di cittadini e come corpo sociale, la sua cura assumeva una valenza particolare, si faceva oggetto di interesse pubblico divenendo segno del valore di ogni buon Sovrano poiché, come annotava Lodovico Antonio Muratori, «di grande importanza è l'Arte Medica per la Felicità di un popolo» e bisognava «riconoscere nella Medicina un'arte non solo degna di stima e di onore, ma anche riguardarla come un aiuto, di cui abbisogna ogni ben regolata Repubblica per la salute e vita dei cittadini...»<sup>8</sup>.

L'interesse demografico diveniva, così, interesse politico: «*Un Etat n'est fort que du nombre de ses sujets*»<sup>9</sup> era un assioma dei *Philosophes*. La lotta contro le malattie che indebolivano il corpo sociale acquistava un particolare rilievo: intorno ad essa si organizzava la "polizia medica" cui, nell'accezione della politica illuministica, spettava l'elaborazione di una vera e propria strategia di sviluppo demografico ed economico diretta, oltre che alla prevenzione delle malattie, «al controllo dell'apprendistato dei mestieri e delle corporazioni» e all'elaborazione di «piani "formativi" per un comportamento sessuale finalizzato a un aumento della riproduzione e dei matrimoni»<sup>10</sup>.

In questo contesto, nei principali paesi europei, le nuove normative riguardanti le professioni sanitarie e l'apertura di ospizi per partorienti erano destinate a divenire, nel campo della nascita, le iniziative pubbliche di maggior impatto.

---

scorso fino al presente. Commentario di Alfonso Corradi in risposta al programma di concorso della Società Medico-chirurgica di Bologna per l'anno 1871, Bologna, 1874-77, 4 voll., p.28.

<sup>7</sup> GÉLIS, *La sage-femme*, cit., in particolare pp. 57-89; CLAUDIA PANCINO, *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Milano, 1984, in particolare pp. 4-38.

<sup>8</sup> LODOVICO ANTONIO MURATORI, *Della Pubblica Felicità oggetto de' buoni Principi*, Lucca, 1749, p. 131, è citato da GUIDO MARIA PICCININI, *Problemi di medicina sociale meditati da Lodovico Antonio Muratori*, in «Pubblicazioni della Facoltà di Giurisprudenza della Regia Università di Modena», vol. V, Modena, 1930, p. 5.

<sup>9</sup> Citato in GÉLIS, *La sage-femme*, cit., p. 71.

<sup>10</sup> GUIDO PANSERI, *La nascita della polizia medica, l'organizzazione sanitaria negli stati italiani*, in *Storia d'Italia, Scienza e tecnica*, Annali 3, Torino, Einaudi 1980, pp. 191-2.

I nuovi regolamenti andavano a modificare direttamente il rapporto medico-levatrice sancendo il drastico ridimensionamento del ruolo che la tradizionale assistenza femminile giocava “sulla scena del parto”.

Stabilendo, infatti, «l’assunzione da parte del medico-maschio della pratica ostetrica in qualità di operatore più qualificato»<sup>11</sup>, le nuove regole professionali facevano della levatrice (fino a quel momento unico punto di riferimento per le partorienti) un’operatrice dedita all’assistenza “minore” del parto, oltre che all’espletamento delle pratiche “illecite” di controllo e di limitazione delle nascite. L’antico divieto dell’uso dei ferri, da sempre riservati ai chirurghi, si estendeva, adesso, a tutti gli strumenti ostetrici e perfino alle operazioni manuali, tradizionali risorse terapeutiche delle mammane. L’assistenza ostetrica veniva scomposta e divisa nelle due diverse figure del chirurgo e della levatrice: ai primi veniva assegnata l’assistenza ai parti difficili, mentre alle seconde, sottoposte adesso ad un rigido controllo da parte delle istituzioni<sup>12</sup>, veniva lasciata l’assistenza ai soli parti naturali.

