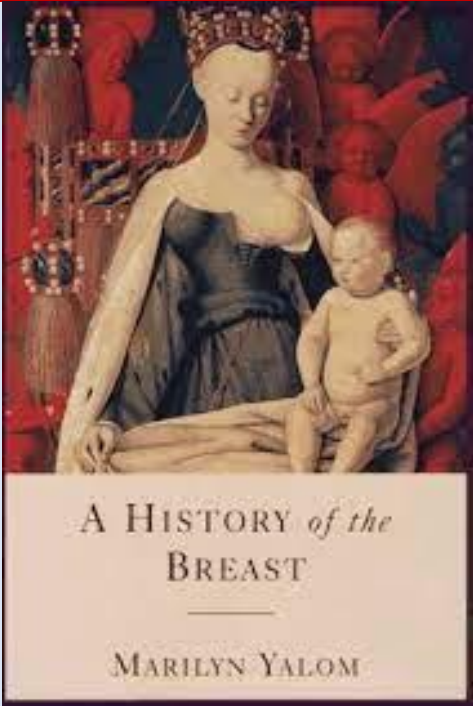


فصل هفت

پستان

از منظر پزشکی

جان می دهد و جان می گیرد

	فصل هفت از کتاب: A History of the breast Marilyn Yalom 1997 ترجمه: دکتر محمد حسن هدایتی امامی متخصص داخلی - غدد اول آذر ۱۴۰۴
این کتاب اولین بار در ۱۹۹۷ منتشر شده است. یادمان هست که پزشکی دائم در حال دگرگونی است.	

هیچ بررسی درباره‌ی پستان کامل نخواهد بود، مگر آن که به پیشینه پزشکی این عضو توجه شود. البته برای آن که بررسی ما واقعاً جامع باشد

باید اسناد ثبت شده پزشکی سی و پنج قرن گذشته، متعلق به ده‌ها تمدن، و منابع بی‌شمار از طومارهای باستانی تا ماموگرافی پیشرفته اخیر را دربر بگیرد. چنین مطالعه‌ای باید شاخه‌های گوناگون پزشکی مانند آناتومی، طب زنان و مامائی، طب کودکان، سرطان‌شناسی، جراحی پلاستیک و روان‌پزشکی را نیز شامل شود. برای آن که این بررسی به‌نحو ایده‌آل انجام شود باید به رابطه‌ی به‌هم پیوسته پزشکی رسمی و درمان‌های سنتی عامه مردم نیز توجه نمود. در این فصل تنها می‌توان خطوط کلی چنین تلاش عظیمی را ترسیم کرد و در این مسیر بر روی لحظات خاصی تمرکز می‌کنیم که در آن‌ها دستاوردهای نوینی از فیزیولوژی و آسیب شناسی پستان، وارد دانش و باورهای پزشکی شده است.

پستان همواره در دو حوزه‌ی اصلی مورد توجه پزشکان بوده است: یکی مربوط است به شیردهی و دیگری مربوط است به بیماری‌های آن (جراحی زیبایی پستان هنوز آن‌قدر جدید است که تاریخچه‌ی چندان دور درازی ندارد). پزشکان از دوران باستان تا قرن نوزدهم به هر دو جنبه‌ی **زندگی‌بخش و مرگ‌آفرین** پستان توجه فراوان نشان داده‌اند؛ در دهه‌های اخیر تمرکز از جنبه‌ی نخست به جنبه‌ی دوم تغییر جهت داده و به‌ویژه در

قرن ما بر روی سرطان پستان متمرکز شده است. شیردهی و بیماری— موضوع زندگی و مرگ—دو محور اصلی بررسی ما درباره‌ی نحوه‌ی برخورد جامعه‌ی پزشکی با پستان، از دوران باستان تاکنون، خواهند بود، همراه با آن به جراحی زیبای پستان هم اشاره می‌شود.

از جمله کهن‌ترین اسناد پزشکی موجود درباره‌ی پستان، پاپيروس‌های متعلق به دودمان هجدهم (۱۵۸۷ تا ۱۳۲۸ پیش از میلاد) مصر باستان هستند. این نوشته‌ها روش‌هایی را برای تحریک جریان افتادن شیر در زنان شیرده شرح می‌دهند: به او توصیه می‌شد «استخوان‌های ماهی Xra را در روغن گرم کند» و پشتش را با این ترکیب خوشبو ماساژ بدهند، یا اینکه «به حالت چهارزانو بنشیند و نان خوش‌بو از دُرّای ترش‌شده (نان تهیه شده از خمیر سورگم؟) بخورد» در همان حال به پستان‌هایش گیاه خشخاش بمالند.^۱ هر دو درمان دست‌کم این مزیت را داشتند که موجب آرامش مادر شیرده می‌شدند. پاپيروس‌های دیگر حاوی طب پر از راز و رمز، از جمله شامل آزمایش‌هایی بودند که به اطرافیان کمک می‌کردند تشخیص دهند شیر مادر خوب است یا بد.

مصريان باستان گویا فکر می‌کردند شیر زنان برای همه افراد در هر سنی، قدرت شفابخش دارد. در یکی از پاپیروس‌ها، نسخه‌ی داروی خواب شامل شیر زنی بود که تازه پسری زائیده است. این ترجیح به نوزاد پسر، همراه با باور به این که شیر مادری که پسر زائیده است، مدت‌های طولانی خواص درمانی بهتر خود را حفظ می‌کند، تا سه هزار سال بعد هم در پزشکی همچنان رواج دارد! به‌طور کلی، شیر انسان برای مقاصد دارویی گوناگون به کار می‌رفت، چنان‌که می‌توان از ظروف سفالی باقی‌مانده که احتمالاً برای نگهداری شیر ساخته شده بودند، استنباط کرد؛ این ظروف به شکل زنی زانو زده ساخته می‌شدند که در یک دست پستان خود و در دست دیگر نوزادی را نگه داشته است.^۲

پاپیروسی که حاوی بیشترین آگاهی در باره پزشکی مصر باستان در مورد بیماری‌های پستان است، شرحی است در مورد جراحی چهل و هشت بیمار. در شرح بیمار چهل و پنجم—که شاید نخستین مورد ثبت‌شده سرطان پستان باشد—نوشته شده که پستان دارای تومورهای برجسته است که در لمس سرد است، مرضی است لاعلاج.^۳ دواهای مصری برای پستان‌های بیمار اغلب شامل موادی عجیب و غریب بودند. در یکی از نسخه‌ها توصیه می‌شد

ضمادی از کالامین، مغز گاو و فضله‌ی زنبور بر پستان بیمار، به مدت چهار روز گذاشته شود.^۴ همچنین خواندن دعایی برای خدای «ایسر» پیشنهاد شده بود. از آنجا کهخدایان و الهه‌ها معمولاً مسئول بروز بیماری‌ها و نیز درمان آن‌ها دانسته می‌شدند، چنین دواهای اسرارآمیز بخشی استاندارد از مجموعه-ی پزشکی آن زمان بودند.

طب اروپایی هزار سال بعد در یونان کلاسیک (۴۳۰ تا ۱۳۶ پیش از میلاد) شکل گرفت. در آنجا حرفه‌ی پزشکی از دیدگاهی فلسفی حمایت می‌کرد دائر بر این که طبیعت جسمانی زنان اساساً در درجه‌ای پائین‌تر از طبیعت مردان قرار دارد. هم دانشمندان و هم فیلسوفان با اشاره به وجود پستان، رحم و قاعدگی استدلال می‌کردند که زنان برای انجام وظایف مردانه شایستگی ندارند.^۵ نوشته‌های پزشک مشهور، بقراط (۴۶۰ تا ۳۷۷ پیش از میلاد)، این دیدگاه را تأیید می‌کرد؛ او استدلال می‌کرد که بدن زنان اسفنجی و متخلخل است، در حالی که بدن مردان عضلانی و کامل‌تر است.