Contemporaneamente, in tutta Europa, si assisteva all’apertura di ospizi per partorienti<sup>13</sup> dove, all’obiettivo di prevenire aborti e infanticidi, fornendo alle gravide illegittime un luogo dove rifugiarsi, si univa quello scientifico dato che le donne ricoverate erano obbligate a prestarsi agli esperimenti e alla formazione clinica degli studenti, secondo un programma di “polizia medica” che (Rousset ne sarebbe stato contento), nello spazio riconosciuto all’ostetrico e nell’investimento istituzionale in questo campo, trovava la spinta determinante all’avvio delle sperimentazioni cesaree.

Così, attorno alla metà del Diciottesimo secolo, l’intervento cesareo cominciava ad affermarsi come una alternativa possibile, anzi preferibile agli abituali interventi di craniotomia ed embriotomia che, sacrificando il bambino, davano, però, alla madre ampie possibilità di salvezza. Con il taglio cesareo, invece, visto l’alto tasso di mortalità materna, si sceglieva di privilegiare la vita del bambino rispetto a quella della madre: si decideva di sacrificare la madre al figlio.

Sotto questo punto di vista, la “sperimentazione cesarea” rappresentava qualcosa d’altro e di diverso da una semplice innovazione terapeutica; era una rottura profonda nella tradizione ostetrica tradizionale che considerava la vita del bambino che stava per nascere meno importante rispetto a quella del-

---

<sup>11</sup> NADIA MARIA FILIPPINI, *Levatrici e ostetricanti a Venezia tra Sette e Ottocento*, in «Quaderni Storici», vol. XX, Bologna, Il Mulino, 1985, p. 149.

<sup>12</sup> Ivi, pp. 149-151.

<sup>13</sup> All’apertura della case di maternità di Strasburgo (1728), Berlino (1751), Vienna (1762) e Copenaghen (1762) seguivano, anche in Italia, quelle di Milano (1781), Cremona (1782), Verona (1800), Brescia (1805) e l’apertura delle cliniche universitarie di Padova e Pavia (1819), cfr., FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 115. Sugli ospizi per partorienti in Italia, vedi, NADIA MARIA FILIPPINI, *Madri senza nome. Gli ospizi di maternità in Italia tra Sette e Ottocento*, in «Storia e Dossier», 60, 1992, pp. 38-43 e EAD., *Gli ospizi per partorienti e i reparti di maternità tra Settecento e Ottocento*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, a cura di MARIA LUISA BETRI e EDOARDO BRESSAN, Milano, Franco Angeli, 1992, pp. 395-412.

la madre e che, nelle situazioni a rischio, o si asteneva da ogni intervento, oppure interveniva a scapito del bambino nel tentativo di salvare la madre.

I principi teorici che riconoscevano alla madre questo antico *maior ius* erano quelli della legittima difesa<sup>14</sup>, dell'antichità del diritto e dei gravi danni provocati dalla sua morte.

Nel primo caso, il feto veniva paragonato ad un aggressore, dal quale la donna doveva difendersi, gli altri due principi si basavano su un concetto di individuo costruito sulla base di rapporti sociali ed affettivi già esistenti.

Il diritto della madre era più forte perché essa era «un essere già noto al mondo e legato a questo per sacri e soavissimi affetti»<sup>15</sup> e perché era «legata per cento nodi e interessi alla famiglia e alla società»<sup>16</sup>. Per di più, la sua vita appariva «matura e sicura», contro l'esistenza incerta e fragile del nascituro, «vivente una vita può dirsi interamente vegetativa»<sup>17</sup>.

Opposto, invece, il parere dei “cesaristi”<sup>18</sup> secondo i quali madre e figlio si trovavano su un piano di totale parità: il bambino ancora rinchiuso nell'utero era «un essere umano distinto avente uguale diritto di vivere della madre»<sup>19</sup>. Il principio di parità introdotto in campo ostetrico dai sostenitori del parto cesareo derivava direttamente da quello di *égalité* che, concepito dall'Illuminismo e affermato dalla Rivoluzione francese, affermava che ogni cittadino era uguale all'altro e godeva dello stesso diritto alla vita. Dunque, se il feto aveva gli stessi diritti della madre, la logica conseguenza era la messa in discussione del suo “minor diritto” alla vita.