نظریه‌ی بقراط که بیشترین تأثیر و ماندگاری را داشت این بود که سلامت انسان وابسته به تعادل کامل چهار خلط بدن است—خون، بلغم، صفرای زرد و صفرای سیاه—که با چهار عنصر جهان—خاک، هوا، آب و

آتش—پیوند داشتند. اگر یکی از این اخلاط زیاد شود، می‌توان با فصد، دادن مسهل، تعریق یا انزال تعادل بدن را بازگرداند. آنچه امروز برای ما حتی کمتر منطقی به نظر می‌رسد، این نظریه بود که این مایعات می‌توانند به یکدیگر تبدیل شوند. لذا خون قاعدگی به نحوی به پستان‌ها می‌رسید و در زمان مناسب به صورت شیر برای نوزاد ظاهر می‌شد. این باور تا قرن هفدهم در متون پزشکی باقی ماند! در همین راستا، بقراط منشأ سرطان پستان را با توقف قاعدگی مرتبط دانست؛ او تصور می‌کرد یائسگی باعث پرخونی پستان‌ها و ایجاد توده‌هایی می‌شود که در نهایت به سرطان‌های پنهان تبدیل می‌گردند. دیدگاه او این بود که تومور پستان تنها در صورتی باید بریده شود که به راحتی حرکت کند؛ در غیر این صورت سرطان پستان لاعلاج بود. در یکی از گزارش‌های کوتاه و خاص خود نوشت: «زنی از **آبدرا** دچار کارسینوم پستان بود و ترشح خونی از نوک پستان داشت. هنگامی که این ترشح متوقف شد، او درگذشت»^۶

طب زنان و مامائی در میان یونانیان موضوعاتی نظری و مبتنی بر حدس و گمان بود؛ نه تنها برای درمانگران بلکه برای فیلسوفان نیز اهمیت داشتند. ارسطو (۳۸۴ تا ۳۲۲ پیش از میلاد)—فیلسوف و طبیعت‌شناس—

پستان و قاعدگی را از نشانه‌های زیستیِ فرودست ماده‌ها در سراسر قلمرو حیوانات می‌دانست. او در کتاب *تاریخ حیوانات* (Historia Animalium) توجه ویژه‌ای به مشکلات شیردهی و روش‌های تشخیص مناسب بودن شیر مادر یا دایه برای مصرف داشت. ارسطو به‌اشتباه باور داشت که شیر غلیظ تولیدشده در روزهای نخست پس از زایمان، برای نوزادان نامناسب است. البته امروز می‌دانیم این شیر که «آغوز» نام دارد، کاملاً مناسب است زیرا پادتن‌های ضروری را از مادر به نوزاد منتقل می‌کند. ارسطو مطالب نادرست دیگری نیز نوشت؛ از جمله این که زنان سبزه شیر سالم‌تری نسبت به زنان دارای پوست روشن دارند، و نوزادان زنانی که شیرشان گرم است زودتر از نوزدان زنانی که شیرشان سرد است، دندان در می‌آورند.

مشهورترین متخصص زنان در دوران باستان، سورانوس اهل افسس (اوایل قرن دوم میلادی)، در مقایسه با بسیاری از اندیشمندان پزشکی زمان خود، نسبت به استفاده از دایه دیدگاهی مثبت‌تر داشت، او هرچند پذیرفت که مادری که فرزندش را شیر می‌دهد ممکن است محبت بیشتری نسبت به او احساس کند، اما فرسودگی ناشی از زایمان و شیردهی‌های پیاپی را نیز در نظر گرفت و توصیه کرد از دایه استفاده شود «تا مادر زودتر از موعد پیر

نشود و خود را با مکیدن روزانه شیرش فرسوده نسازد.» سورانوس برخی خرافات رایج را نیز رد کرد؛ از جمله این باور که دایه‌ای که برای تغذیه‌ی نوزاد پسر استخدام می‌شود باید خود پیش‌تر پسری زائیده باشد. او این افسانه را با این استدلال کنار گذاشت که در مورد دوقلوهای غیرهم‌جنس که از یک پستان شیر می‌خورند، نه پسر زنانه‌تر می‌شود و نه دختر مردانه‌تر. مانند دیگر پزشکان یونانی-رومی، او معیارهای بسیار دقیقی برای انتخاب دایه تعیین کرده بود. دایه باید بین بیست تا چهل سال سن داشته باشد، پیش‌تر مادر دو یا سه فرزند بوده باشد، از نظر جسمی سالم باشد و ترجیحاً درشت‌اندام و سبزه‌رو. پستان‌های او باید اندازه‌ی متوسط، منعطف و بدون چین‌وچروک باشند، با نوک پستان‌هایی که نه خیلی بزرگ باشند و نه خیلی کوچک، نه خیلی فشرده و نه خیلی متخلخل. او باید مهربان، پاکیزه، خوش‌خو و متولد یونان باشد. سورانوس که خود یونانی بود اما در روم طبابت می‌کرد، تعصبی به نفع دایه‌های یونانی داشت که بسیاری از هم‌عصرانش نیز آن را می‌پذیرفتند.

در مورد شیری که دایه‌ی ایده‌آل تولید می‌کرد نیز بررسی‌های سخت‌گیرانه‌ای انجام می‌شد. شیر باید سفید باشد بدون رگه‌های قرمز یا سبز،

بوی خوشایند داشته باشد، دارای مزه‌ی شیرین و غلظتی متوسط باشد. این ویژگی آخر را می‌شد با چکاندن قطره‌ای شیر روی ناخن یا برگ درخت غار (درخت برگ بو) آزمایش کرد و دید که آیا شیر به‌خوبی یک‌جا می‌ماند یا خیلی سریع پراکنده می‌شود.

سورانوس توصیه می‌کرد که رفتار دایه به‌طور دقیق تحت نظارت باشد. او باید به ورزش کردن تشویق شود تا از تولید شیر غلیظ که هضمش سخت است، جلوگیری کند، و تمرین‌های ویژه‌ای برای بازوها و شانه‌ها پیشنهاد می‌شد. این تمرین‌ها می‌توانست شامل پرتاب توپ، کشیدن سطل آب از چاه، آسیاب کردن غلات یا ورزش دادن نان باشد. گفته می‌شد چنین حرکاتی پستان‌ها را فعال کرده و شیر بهتری تولید می‌کنند.

در مورد رژیم غذایی دایه، او باید از خوردن غذاهایی که باعث تلخی شیر می‌شوند پرهیز کند؛ مانند تره، پیاز، سیر و ترب؛ همچنین گوشت‌هایی که سخت هضم هستند مانند گوشت بره و گاو؛ و تمام غذاهای پُرادویه. در عوض، باید نان سفت تهیه شده از گندم تازه، زرده‌ی تخم‌مرغ، مغز حیوانات، کبک، کبوتر، مرغ، ماهی آب‌های شیرین و گاه‌به‌گاه خوک شیرخوار بخورد.

او باید در چهل روز نخست زندگی نوزاد فقط آب بنوشد و پس از آن می‌توانست کمی شراب سفید اضافه کند.

در بهترین شرایط، سورانوس توصیه می‌کرد دو دایه به کار گرفته شوند و در بدترین شرایط، از شیر حیوان—ترجیحاً بز—استفاده شود. اگر دایه بیمار یا شیرش خشک می‌شد، درمان‌های گوناگونی پیشنهاد می‌شد؛ از ماساژ پستان گرفته تا ایجاد استفراغ عمدی. او عاقلانه برخی درمان‌های عجیب‌تر را رد کرد، مانند نوشیدنی‌هایی که با خاکستر جغدها و خفاش‌های سوخته مخلوط می‌شدند.

سورانوس با اقتدار یک پزشک باتجربه، و کسی که برای ماماها و همچنین پزشکان می‌نوشت، راهنمای مفصلی درباره‌ی همه‌ی جنبه‌های شیردهی ارائه می‌دهد. او به دایه دقیقاً می‌گوید چگونه نوزاد را در آغوش بگیرد و چه زمانی باید یا نباید او را شیر دهد. به گفته‌ی او، بد نیست نوزاد پیش از گرفتن پستان، کمی گریه کند. این برای اندام‌های تنفسی‌اش مفید است. اما بد است اگر نوزاد با نوک پستان در دهان به خواب رود. مهم‌تر از همه، نباید شب را در بستر دایه بگذرانند، زیرا ممکن است در خواب دایه روی او بغلتد و خفه شود.

هرچند سورانوس در زمان زندگی‌اش شهرت فراوان داشت، نوشته‌های او پس از مرگش تأثیر چندانی نگذاشت؛ در عوض، این جالینوس اهل پرگامون (۹۹-۱۲۹ میلادی) بود که اقتدارش قرن‌ها بر اندیشه‌ی پزشکی سایه انداخت. همانند افلاطون و ارسطو، جالینوس باور داشت که مردان به کمال نزدیک‌ترند و بدن زن نیازمند سازگاری‌های ویژه برای جبران کاستی‌هایش است. او درباره‌ی پستان‌ها نوشت که جایگاهشان بالای قلب است تا گرما و محافظت بیشتری به آن عضو بدهند. همچنین معتقد بود زنان افسرده بیش از زنان شاد در معرض ابتلا به سرطان پستان هستند—باوری که با برخی گمانه‌زنی‌های روان‌تنی زمان ما بی‌ارتباط نیست، هرچند مطالعات امروزی هیچ ارتباطی میان سرطان پستان و افسردگی نیافته‌اند.^۸

اولین شرح جراحی سرطان پستان را مدیون گردآورنده‌ی بیزانسی، آئتیوس هستیم. آئتیوس تومورهایی را که در انتهای پستان قرار داشتند و کمتر از نصف عضو را درگیر می‌کردند، تنها موارد مناسب برای جراحی می‌دانست. پیش از استفاده از چاقو، به پزشک توصیه می‌شد بدن را سم‌زدایی کند؛ یا از طریق مسهل‌ها یا با تجویز «تریاق»، پادزهری مرکب از مواد عجیب و غریب. باور بر این بود که خرچنگ پخته‌شده در شیر الاغ نیز خاصیت

پاک‌کنندگی دارد. استفاده از خرچنگ بر پایه‌ی این باور بود که ظاهر یک شیء، یا حتی نام آن، نشان‌دهنده‌ی کاربرد درمانی‌اش است. بنابراین «سرطان» (خرچنگ)، «سرطان» (تومور) را درمان می‌کند. کاربرد پزشکی واژه‌ی «سرطان» (karkinos به یونانی) — احتمالاً به این دلیل پدید آمد که خرچنگ یا میگو به عقب حرکت می‌کند و محکم به هر چیزی که تماس می‌گیرد، می‌چسبد، یا صرفاً به این دلیل که بسیاری از تومورهای بدخیم شبیه خرچنگ به نظر می‌رسند.

آنتیوس این شرح جراحی سرطان پستان را از لئونیدس، پزشکی از مکتب اسکندریه در قرن نخست، نقل کرده است.

«بیمار را به پشت می‌خوابانم. سپس برش را در بخش سالم پستان، بالای ناحیه‌ی سرطان، ایجاد می‌کنم و آنجا را می‌سوزانم تا زخم دلمه‌ای [اسکار] ایجاد شود که خونریزی را متوقف کند. سپس برش دیگری می‌زنم و به عمق پستان می‌روم و دوباره بخش‌های مختلف را می‌سوزانم. این کار را بارها تکرار می‌کنم، به‌طور متناوب برش و سوزاندن، برای جلوگیری از خونریزی. به این ترتیب خطر خونریزی از بین می‌رود. هنگامی که قطع عضو کامل شد، دوباره همه‌ی بخش‌ها را می‌سوزانم تا خشک شوند. نخستین

سوزاندن برای جلوگیری از خونریزی انجام می‌شوند، اما بقیه با

هدف ریشه‌کن کردن همه‌ی بقایای بیماری...»^۹

این نوع جراحی سرطان پستان، با استفاده از سوزاندن برای کنترل خونریزی، قرن‌ها به‌عنوان روش استاندارد باقی ماند.

تا قرن هفتم میلادی، مجموعه‌ای قابل توجه از متون پزشکی درباره‌ی پستان، عمدتاً برگرفته از منابع یونانی و رومی، گرد آمده بود. این اطلاعات درباره‌ی شیردهی، دایه‌گری و درمان بیماری‌های پستان تا قرن نوزدهم تقریباً بدون تغییر باقی ماند و در کنار درمان‌های بومی و سنتی ادامه یافت.

در اوایل قرون وسطی، نخستین مدرسه‌ی پزشکی در اروپای مسیحی در سالرنو، در جنوب ایتالیا، تأسیس شد. در اینجا هم پزشکان مرد و هم زن به مامائی و طب زنان و همچنین به طب عمومی می‌پرداختند. یکی از زنان — به نام تروتولا (Trotula) که حدود سال ۱۰۵۰ میلادی زندگی می‌کرد — به نگارش یکی از نخستین کتاب‌های درسی درباره بیماری‌های زنان شهرت دارد؛ کتابی که با عناوین مختلف و به زبان‌های گوناگون در دسترس بود. در یکی از نسخه‌ها، متن انگلیسی میانه‌ی اوایل قرن پانزدهم، نویسنده به زنی دارای تومور در پستان این‌طور توصیه می‌کند: «این بیماری را با یک

دراخم خاک ارمنی، سه اونس روغن گل سرخ، همراه با سرکه و عصاره‌ی مورل از تن خود بیرون کنید... همچنین مدفوع سوخته انسان، زخم‌های سرطانی به ظاهر لاعلاج را درمان می‌کند.» همچنین به نظر می‌رسد همه نوع مدفوع در درمان سرطان پستان سودمند است؛ چه «پشکل بز مخلوط با عسل» و چه «فضله‌ی موش قاطی آب که روی پوست مالیده می‌شود».^{۱۰} چنین توصیه‌هایی نشان می‌دهد که درمان بیماری‌های پستان چندان پیشرفتی نسبت به فضله‌ی زنبور مصریان باستان و خفاش‌های سوخته‌ی یونانیان باستان نداشت.

نسخه‌های دیگر، به زبان لاتین و زبان‌های محلی نیز نقش درمان‌های عامیانه در پزشکی قرون وسطی را نشان می‌دهند. برای نمونه، «پیر دو سراس» (Peyre de Serras) که حدود سال ۱۳۵۰ نزدیک آوینیون زندگی می‌کرد، به زنانی که در زایمان دچار مشکل می‌شدند، یا قاعدگی دشوار داشتند، یا در اثر کیست، آبسه، سرطان یا تغییرات هورمونی ماهانه گرفتار درد پستان بودند، توصیه می‌کرد دم‌کرده‌ای از ریشه‌ی آقطی که به مدت نه روز در سرکه خوابانده شده بود بنوشند. درمان رایج دیگر برای پستان دردناک، گذاشتن ضمادی از خون خوک بود.^{۱۱} ضمادها دست‌کم ناحیه‌ی

آسیب‌دیده را بی‌حرکت می‌کردند و معمولاً اگر علائم کاهش می‌یافتند، موفق تلقی می‌شدند، حتی اگر بیمار در نهایت جان‌ش را از دست می‌داد. با چنین درمان‌هایی که پزشکان توصیه می‌کردند، جای شگفتی نیست که زنان قرون وسطی براساس باورهای خود به درمان‌های مذهبی پناه می‌بردند. دعا در کلیساها در برابر مریم مقدس و قدیسان محافظ یا زیر تصاویر آویخته بالای تختشان دست‌کم زیانی نداشت. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، داستان‌های فراوان از درمان‌های معجزه‌آسای کشیشان و قدیسان نشان می‌دهد که باورهای مذهبی تا چه اندازه با شیوه‌های پزشکی درهم‌تنیده بودند.

در قرن سیزدهم، جراحان ایتالیایی «برونو دا لونگوبورگو» (Bruno da Longoburgo)، «تئودوریک بورگونیونه» (Theodoric Borgognone) و «گوگیلمو دا سالیستو» (Guglielmo da Saliceto) رساله‌های پزشکی نوشتند که همه‌ی دانسته‌های آن زمان درباره‌ی سرطان پستان را دربر داشت. گوگیلمو دریافت که درمان‌هایی شامل رژیم غذایی و دواهای موضعی عموماً بی‌فایده‌اند و سرطان پستان جز با جراحی واقعاً درمان نمی‌شود. این کار با بریدن تمام بخش آسیب‌دیده با «چاقویی بسیار تیز» انجام می‌شد و

سپس با آهن گداخته سوزانده می‌شد و در ادامه دواهای آرام‌بخش به بیمار می‌دادند.^{۱۲} کتاب *Cyrurgia* تئودوریک شامل تصویری از معاینه‌ی پستان است: پزشکی پستان زنی نشسته بر صندلی را معاینه می‌کند؛ و در تصویری دیگر به زنی آموزش می‌دهند که چگونه پستان‌های خود را از نظر آبسه معاینه کند.^{۱۳} با توجه به تأکید فراوان امروز بر معاینه‌ی پستان، این تصاویر بسیار جلوتر از زمانه خود به نظر می‌رسند.

مهم‌ترین جراح فرانسوی این دوره، «آنری دو موندویل» (Henri de Mondeville) (۱۲۶۰-۱۳۲۰)، نیز نظر خود درباره‌ی پستان‌ها را بیان کرده است. او که جراح پادشاه فرانسه، فیلیپ لوبل (Philippe le Bel)، و استاد جراحی در مون‌پلیه و پاریس بود، باور داشت که باید تنها زمانی بر روی سرطان پستان جراحی انجام داد که آن توده کاملاً قابل ریشه‌کن کردن باشد؛ در غیر این صورت، مداخله فقط اوضاع را بدتر می‌کند. او در تجربیات خود دیده بود که بریدن یک تومور معمولاً زخمی غیرقابل بهبود ایجاد می‌کند، هرچند دلیل آن را نمی‌دانست. هنوز هیچکس نمی‌دانست که با این جراحی‌ها سرطان می‌تواند گسترش یابد و به بیماری سیستمیک تبدیل شود.

دو موندویل همچنین بر گفته‌ی جالینوس درباره‌ی محل قرار گرفتن پستان‌ها توضیحاتی اضافه کرده بود: «دلایل اینکه پستان‌های زنان بر روی سینه قرار دارند، در حالی که در بسیاری از حیوانات در جای دیگری هستند، سه دسته است. نخست، قفسه سینه جایگاهی است ممتاز، ارجمند و منزّه. و بنابراین می‌توان آن‌ها را عفیفانه در منظر دید قرار داد. دوم، پستان‌ها با گرمای قلب گرم می‌شوند و گرمای خود را به آن بازمی‌گردانند، بدین ترتیب قلب خود را تقویت می‌کند. سومین دلیل تنها به پستان‌های بزرگ مربوط می‌شود که با پوشاندن سینه، معده را گرم می‌کنند، آن را می‌پوشانند، و باعث تقویت آن می‌شوند.»^{۱۴} آنچه دو موندویل در دانش کالبدشناسی کم داشت، با زبان پرزرق و برق و ستایشگرانه جبران می‌کرد.