Ma che cosa induceva un chirurgo ad operare in una certa direzione piuttosto che in un'altra? Quali fattori determinavano questa scelta così dirompente rispetto alla tradizionale pratica ostetrica femminile che aveva sempre privilegiato la vita materna?

Per osservarlo nel concreto, esaminiamo la situazione italiana come appare nel saggio *Dell'Ostetricia in Italia*<sup>20</sup> che, scritto da Alfonso Corradi, rac-

<sup>14</sup> «Essa [la madre] racchiude nel suo seno un nemico, che miancia la sua esistenza, ha quindi il diritto di allontanarlo, quand'anche a ciò fare fosse indispensabile il sacrificio del suo rivale» (LUIGI PASTRELLO, *Trattato di ostetricia*, Pavia, 1854, p. 363, si trova in FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 233).

<sup>15</sup> MICHELANGELO ASSON, *Considerazioni sopra l'embriotomia e il taglio cesareo*, in «Esercitazioni dell'Ateneo Veneto», II, 1846, pp. 117-132, citato da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 233.

<sup>16</sup> ANTONIO AGOSTINI, *Del parto prematuro e dell'aborto per arte provocato. Sunto monografico*, 1860, p. 356, in FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 233.

<sup>17</sup> ASSON, *Considerazioni*, cit., p. 118.

<sup>18</sup> I termini “cesarista” e “anticesarista” utilizzati per indicare, rispettivamente, i sostenitori e gli oppositori del parto cesareo mutuano dall'*École anti-césarienne*, scuola ostetrica fondata a Parigi nel 1798 che, come si evince dal nome, si contrassegnava per il suo deciso rifiuto del parto cesareo. Sulle caratteristiche di questa scuola e la sua organizzazione cfr. NADIA MARIA FILIPPINI, *Ostetricia naturale e ostetricia chirurgica: uno scontro di culture e di scuole nella Parigi di fine Settecento*, in *Come sapere il parto. Storia, scenari, linguaggi* a cura di MARINA SBISA, Torino, Rosenberg e Sellier, 1992, pp. 49-80.

<sup>19</sup> MARCELLINO VENTUROLI, *L'aborto ostetrico, l'embriotomia sul vivo e l'operazione cesarea*, AUM, 184, 1863, p. 72 e pp. 81-82. Si cita da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 234.

<sup>20</sup> CORRADI, *Dell'ostetricia*, cit.

coglieva le 158 operazioni cesaree eseguite ufficialmente nel nostro Paese dal 1780, anno in cui si ha notizia del primo intervento ufficiale, fino al 1875, anno di pubblicazione dell'opera

Il volume di questo eminente chirurgo e storico della medicina<sup>21</sup> descriveva una realtà nella quale spiccavano una mortalità materna molto elevata, una profonda differenza tra le regioni del nord e quelle del sud (in queste ultime, l'intervento era rarissimo<sup>22</sup>) e una netta preminenza degli interventi eseguiti in ospedale (65%) rispetto a quelli realizzati a domicilio.

Così, i cesarei eseguiti in Italia fino al 1875, secondo la distribuzione per sezione del Corradi<sup>23</sup>

	<i>N. casi</i>	<i>%</i>	<i>Mortalità materna</i>	<i>Mortalità fetale</i>
I Sezione madre e bambino salvi	42	26,6		
II Sezione madre salva	10	6,3		
III Sezione bambino salvo	92	58,2		
IV Sezione madre e bambino deceduti	14	8,9		
<i>Tutte le sezioni</i>	<i>158</i>	<i>100,0</i>	<i>67,1 %</i>	<i>15,2 %</i>

Per quel che concerne gli operatori, tra i 109 chirurghi presenti nel volume troviamo liberi professionisti, medici condotti, medici di città e di campagna e, soprattutto, clinici e professori di ostetricia attivi nelle università e nelle maternità dove avevano sede le scuole di ostetricia.