توصیف‌های پزشکی از بدن انسان اغلب بر شواهد بسیار بی‌پایه، گاهی حتی بدون هیچ شاهدی، استوار بودند. چنین بود دیدگاه دیرپایی که از زمان بقراط باقی مانده بود و شیر مادر را شکلی از خون قاعدگی می‌دانست. تاریخ‌نگار «توماس لاکوئر» (Thomas Laqueur) این «شاعرانگی شیر و خون» را بخشی از معرفت‌شناسی پزشکی می‌بیند که بیش از مشاهده‌ی واقعی، بر خرد بالینی و باورهای عامیانه تکیه داشت.^{۱۵} در دوره‌ی رنسانس،

هنرمندان کالبدشناسی حتی تا آنجا پیش رفتند که ارتباطی میان رگ‌های رحم و پستان‌های زن ترسیم کردند، همانند نقاشی مشهور لئوناردو داوینچی.^{۱۶}

تا زمانی که «آندریاس وزالیوس» (Andreas Vesalius) (۱۵۱۴-۱۵۶۴) کار خود را آغاز نکرد، مطالعه‌ی کالبدشناسی به یک علم واقعی تبدیل نشد. او با کالبدشکافی اجساد در پادوآ، همان‌جایی که استاد جراحی بود، توانست درک تازه‌ای از کارکردهای بدن انسان ارائه دهد. با این حال، رساله‌ی انقلابی او درباره کالبدشناسی که نخستین بار در ۱۵۴۳ منتشر شد، همچنان تحت تاثیر اندیشه‌های ارسطویی و بقراطی درباره‌ی زنان قرار داشت. برای نمونه، او باور داشت موادی که جنین از آن ساخته می‌شود «منی تناسلی» و «خون قاعدگی» هستند. شیر مادر همچنان اسرارآمیز بود که به نحوی رازآلود از خون، هنگام رسیدن به پستان‌ها، دگرگون می‌شد. توجه‌ی وزالیوس به پستان بیشتر بر ارتباط آن با نیازهای نوزاد متمرکز بود، چنان‌که در این توصیف آشکار است:

«هنگامی که جنین پا به عرصه روشنائی می‌گذارد، بی‌آنکه کسی به او بیاموزد، شیر را از پستان‌ها به عنوان غذای خود می‌مکد. پستان‌ها در ناحیه‌ی

سینه قرار دارند و دارای نوک پستان هستند؛ آن‌ها از ساختاری غده‌ای تشکیل شده‌اند که به واسطه‌ی نیرویی ذاتی، خون رسانده‌شده توسط سیاهرگ‌ها را به شیر تبدیل می‌کن.^{۱۷}

سایر پزشکان عصر رنسانس همه‌ی جنبه‌های شیردهی را در نوشته‌های خود مورد بررسی قرار داده‌اند؛ متونی که بی‌تردید بیشتر توسط پزشکان دیگر خوانده می‌شد تا زنان، زیرا بسیاری از این آثار به زبان لاتین نوشته شده بودند. حتی آن‌هایی که به زبان محلی نوشته می‌شدند، خوانندگانشان عمدتاً انسان‌گرایان و متخصصان دیگر بودند، چرا که جمعیت باسواد بسیار اندک بود و نسبت زنان با سواد حتی کمتر از مردان بود.

مشهورترین چهره‌ی پزشکی فرانسه در قرن شانزدهم، «امبروز پاره» (Ambroise Pare) (۱۵۱۰-۱۵۹۰)، مطالب بسیار زیادی در باره‌ی شیردهی نوشت. او که تحت تأثیر پیشینیان یونانی-رومی خود بود، تمرکز زیادی بر موضوع شیردادن به نوزاد داشت. در یکی از فصل‌ها با عنوان «درباره‌ی پستان‌ها و سینه‌ی دایه»، او بیان می‌کند: «دایه باید سینه‌ای بزرگ و پستان‌هایی نسبتاً بزرگ داشته باشد که شل و آویزان نباشند، بلکه حالتی میان سخت و نرم داشته باشند.» این «سفتی متوسط» نشانه‌ی شیر خوب بود

که هنگام مکیدن نوزاد به راحتی جریان می یافت. اما پستان سفت، شیری بیش از حد غلیظ داشت و نوزاد، «چون آن را خیلی سفت می یابد، عصبانی می شود و نمی خواهد بمکد.» به گفته ی پاره، چنین پستانی همچنین این عیب را داشت که باعث می شد نوزاد بینی پهن و کوتاه پیدا کند!

آثار «امروز پاره» پر از فرضیات مشکوک بود. او معتقد بود دایه های مو مشکلی بهتر از دایه های مو روشن هستند و بالاتر از همه هشدار می داد که هرگز نباید دایه ی مو قرمز استخدام کرد. اگر آخرین فرزند دایه پسر بود، او مزیت ویژه ای داشت: خونس «کمتر آلوده به مواد زائد» و شیرش بهتر خواهد بود، زیرا «فرزند پسر در شکم مادر با گرمای طبیعی خود او را بیش از دختر گرم می کند.» با وجود چنین تعصبات بی اساس در مورد دایه های مو تیره و فرزند پسر، پاره در موضوع شیردهی توصیه های عملی مفید و مقدار زیادی عقل سلیم نیز ارائه داد.

او به حالت فرسودگی بسیاری از زنان پس از زایمان توجه ویژه نشان می داد و به سلامت مادر، همان قدر اهمیت می داد که به سلامت نوزادش. برای مادری که تصمیم می گرفت خود به فرزندش شیر ندهد، او فصل مفصلی را به روش های خشک کردن پستان اختصاص داد. این روش ها

شامل ماساژ، ضمادها، لوسیون‌ها، بادکش روی ران‌ها و شکم، و حتی مکیدن توسط یک فرد بزرگسال یا سگ‌های کوچولو بود! و اگر مادر چنین کمک‌هائی در اختیار نداشت، پاره توصیه می‌کرد از یک بادکش شیشه‌ای استفاده کند که باید آن را روی نوک پستان قرار دهد و از سوی دیگر با دهان خود مکش ایجاد کند.

پاره مانند سایر پزشکان اخلاق‌مدار زمان خود، دلایلی داشت که باور کند شیردهی مادر برای سلامت نوزاد بهتر از دایه‌گری است. در نیمه‌ی دوم قرن شانزدهم، معلوم شده بود که نرخ مرگ‌ومیر نوزادانی که به دایه سپرده می‌شدند بسیار بالا است. یکی از دلایل این میزان بالا شاید این بود که دایه‌ها، که ماه‌ها و حتی سال‌ها شیر داده بودند، فاقد «شیر نخستین» (آغوز) بودند؛ شیری که پادتن‌های مادر را به نوزاد منتقل می‌کند. نوزادان زنان فقیر که از روز تولد توسط مادرانشان شیر داده می‌شدند، احتمالاً نرخ مرگ‌ومیر نوزادی پایین‌تری داشتند. یکی از نخستین ناظران این پدیده، پزشک ولزی «جان جونز» (John Jones)، در سال ۱۵۷۹ به «وضعیت نسبتاً نیرومند نوزادان مادران فقیر» اشاره کرد.^{۱۹} حتی اگر مادری از طبقه بالا تصمیم به شیردهی می‌گرفت، در روزهای نخست زندگی نوزاد این کار را نمی‌کرد،

زیرا به اشتباه و به پیروی از ارسطو و دیگران باور داشتند که «شیر نخستین» برای نوزاد مضر است.

در حالی که پزشکان عصر رنسانس در حال تدارک مجموعه‌ای تازه از متون مربوط به مامائی بودند، مراقبت واقعی از بیشتر مادران در دوران بارداری، زایمان و شیردهی در حوزه‌ی فعالیت ماماها قرار داشت. بیشتر ماماها توسط سایر ماماها آموزش می‌دیدند، بی‌آن‌که از آموزش‌های نهادی یا نظارت شهری بهره‌مند باشند. با این حال، در پاریس تا اواخر قرن شانزدهم، حرفه‌ی مامایی به‌طور دقیق تحت کنترل مقامات شهری، پزشکی و مذهبی بود. فهرست رسمی ماماها در سال ۱۶۰۱ شامل شصت نام بود که بر اساس ارشدیت طبقه‌بندی شده بودند، و در میان آن‌ها نام «بانو لوئیز بورژوا» (Madame Louyse Bourgeoys) نیز دیده می‌شد.

«لوئیز بورژوا» همان مامایی شناخته می‌شود که پادشاه فرانسه، لوئی سیزدهم، و پنج فرزند دیگر «ماری دِ مدیسی» و «هانری چهارم» را به دنیا آورد. او همچنین به‌خاطر انتشار نخستین کتاب مامائی به زبان فرانسوی که توسط یک ماما نوشته شده بود (در سال ۱۶۰۹)، شهرت دارد. بورژوا بسیاری از مطالبی را که پیش‌تر در آثار «امبروز پاره» (که شوهر جراحش نزد او

درس خوانده بود) آمده بود، تکرار می‌کند، اما در باره مراقبت از زنان، تجربه‌ی شخصی و صدای متمایز خود را نیز به نوشته‌هایش می‌افزاید— صدایی که بیشتر به آشپزخانه شباهت دارد تا اتاق معاینه پزشکی. برای نمونه، یکی از نسخه‌های او برای خشک کردن شیر مادر، مرهمی بود ساخته‌شده از موم زنبور عسل، خود عسل، یک اونس روغن گل سرخ، یک اونس کره‌ی تازه و عصاره‌ی مریم‌گلی و جعفری فرنگی، که باید روی پارچه‌ی کنفی نازک مالیده و بر روی پستان‌ها گذاشته می‌شد، اول باید روی پستان‌ها روغن گل سرخ و سرکه مالیده شده باشد، و همه‌ی این‌ها باید با پارچه‌های داغ پوشانده می‌شد و به مدت هشت روز باقی می‌ماند.

برای مادران شیردهی که به هر دلیلی (ترس، خشم، بیماری، غذای نامناسب یا افسردگی) شیرشان خشک می‌شد و می‌خواستند آن را بازگردانند، او سوپی از رازیانه، کاسنی، ترشک و کاهو توصیه می‌کرد که باید صبح و شب خورده شود. زنانی که پستان متورم یا تومور داشتند، چنین راهنمایی دریافت می‌کردند: «نیم پوند پیه را آب کنید، مقدار کمی موم تازه، دو اونس قیر [قطران]، و از همه‌ی این‌ها مرهمی بسازید که پس از شکافتن پستان، آن را بر روی آن بمالید.»^{۲۰} سبک خانگی و ساده‌ی بورژوا احتمالاً دلیل محبوبیت

او در میان نسل‌های ماماها، مادران و دایه‌هایی بود که توانایی مطالعه‌ی رساله‌های رسمی و پیچیده‌ی پزشکی را نداشتند.

توصیه‌های او درباره‌ی انتخاب دایه، که عاری از لحن اخلاقی بسیاری از نویسندگان مرد بود، نشان می‌دهد این عمل به‌طور فزاینده در میان بورژوازی و همچنین اشراف پذیرفته می‌شد. البته هشدارهای قدیمی همچنان باید در نظر گرفته می‌شد: بررسی دندان‌ها، رنگ مو، پیشینه‌ی پزشکی و به‌ویژه شخصیت دایه (آن‌هایی که خوئی عاشقانه داشتند باید جداً کنار گذاشته می‌شدند). با توجه به اینکه نوزاد نه ماه در رحم مادر و دو سال بر پستان‌های دایه می‌ماند، برای بورژوا تعجب‌آور نبود که برخی کودکان گرایش‌های بیشتری از دایه‌ی خود می‌گیرند تا از مادرشان. در قرن هفدهم، دایه‌گری—همانند مامایی—به حرفه‌ای قانونمندتر تبدیل شد؛ حرفه‌ای که به زنان فرصت می‌داد دستمزدی مناسب به‌دست آورند و گاه در سلسله‌مراتب اجتماعی جایگاهی بالاتر کسب کنند (شکل ۸۲). ماما و دایه بخشی از شبکه‌ی زنان درمانگر بودند که تازه شروع با چالش و مخالفت پزشکان مرد روبرو شده بودند.



شکل ۸۲- لوئی ۱۴ - نوزادی شیرخوار و دایه اش. نقاش ناشناس
در خانواده دربار فرانسه، دایه‌ها طبق استانداردهائی که رساله‌های پزشکی ذکر شده
بود، با دقت انتخاب می‌کردند.

هم پزشکان و هم درمانگران زن همچنان بیماری‌ها را بر خط و خطوط
نظریه‌ی اخلاط درک می‌کردند. کارشان همان تکرار دیدگاه‌های بقراط و

جالینوس بود، و داروهای قی آور، فصد و برخی غذاها را تجویز می کردند که گمان می کردند می توانند تعادل بدن را بازگردانند. در مورد پستان، باور داشتند که سرطان ناشی از جریان کُند خلطی غلیظ است و درجه‌ی بدخیمی آن توسط همان خلط تعیین می شود. در درمان سرطان پستان، معمولاً رویکردی محافظه کارانه داشتند و مگر در موارد زخم شدگی، رژیم های تقویتی و مرهم های موضعی را به جای ماستکتومی ترجیح می دادند.

برجسته ترین جراح آلمانی این دوره، «ویلهلم فابری» (Wilhelm Fabry) (۱۵۶۰-۱۶۳۴)، باور داشت که سرطان پستان با یک قطره شیر که در درون پستان لخته و سخت می شود آغاز می گردد. او به خاطر برداشتن تومورهای پستان، از جمله توده های زیر بغل، معروف شد. او یکی از موارد خود را این گونه توصیف کرد:

«پس از پنج سال (اگر درست به یاد داشته باشم) تحمل چنین رنجی، هنگامی که تورم سفت سرطانی به وخیم ترین مرحله ی خود رسیده بود، نزد من آمد. در پستان راست، سرطانی پنهان یافتم، بسیار بزرگ تر از یک مشت، سفت و رنگ پریده. در زیر بغل نیز سه توده ی سفت پنهان وجود داشت که یکی از آنها به اندازه ی یک تخم مرغ بود... پس از آن که بدن او به خوبی

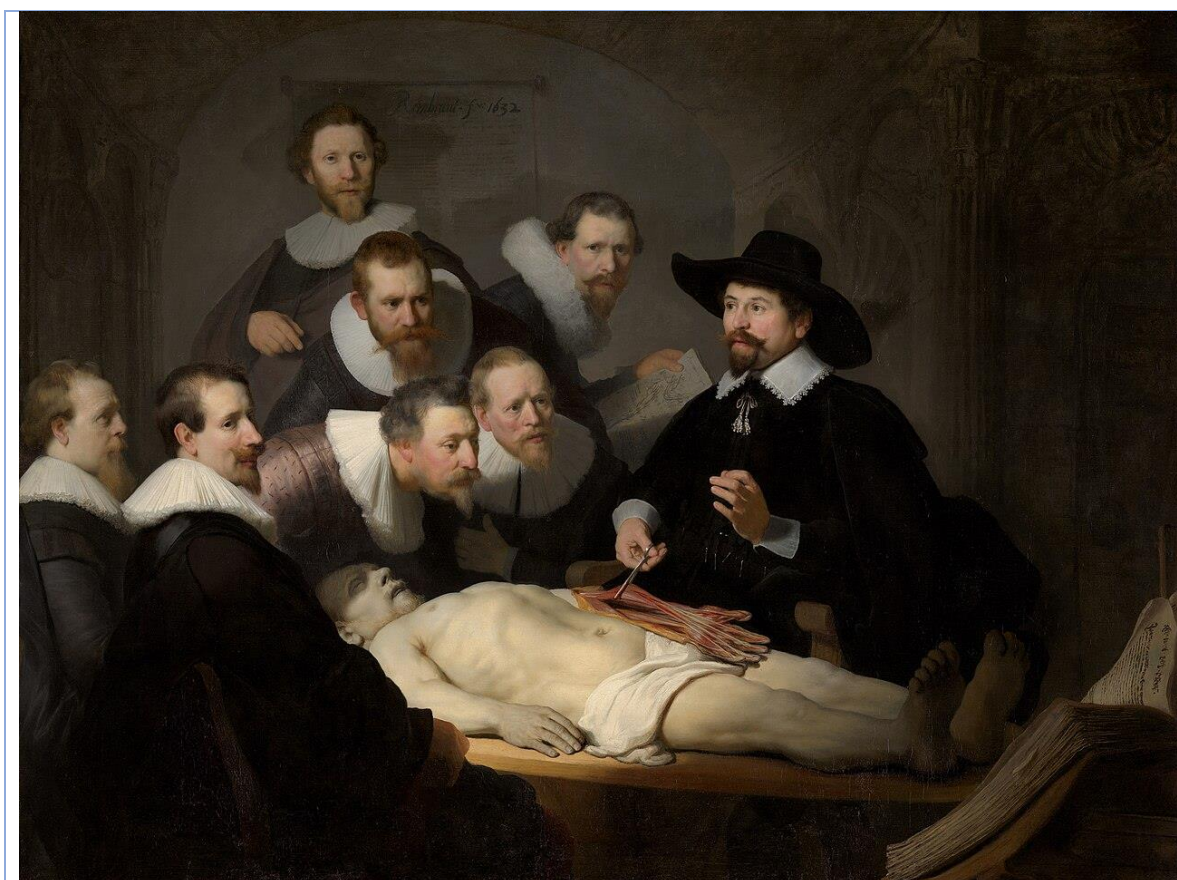
آماده شد، با رژیم مناسب غذا و نوشیدنی، و همچنین با دادن مسهل برای پاک‌سازی و فصد، همه‌ی این توده‌های سفت را با جراحی برداشتم و او دوباره بهبود یافت.»^{۲۱}

اگر نتایج به اندازه‌ای موفقیت‌آمیز بود که فابری ادعا می‌کند، بخشی از آن به این دلیل بود که روش او نه فقط برداشتن تومور بلکه خارج کردن هر ذره‌ای از غشاهای اطراف آن نیز بود. او می‌دانست اگر حتی بخش کوچکی از تومور یا بافت اطراف باقی بماند، سرطان «دوباره شعله‌ور می‌شود و بدتر از قبل می‌گردد.»