In questi ambiti clinici, l'operazione aveva evidentemente un carattere sperimentale e didattico, finalizzato all'addestramento degli allievi chirurghi. Alcuni protagonisti sottolineavano esplicitamente questo aspetto, precisando che l'intervento era stato eseguito «alla presenza di numerosa scolaresca, nonché delle allieve levatrici praticanti»<sup>24</sup>.

Se, nell'insieme, la schiera degli operatori risultava alquanto disomogenea, affini apparivano, invece, lo stato d'animo con il quale questi medici affrontavano l'operazione cesarea (un misto di orgoglio professionale e timore

<sup>21</sup> Sul Corradi (1833-†1892) e la sua opera di medico e di studioso, si veda la voce curata da BRUNO ZANOBIO e GIUSEPPE ARMOCIDA, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma 1983, vol. 29, pp.313-315.

<sup>22</sup> Il Corradi riporta un solo intervento eseguito nel meridione d'Italia e precisamente a Napoli, presso il reparto di maternità dell'ospedale degli Incurabili. La distribuzione geografica ricalda quelle delle strutture ospedaliere concentrate in area padana e nei Ducati e pressoché assenti nello Stato della Chiesa e nel Regno delle Due Sicilie. Sulla presenza delle cliniche in Italia cfr. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI, *L'Italia ostetrica*, Catania, 1902.

<sup>23</sup> Si riporta da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 211.

<sup>24</sup> AUM, L, 1829, p.63. Si trova in FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 221.

per i pericoli che l'intervento comportava) e le valutazioni qualitative e morali da loro espresse nei confronti delle donne operate; donne che erano, nella stragrande maggioranza, povere e appartenenti alle classi più umili.

Questo dato di appartenenza di classe, oltre ad emergere dalle relazioni mediche popolate da una folla di donne provate dall'indigenza e dal lavoro, si deduce dal fatto che la maggior parte degli interventi veniva effettuata negli ospizi per partorienti, strutture riservate alle "illegittime" e alle povere.

Non solo povere ma anche malate e, soprattutto, incapaci di "adempiere al grande ufficio", queste donne venivano giudicate con una certa severità.

Socialmente inutili, la loro vita appariva meno preziosa di quella dell'essere che portavano in grembo che, potenzialmente, maschio o femmina che fosse, avrebbe apportato un maggior vantaggio alla collettività.

La scelta, dunque, non si profilava più tra due individui astrattamente percepiti ma tra una madre malata e deforme e un figlio probabilmente sano e ben conformato.

Così, mettendo sul piatto della bilancia l'utilità sociale dell'uno e dell'altro, il medico chiamato a decidere, in armonia con i progetti di potenziamento demografico e di miglioramento qualitativo della cittadinanza, sceglieva "l'elemento più promettente".

Era una facoltà che, però, il medico sembrava esercitare solo nei confronti delle donne delle classi subalterne e non perché le donne delle classi più agiate fossero esenti da problemi inerenti al parto ma perché, come osservava il Corradi a proposito del rachitismo (la patologia più frequente tra le donne operate): «le giovani [di ceto sociale elevato] che ne rimangono offese o non passano a marito, ovvero, più prudenti scansano la maternità e se per mala sorte vi si avviano, affidatesi per tempo ai consigli dell'ostetrico, interrompono la gravidanza o anticipano il parto»<sup>25</sup>.

La povertà delle donne si traduceva, pertanto, in "debolezza di contrattazione" nei confronti del medico, in incapacità di contestare una decisione che, assi spesso, come testimoniano le relazioni mediche, esse non condividevano affatto<sup>26</sup>.