یکی دیگر از جراحان مشهور آلمانی، «یوهانس شولتتوس» (Johannes Schultetus) (۱۵۹۵-۱۶۴۵)، تصاویر مراحل متوالی ماستکتومی را در کتاب خود به نام *Armamentarium Chirurgicum* قرارداد (این کتاب در سال ۱۶۵۳ پس از وفات وی منتشر شد). ترجمه‌های این اثر به زبان‌های آلمانی، فرانسوی و انگلیسی، و استفاده از تصاویر او در دیگر کتاب‌های جراحی، دلیل نفوذ گسترده‌ی آن در قرون بعدی بود.^{۲۲}

با کشف گردش خون توسط «ویلیام هاروی» در سال ۱۶۲۸ و کشف دستگاه لنفاوی که توسط «توماس بارتولین» اهل کپنهاگ در سال ۱۶۵۲ با

عنوان *vasa lymphatica* معرفی شد، علم وارد مرحله‌ی گذار خود شد؛ مرحله‌ای میان ترک تدریجی آسیب‌شناسی اخلاطی و پذیرش آسیب‌شناسی سلولی در قرن نوزدهم. در طول دویست سال بعد، پزشکی و طبابت عامیانه، خرافه و علم، تعصبات بی‌پایه و مشاهدات تجربی، ناخواسته در کنار هم وجود داشتند—همان‌طور که هنوز، اگرچه کمتر عیان است، در زمان ما هم ادامه دارند.



نیکولاس تولپ در نقاشی مشهور رامبرانت درس کالبدشناسی

برخی پزشکان باور داشتند که سرطان مسری است، به‌ویژه آن نوعی که باعث زخم می‌شود. پزشک و کالبدشناس آمستردامی «نیکولاس تولپ» (۱۵۹۳-۱۶۷۴)—که نسل‌های بعدی او را از طریق نقاشی مشهور رامبرانت *درس کالبدشناسی* می‌شناسند—به موردی از بیمار مبتلا به سرطان پستان باز اشاره کرد که گفته می‌شد آن را به خدمتکار خود منتقل کرده است.^{۲۳} باور به مسری بودن سرطان تا قرن نوزدهم ادامه یافت و حتی امروز نیز بستگان و دوستان بیماران سرطانی گاه این ترس بی‌پایه‌ی علمی را در دل دارند.

از نظر پزشکانی که برای درمان سرطان پستان مورد مشورت قرار می‌گرفتند، جراحی معمولاً آخرین راه‌حل به شمار می‌آمد. چنین بود در سال ۱۶۶۳، هنگامی که «آن اتریش»، مادر پادشاه فرانسه لوئی چهاردهم، توده‌ی کوچکی در پستان چپ خود یافت. این توده با فصد، داروهای قی‌آور، تنقیه، کمپرس‌ها، مرهم‌ها و بعدها، پس از زخم‌شدن، با بلادونا و آهک سوخته درمان شد. گروهی از پزشکان فرانسوی و خارجی، درمانگران و حتی شارلاتان‌ها، ملکه را معاینه کردند و انواع و اقسام درمانی را پیشنهاد دادند. «گی پاتن»، رئیس پیشین دانشکده‌ی پزشکی پاریس، در مجموعه‌ای از نامه‌ها

با ناامیدی نوشت: «سرطان درمان درمان پذیر نیست، و هرگز درمان نخواهد شد؛ اما جهان می خواهد خود را فریب بدهد.» (۲۲ مه ۱۶۶۵).

تا اوت ۱۶۶۵، آن اتریش چنان ضعیف شده بود که دوبار اعلام شد درحال مرگ است.. در این زمان، خود را به دست پزشکی از لورن سپرد که درمان ویژه اش خمیر آرسنیک بود؛ اثر آن نابود کردن بافت گرفتار سرطان بود؛ سپس این بافت مرده به تدریج بریده و جدا می شد. او از اوت ۱۶۶۵ تا ژانویه ۱۶۶۶ تحت این عمل ها را قرار داشت، بی آنکه نشانه‌ی چندانی از بهبودی نشان دهد. سرانجام، جراح «اورشوت»، «آرنولدوس فی»، برای عمل جراحی فراخوانده شد. چون وضعیت آشکارا فراتر از درمان بود، او در سندی قانونی اعلام کرد نمی توان او را مسئول نتایج دانست. ملکه درد طاقت فرسای عملی را که فی بر او انجام داد تحمل کرد و در ژانویه ۱۶۶۶، در شصت و پنجمین سال زندگی اش، درگذشت.^{۲۴}

افتخار انجام نخستین جراحی موفقیت آمیز سرطان پستان در فرانسه به «آدریان هلووتیوس» (۱۶۶۱-۱۷۴۱)، پزشک هلندی مقیم پاریس، نسبت داده می شود. مقاله او در سال ۱۶۹۷ با عنوان «گفتاری درباره‌ی ماهیت و درمان

سرطان» اساساً بر درمان زنی تکیه داشت که تحت نوعی عمل جراحی قرار گرفت که امروز آن را «لومپکتومی» (برداشتن توده‌ی پستان) می‌نامیم.^{۲۵}

«مارگريت پريپوينت»، ۶۶ ساله، متولد انگلستان، حدود ۱۲۰ كيلومتر دورتر از لندن، در آوريل ۱۶۹۰ متوجه شد به سرطان پستان مبتلا شده است. او هنگام عبور از كانال مانش، در پستان راست خود احساس درد كرد و توده‌ای كوچك و سفت به اندازه‌ی يك گردو لمس نمود. به محض رسيدن به پاریس، نزد هلووتیوس رفت. و به او گفت که پستانش چند ماه پیش به کلیدی که از در بیرون زده بود برخورد کرده است. هلووتیوس او را نزد دو جراح فرستاد و توضیح داد که تنها درمان، عمل جراحی طبق دستور اوست. اما چون زن بیش از حد ترسیده بود، به درمان‌های دیگر روی آورد—ضمادها و مرهم‌ها—که همه بی‌فایده بودند. شش ماه بعد، تومور به اندازه‌ی یک مشت رشد کرده و درد او به همان نسبت افزایش یافته بود.

او با ترس از اینکه سرطان به صورت زخمی باز درآید، دوباره نزد «هلووتیوس» رفت که تشخیص داد هنوز امکان جراحی وجود دارد. به گفته‌ی او: «من به بیمار کمک کردم تا تصمیم بگیرد رنج بریدن آن را تحمل کند.» عمل جراحی، توسط دو جراح انجام شد که هلووتیوس انتخاب

کرده بود. این عمل در حضور بیش از بیست عضو برجسته‌ی جامعه‌ی پزشکی، شخصیت‌های مهم و دانشمندانی انجام شد که «از روی کنجکاوی برای مشاهده‌ی کاری که تا آن زمان در فرانسه ناشناخته بود» آمده بودند. همه انتظار بدترین را داشتند: «نمایشی از بی‌رحمی، عملی طولانی و دردناک، همراه با فریادهای جانکاه، خونریزی شدید بیمار و قرار گرفتن او در معرض خطر مرگ.» اما عمل جراحی «بدون درد زیاد، بدون فریاد، بدون نشانه‌ای از ضعف، بدون کوچک‌ترین خطر، بدون ریختن بیش از دو پالت خون، با آسانی، سرعت و مهارت» انجام شد. همه‌ی حاضران توده‌ی عظیمی را که برداشته شده بود و «همچون شاخ سخت» شده بود، به عینه دیدند و همگی با هلووتیوس موافق بودند که «بریدن کامل تنها درمان ممکن بوده است.» هلووتیوس با افتخار چند سال بعد گزارش داد: «از آن زمان، بیمار کاملاً بهبود یافته است. دردش کاملاً از بین رفته، جای زخم به‌طور کامل التیام یافته و او از وضعیتی از سلامت برخوردار است همانند زمانی که پیش از سرطان داشت.»

هلووتیوس میان «قطع عضو» (آمپوتاسیون)، که زمانی لازم می‌بود که سرطان سراسر پستان را فرا گرفته باشد، و «برداشتن توده» (لومپکتومی)،

هنگامی که سرطان تنها به صورت یک «غده» بود، تفاوت قائل شد. در حالت دوم، کافی بود تنها بافت گرفتار سرطان برداشته شود، بدون آن که کل پستان قطع گردد. هلووتیوس به خوانندگان خود اطمینان می داد: «هر یک از این دو عمل آسان است.» او همچنین به اختراع نوعی ابزار آهنی، موسوم به «لا تنته هلووتیوس» (La tenette Helvetius) انبرک هلووتیوس)، افتخار می کرد که برای بیرون کشیدن تومور از پستان پس از باز کردن آن با تیغ و چاقوی جراحی به کار می رفت.

خودِ عمل جراحی آشکارا ماهیتی نمایشی داشت که در برابر جمعی برگزیده اجرا می شد. هلووتیوس به ویژه به حضور اسقف «پرپینیان» اشاره کرد که به عنوان «شاهد» در آن رویداد حضور داشت، و به «تشویق عمومی» که در پایان این نمایش نثار جراحان شد.

برای تأیید درستی روشی که او طراحی کرده بود، هلووتیوس به دو مورد عمل جراحی دیگر سرطان پستان که در فرانسه توسط جراح «لو دران» انجام شده بود، و همچنین به شمار زیادی ماستکتومی که در هلند صورت گرفته بود اشاره کرد. او در جای دیگری به خود می بالید که پدرش در **لا هه** بیش از دو هزار سرطان پستان را بیرون کشیده است. اما در این رساله‌ی

خاص، او خود را به عنوان بازیگر اصلی فصل تازه‌ای از تاریخ پزشکی معرفی کرد. ویژگی نوشته‌های پزشکی در آن زمان این بود که به وضعیت ذهنی و عاطفی بیماران کمتر توجه می‌شد. از دیدگاه عصر ما، دوست داشتیم درباره‌ی زنانی که در رساله نام برده شده‌اند آگاهی‌های بیشتری می‌داشتیم — خانم «مارگريت پرپوآنت»، دوشیزه «دو کورسل»، و «زنی از پواتیه، همسر یک خیاط» — سه قهرمان شجاع در نخستین پرده‌های درام جراحی سرطان پستان.

اگرچه پزشکان از دوران باستان درباره‌ی ماستکتومی چیزهایی نوشته بودند، لیکن خودِ عمل همیشه توسط «جراح» انجام می‌شد — یعنی توسط کسی که تخصصش تنها در کار با چاقو خلاصه می‌شد. پزشکان به جراحان با دیده‌ی تحقیر می‌نگریستند، و خودِ جراحان نیز سلسله‌مراتب خاصی داشتند که در پایین‌ترین مرتبه‌ی آن «سلمانی‌های جراح» قرار می‌گرفت.

ارتباط میان سلمانی‌های جراح و پزشکان را می‌توان در ماجرای زنی روستایی دید که داستانش توسط پزشک آلمانی «یوهان اشتورخ» در کتاب پرحجمش با عنوان «بیماری‌های زنان» ثبت شده است. این زن در مارس ۱۷۳۷ به خانه‌ی اشتورخ آمد و از او خواست تا پستان چپش را معاینه کند.

او می‌خواست بداند با توده‌ای که درون آن رشد کرده و به اندازه‌ی «تخم مرغ کوچک» رسیده بود چه باید کرد. اشتورخ توصیه کرد که پس از عادت ماهانه‌ی بعدی بازگردد و در حضور او عمل برداشت انجام شود. بار دیگر، زن همراه با یک سلمانی جراح از محله‌اش آمد که می‌خواست بداند چگونه باید این عمل را انجام دهد. در نهایت، زن رضایت داد در خانه‌ی خودش همان مرد سلمانی توده را بیرون بیاورد تا «هزینه‌ها کاهش یابد». آشکار است که اشتورخ، که پزشک بود، به‌عنوان مرجع علمی مورد مشورت قرار گرفته بود، اما کار سخت و ناخوشایند را سلمانی جراح کم‌سوادتر و کم‌دستمزدتر انجام داد.^{۲۶}

این زن روستایی آشکارا بیش از بسیاری از سایر بیماران اشتورخ، تمایل داشت مورد معاینه قرار بگیرد. در میان بیماران دیگر، دختر بیست‌ساله‌ی خجالتی «خودش را مجبور کرد» تا سینه‌ی دردناک چپش را به او نشان دهد، و بانوی درباری با «شرم فراوان» سینه‌اش را برهنه کرد، با وجود آنکه سه سال تمام در آنجا درد احساس کرده بود. به نظر می‌رسد همه‌ی این زنان چیزی را تجربه کرده‌اند که تاریخ‌نگار پزشکی «باربارا دودن» آن را «تابوی مخالف لمس و نشان دادن» نامیده است.^{۲۷} معمولاً زن در برابر

پزشک، در حالی که کاملاً پوشیده بود، نشانه‌های بیماری خود را برای او شرح می‌داد؛ چه این دیدار در اتاق معاینه‌ی پزشک صورت می‌گرفت و چه در اتاق خواب خودش». (شکل ۸۳)



شکل ۸۳- جان استین. دکتر و بیمار. قرن هفدهم.
زن کاملاً پوشیده روبه‌روی پزشکش پشت میز نشسته است. در حالی که به پستان خود اشاره می‌کند، دکتر نگاهش را بر یادداشت‌های فراوانش متمرکز کرده است. برای پزشک ناپسند و ناشایست بود که واقعاً بیمار زن خود را لمس کند.

از آنجا که بیشتر بیماران مراجعه به پزشک را تا حد امکان به تاخیر می‌انداختند، لاجرم در زمان مراجعه، بیماری در مراحل پیشرفته خود بود، و قربانیان سرطان پستان به ندرت مدت زیادی پس از عمل زنده می‌ماندند. البته تشخیص زودهنگام نیز در آن روزگار پیش از کشف امکانات ضد عفونی، چندان نتیجه‌ی بهتری به بار نمی‌آورد، زیرا بیماران غالباً بر اثر عفونت موضعی و خونی ناشی از خودِ جراحی جان می‌باختند! نمونه‌ی نویسنده‌ی انگلیسی «مری آستل» (Mary Astell) احتمالاً نمایانگر سرنوشتی است که در آن زمان می‌شد در مبتلایان به سرطان پستان انتظار داشت.^{۲۸}

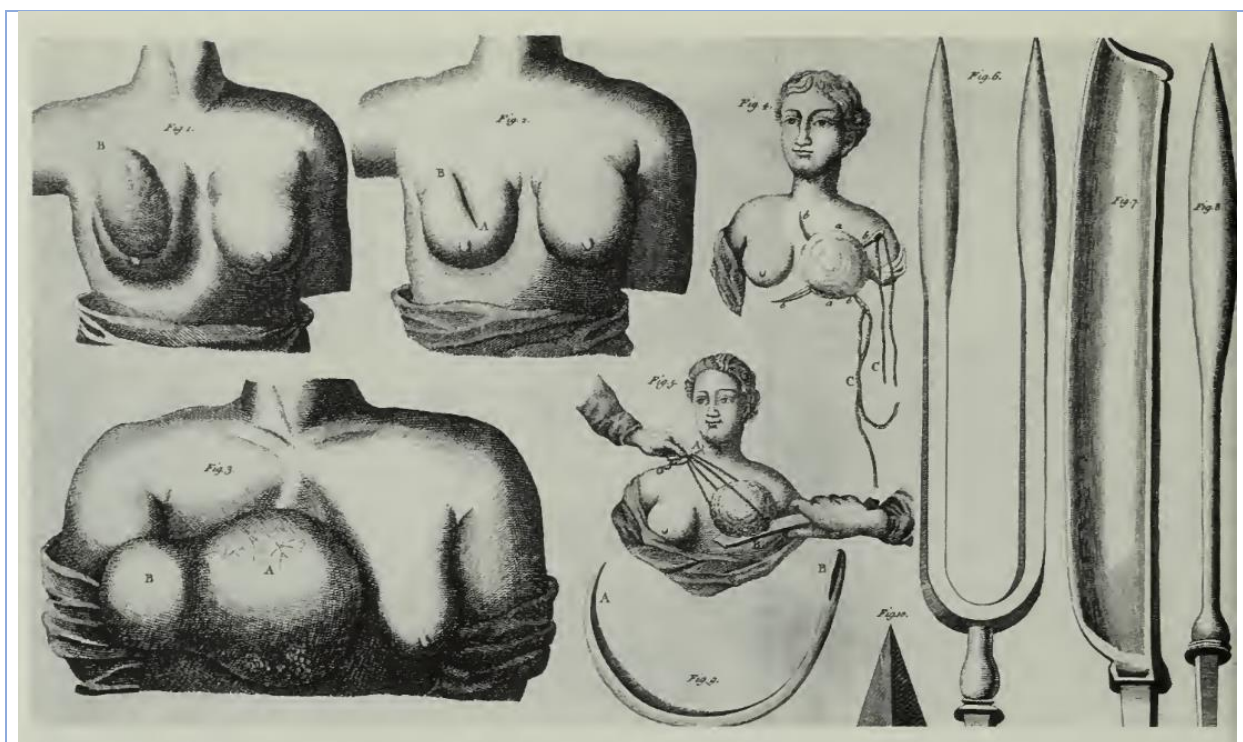
استل در سال ۱۷۳۱، هنگامی که شصت و سه سال داشت، تومور خود را کشف کرد. او صبر کرد تا زمانی که تومور بسیار بزرگ و زخمی شد، سپس به سراغ جراح مشهور اسکاتلندی «دکتر جانسون» رفت و از او خواست تا سینه‌اش را تا حد امکان به شکلی محرمانه و دور از نگاه دیگران بردارد. بنا بر یکی از روایت‌های اولیه‌ی زندگی او، وی ماستکتومی را «بی‌آنکه کوچک‌ترین مقاومت یا تقلا یا حتی ناله و آهی نشان دهد» پشت سر گذاشت.^{۲۹} اما شجاعتش سود چندانی نداشت؛ در کمتر از دو ماه، بر اثر

بیماری‌ای که بیش از حد پیشرفته بود و با مداخله‌ی جراحی قابل مهار نبود، درگذشت.