Queste donne, inoltre, erano giudicate anche moralmente riprovevoli e le loro colpe ascrivibili alla sfera sessuale, ad un esercizio della sessualità illecito, sia nel caso fossero affette da patologie tali da renderle inadatte alla riproduzione sia nel caso, ancora più grave, non fossero maritate.

Una buona parte di queste donne operate, difatti, era rappresentata dalle nubili che cercavano riparo negli ospizi per partorienti; del resto, una delle funzioni di questi enti era proprio quella di separare dal contesto sociale forme di sessualità meno ammesse, assicurando così il mantenimento di un ordine familiare che, nel corso dell'Ottocento, diveniva sempre più rigido<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> CORRADI, *Dell'Ostetricia*, cit., p. 1129 citato da FILIPPINI, *La Nascita*, cit., p. 242.

<sup>26</sup> Ivi, pp. 307-319

<sup>27</sup> Sui cambiamenti della famiglia nell'Ottocento, si veda, *La vita privata nell'Ottocento*, a cura di MICHELLE PERROT, Bari, Laterza, 1988; *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, a cura



Secondo questi chirurghi simili partorienti erano colpevoli sotto vari punti di vista: se nubili perché non maritate, se maritate perché inadatte al matrimonio, in ogni caso perché incapaci di procreare, malate nel corpo e nello spirito.

Giustificato da un tale giudizio di patologia fisica e morale nei confronti della madre, l'intervento a favore del nascituro poteva contare anche su solide e ampie argomentazioni sul piano dell'utilità sociale e demografica: il bambino era un «capitale fruttabile intero»<sup>28</sup>, cioè un cittadino la cui forza e capacità lavorativa potevano essere sfruttate per un arco cronologico ragionevolmente più esteso rispetto a quello di una madre «capitale già sfruttato» e con dei considerevoli difetti fisici.

Sul piano dello sviluppo demografico l'operazione cesarea s'imponeva con grande vigore; mettendo, infatti, a confronto il numero di «persone» salvate con l'embriotomia, con quelle salvate con il taglio cesareo, la somma dei primi risultava, in termini previsionali, superiore a quella dei secondi.

Era questo il ragionamento esplicitato, per esempio, da Giacomo Barzellotti (1768-1839), uno dei padri fondatori della medicina legale italiana, professore di medicina pratica presso l'università di Pisa, e da Cesare Gazzani, illustre docente di clinica ostetrica di Pavia. I due, applicando il calcolo matematico al confronto tra le due operazioni per misurare «quale di esse apportando minor strage di individui, conservi il maggior numero di vite alla società»<sup>29</sup>, non avevano dubbi nel decretare la vittoria del cesareo. Nell'ottica di uno sviluppo della cittadinanza, la scelta di sacrificare la madre si dimostrava come quella più rispondente agli interessi di uno Stato moderno.

Infine, non bisogna dimenticare che, accanto a consensi di tipo politico e laico, a favore dell'intervento cesareo giocavano anche fondamentali legittimazioni di tipo religioso.

Ché la Chiesa cattolica, dopo aver manifestato per secoli un atteggiamento di netto rifiuto nei confronti del taglio cesareo su donna in vita (cui si contrapponeva, sin dal Medioevo, l'obbligo del cesareo *post mortem*, necessario per la salvezza spirituale del feto) e di tolleranza nei confronti dell'embriotomia aveva cominciato, già nel corso del Diciassettesimo secolo, a rivedere le proprie posizioni. In questo senso, lo spartiacque può essere considerato il *De*

ra di PIERO MELOGRANI con la collaborazione di LUCETTA SCARAFFIA, Bari, Laterza, 1988; GIORGIO VECCHIO, *Profilo storico della famiglia: la famiglia italiana tra Ottocento e Novecento*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 1999.

<sup>28</sup> La citazione è tratta da uno scritto del 1817 che il Podestà di Venezia indirizza alla Commissione Centrale di Sanità sulla mortalità infantile. È riportato da N.M. FILIPPINI, *Il Bambino prezioso. Maternità e infanzia negli interventi istituzionali del primo Ottocento*, in AA.VV., *Nascere a Venezia. Dalla Serenissima alla prima guerra mondiale. Catalogo della mostra documentaria*, Torino, 1985, pp. 28-40, p. 28.

<sup>29</sup> CESARE GAZZANI, *Se sia giusto a risparmio di tutte le più gravi operazioni ostetriche, provocare l'estrusione dell'uovo a qualsiasi epoca di gravidanza*, AUM, XXXVIII, 1850, p. 534. Citato da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 255.

*ortu infantium contra naturam per sectionem caesaream tractatio*<sup>30</sup> pubblicato, nel 1637, dal gesuita francese Theophile Raynaud.

Raynaud circoscriveva la liceità dell'operazione cesarea alle sole situazioni estreme: solamente quando le altre strade risultavano impercorribili e vi era la certezza della morte dei due individui, il chirurgo era autorizzato a stravolgere l'ordine della natura senza macchiarsi di presunzione.

Quanto alla questione più spinosa, quella della scelta tra la vita della madre e del figlio, il gesuita d'oltralpe cercava di conciliare la posizione tradizionale della Chiesa con l'affermazione di nuovi principi morali.

A favore della madre, rifacendosi alla classica teoria di Tertulliano (160ca-†220), egli scriveva di un feto aggressore il cui sacrificio doveva essere interpretato come azione di legittima difesa da parte della donna, iscrivibile sul piano della giustizia. Accanto a questa riproposizione del principio di giustizia, egli inseriva, però, quello di carità: se la giustizia poteva consentire che si sacrificasse il feto, la carità, al contrario, chiedeva che si privilegiasse la sua vita e sebbene la madre potesse, senza commettere ingiustizia, preferire se stessa, essa non poteva farlo senza mancare al comandamento più importante: quello dell'amore.

Esaminando, poi, la peculiarità dell'operazione, il gesuita francese contestava una delle "osservazioni etiche" più diffuse: quella legata alla valenza espiatoria dei dolori del parto che, considerati la giusta punizione per il peccato originale delle donne, sarebbero venuti meno con il parto cesareo.

A questo riguardo egli si affrettava a dimostrare che l'operazione, eseguita normalmente alla fine del travaglio, non eliminava le sofferenze ma, anzi, le acuire «perché l'orrore che deriva dall'insolita operazione chirurgica aumenta l'acerbità delle sofferenze e la rende più atroce»<sup>31</sup>.

Con questa distinzione tra giustizia e carità, diritto e amore, le tesi di Raynaud, pur non condannando ancora l'embriotomia, rappresentarono il punto di partenza di quell'opera di aperto sostegno del parto cesareo che la Chiesa cattolica avrebbe messo in atto nel corso del Settecento e che sarebbe culminata, nel 1884, con la condanna da parte del Santo Uffizio dell'embriotomia.

L'obbligo morale che, in virtù dei principi di carità e amore, spingevano la madre ad offrire la propria vita in cambio di quella del figlio, si sarebbe radicalizzato nel corso dell'Ottocento, trovando sempre maggiori consensi in ambito teologico.

Ce ne fornisce un esempio Alfonso de' Liguori (1696-1787) che, nel suo *Compendio di Teologia Morale*, riaffermava il principio che la madre era tenuta, in virtù del dovere di carità, a preferire la vita spirituale del figlio alla propria esistenza materiale<sup>32</sup>. Opinione che il futuro Dottore della Chiesa riba-

<sup>30</sup> THEOPHILE RAYNAUD, *De ortu infantium contra naturam per sectionem caesaream tractatio* Lugduni, 1637.

<sup>31</sup> Ivi, p. 164. Si cita da FILIPPINI, *La nascita*, cit., p. 259.

<sup>32</sup> ALFONSO DE' LIGUORI, *Compendio di Teologia Morale*, Genova, Tipografia della Gioventù, 1867, pp. 250-295.

diva nel suo celebre “manuale per confessori” ove annotava: «quando è uguale il pericolo di morire senza Battesimo, mi sembra certo che per l'ordine della carità debba evitare più il pericolo della prole che della madre»<sup>33</sup>.

Così, agli occhi di un medico cattolico, il sacrificio materno, divenuto precetto morale, appariva conforme ai precetti divini, assumeva finalità e valore etico facendo passare in secondo piano la pericolosità dell'operazione.

La maggior parte delle donne moriva per le imponenti emorragie che si verificavano nel corso dell'intervento e per setticemia che, come aveva intuito il medico ungherese Philipp Semmelweis (1818-†1865)<sup>34</sup>, era inconsapevolmente provocata dagli stessi operatori che eseguivano l'intervento a mani nude.

Una situazione che sarebbe mutata solamente dopo la messa a punto di nuove tecniche operatorie (quali la sutura uterina di Kehrer e di Säger nel 1882); dopo la definizione di regole di antisepsi operatoria da parte di Joseph Lister (1867-1912)<sup>35</sup>; dopo le scoperte di Pasteur (1822-1895)<sup>36</sup>, dopo la nascita della batteriologia. Dopo un secolo di sperimentazione inutile.

Attualmente, una donna su quattro partorisce “in maniera straordinaria”<sup>37</sup>.

#### APPENDICE

Il contributo di Carmen Trimarchi è corredato da un'APPENDICE pubblicata nel sito [http://ww2.unime.it/donne.politica/cicli\\_precedenti.html](http://ww2.unime.it/donne.politica/cicli_precedenti.html), alla voce MATERIALI DIDATTICI del IV ciclo, dove sono visibili le *slides* di presentazione del Seminario “Politica, corpi e libertà femminile” e quelle a supporto del suo intervento.

---

<sup>33</sup> ALFONSO DE' LIGUORI, *Istruzione e pratica per li Confessori. Colle avvertenze delle dottrine più notabili sopra tutti i trattati della Teologia ricavata dall'opera grande dello stesso autore*, Bassano, 1822, p. 270.

<sup>34</sup> IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS, *Come lavora uno scienziato: eziologia, concetto e profilassi della febbre puerperale*. Introduzione di DARIO ANTISERI, Roma, A. Armando, 1977.

<sup>35</sup> Per queste scoperte in campo ostetrico, si vedano: SALVATORE DE RENZI, *Storia della medicina italiana*, 5 voll., Napoli, 1845 (II ed. 1966); ADALBERTO PAZZINI, *Storia della medicina dalle origini ai nostri giorni*, Milano, 1947; ODORICO VIANA-FRANCESCO VOZZA, *L'ostetricia e la ginecologia in Italia*, Milano, Soc. it. di ostetricia e ginecologia, 1933; MICHELE GIUSEPPE NARDI, *Il pensiero ostetrico-ginecologico nei secoli* con una prefazione di CESARE DECIO, Milano, 1954.

<sup>36</sup> Sulle vita e le opere di Pasteur, cfr., RENÉ DUBOS, *Pasteur e la scienza moderna*, Torino, Einaudi, 1962; HILAIRE CUNY, *Pasteur: la vita, il pensiero, i testi esemplari*, Milano, Accademia, 1974; PIERRE GASCAR, *La strada di Pasteur: storia di una rivoluzione scientifica*, Milano, Jaca book, 1991; ANTONIO CADEDDU, *Dal mito alla storia: biografia e medicina in Pasteur*, Milano, Franco Angeli, 1999;

<sup>37</sup> SEVERINA CANTARONI, *Tutto quello che dobbiamo sapere sul parto cesareo*, da *La Repubblica delle Donne Web* di giovedì 28 febbraio 2008.