در قرن‌های هفدهم و هجدهم، سرطان پستان هنوز بر اساس دیدگاه‌های جالینوسی به‌عنوان سکون یا لخته‌شدن یکی از اخلاط بدن درک می‌شد. از این رو، غالباً با رژیم‌های غذایی برای بازگرداندن گردش درست اخلاط درمان می‌شد؛ این رژیم‌ها شامل آب معدنی، شیر، و آبگوشت‌هایی از مرغ، قورباغه یا وزغ، همچنین مسهل‌ها و درمان‌های مبتنی بر گرسنگی بودند. فصد نیز روشی رایج بود که تصور می‌شد می‌تواند اخلاط اضافی را تخلیه کند و تعادل مناسب را بازگرداند. درمان‌های موضعی شامل ضمادها و مشمع‌ها؛ شیره‌ی گیاهان بلادونا (شب‌بوی کشنده)، بارهنگ و تنباکو؛ پمادهای آرسنیک، سرب و جیوه؛ و حتی سیب‌های گندیده، کمپرس‌های آغشته به ادرار، و یک کبوتر زنده تکه‌تکه‌شده بودند.^{۳۰}

تعداد فزاینده‌ای از پزشکان، بر اساس روش‌هایی که در رساله‌های هلندی، فرانسوی، انگلیسی و آلمانی شرح داده شده بود، شروع به حمایت از جراحی‌های تهاجمی‌تر کردند. یکی از تأثیرگذارترین آن‌ها کتاب سه‌جلدی «**نظام کلی جراحی**» اثر «لورنتس هایستر» بود که به‌سرعت از لاتین

به آلمانی و انگلیسی ترجمه شد.^{۳۱} هایستر ادعا می‌کرد که تعداد زیادی سرطان پستان «بزرگ‌تر از مشت انسان» را و حتی یکی را که دوازده پوند وزن داشت، بیرون آورده است! (شکل ۸۴) این جراحی‌ها، همان‌طور که همه‌ی عمل‌ها پیش از نیمه‌ی قرن نوزدهم چنین بودند، بدون بهره‌گیری از بیهوشی انجام می‌شدند. تنها شراب یا گاهی تریاک برای کاهش درد داده می‌شد.



Lorenz Heister. A General System of Surgery. London. 1748.

ماستکتومی و ابزارهای جراحی مربوطه
در این شکل دیده می‌شود که جراح آلمانی لورنتس هایستر چگونه توده پستان را بیرون می‌آورد،
پستان را بر می‌داشت و ابزارهای جراحی مورد استفاده او هم دیده می‌شود.

نویسنده‌ی انگلیسی «فنی برنی» رنج طاقت‌فرسای ماستکتومی‌ای را که در اکتبر ۱۸۱۱ متحمل شد، ثبت کرده است. از نامه‌ای به سبک یادداشت‌های روزانه که او برای خواهرش در انگلستان نوشت، روایت دست‌اولی در اختیار داریم؛ روایتی نه از دیدگاه جراح یا زندگینامه‌نویس بعدی، بلکه از منظر شخصیِ خودِ بیمار مبتلا به سرطان.

او با مردی فرانسوی‌ای به نام «موسیو داربله» که در دوران تبعیدش در انگلستان زندگی می‌کرد، ازدواج کرده بود. پس از انقلاب، همراه او به فرانسه بازگشت، جایی که در بالاترین محافل پذیرفته شدند. برنی هنگامی که دردهای شدید و مکرر در پستانش حس کرد، به جراح مشهور ارتش ناپلئون، «بارون لاره»، مراجعه نمود. لاره پس از مشورت با دو همکارش تصمیم به جراحی گرفت. به گفته‌ی خود برنی: «هر سه رسماً مرا به عمل محکوم کردند. من به همان اندازه که ناامید شدم، شگفت‌زده نیز بودم — زیرا پستان بیچاره من هیچ‌جا تغییر رنگ نداده بود و از همتای سالمش چندان بزرگ‌تر نبود.»^{۳۲} او با ترس از این که «شر در ژرفای وجود جاخوش کرده» و جان‌ش در خطر باشد، به جراحی رضایت داد.

او از جراحان یک قول گرفت: این که فقط چهار ساعت پیش از عمل به او خبر بدهند. به این ترتیب، احساس می کرد می تواند بهترین روحیه ی ممکن را برای «رویارویی با ضربه ی پیش رو» در خود ایجاد کند. سه هفته بعد، زمانی که هنوز در تختخواب بود، به او اطلاع دادند که جراحان ساعت ده خواهند آمد. برنی اصرار کرد عمل را تا بعدازظهر به تأخیر بیندازند تا فرصت داشته باشد خود را برای جراحی آماده کند؛ این جراحی قرار بود در خانه ی خودش انجام شود. او به یاد آورد:

«به سالن قدم گذاشتم. دیدم که تدارکات آماده شده است، و پا پس کشیدم. اما خیلی زود بازگشتم: چه فایده دارد از خودم پنهان کنم چیزی را که به زودی باید شاهدش باشم؟ با این حال، دیدن آن حجم عظیم از باندها، کمپرس ها، اسفنج ها و کتان مرا کمی دل آزرده کرد. به عقب و جلو راه رفتم تا همه ی احساساتم را آرام کنم؛ و کم کم تقریباً به حالتی کرخت رسیدم، بی حس، بی احساس، بی هوشیاری؛ و همین طور ماندم تا ساعت، سه ضربه نواخت. ناگهان روحیه ای برای تلاش در من زنده شد—قلم را برداشتم تا چند کلمه برای موسیو

داربله بنویسم- و چند خط دیگر برای الکس [پسر خود]، در صورت
پیش‌آمدی مرگبار.»

این توصیف در زمانی نوشته شده بود که سرطان پستان موضوعی
بسیار خصوصی به شمار می‌رفت، چیزی که تنها باید با نزدیک‌ترین و
عزیزترین افراد در میان گذاشته می‌شد، آن هم با کلماتی بسیار سنجیده. با
این حال، «فنی برنی» —نویسنده‌ی رمان *اولینا* و آثار مشهور دیگر—
می‌دانست نامه‌ای که برای خواهرش می‌فرستد میان دیگر اعضای خانواده و
دوستان نیز دست‌به‌دست خواهد شد و دور انداخته نخواهد شد. آنچه در
ادامه می‌آید، رنگ و بوی نویسنده‌ای کارآزموده را در خود دارد.

«دکتر مورو فوراً وارد اتاقم شد تا ببیند زنده هستم یا نه. او به من
شربتی از شراب داد و به سالن رفت. من زنگ زدم تا خدمتکار و پرستارانم
بیایند—اما پیش از آن‌که بتوانم با آن‌ها صحبت کنم، اتاقم بدون هیچ پیغام
قبل‌ی توسط هفت مرد سیاه‌پوش پر شد: دکتر لاره، موسیو دوبوا، دکتر مورو،
دکتر اومون، دکتر ریب، و یک شاگرد دکتر لاره و دیگری از شاگردان موسیو
دوبوا. در این لحظه از حالت رخوت بیرون آمدم—و نوعی خشم در من
برانگیخته شد—چرا این همه آدم و بدون اجازه؟»

واکنش‌های برنی بین خشم تا وحشت در نوسان بود. وقتی به او گفتند بر تختی که در سالن قرار داده بودند بنشیند، برای لحظه‌ای «مات و مبهوت» شد و حتی به فکر فرار افتاد. اما هنگامی که شنید پزشکان به خدمتکار و دو پرستارش دستور می‌دهند اتاق را ترک کنند، دوباره صدایش را بازیافت: «نه، فریاد زدم، بگذارید بمانند! ... این باعث مشاجره‌ی کوچکی شد که مرا دوباره زنده کرد—با این حال، خدمتکار و یکی از پرستاران گریختند—من دیگری را فراخواندم تا نزدیک شود، و او اطاعت کرد. موسیو دوبوا حالا سعی کرد دستوراتش را به سبک نظامی صادر کند، اما من در برابر هر آنچه قابل مقاومت بود ایستادم.»

در آخرین کنش سرکشی در برابر سرنوشت، برنی نیروهای زنانه را در برابر مردان قرار داد. افسوس که دوسوم همراهان زن او عقب نشستند و او تنها با کمک یک پرستار مجبور شد در برابر هجوم مردان مقاومت کند. در برابر این فشار مردانه، با حسرت به خواهرانش در انگلستان اندیشید، گویی آن‌ها می‌توانستند نوعی پناه برای او باشند.

توصیف برنی از خودِ جراحی یکی از لحظات شاخص در ادبیات مربوط به سرطان پستان باقی مانده است. روایت او با چنان وضوحی بیان

شده که انسان از شجاعت نویسنده شگفت زده می شود—چه در جریان این عمل هولناک و چه پس از آن، زمانی که خود را مجبور کرد دوباره آن را در هنگام نوشتن تجربه کند.

او بر تخت دراز کشیده بود، تنها یک دستمال نازک کتانی بر صورتش انداخته بودند، و آن هم شفاف بود، به گونه ای که می توانست همه چیز را ببیند. وقتی چشمانش را بست تا «درخشش فولاد براق» را نبیند، صدای اندوهگین دکتر لاره را شنید که می پرسید: «Qui me tiendra ce sein?» (چه کسی این پستان را برای من نگه می دارد؟) برنی پاسخ داد که خودش پستانش را نگه خواهد داشت. همان جا بود که دریافت، از خطی که پزشک با انگشت کشید—«خطی مستقیم از بالا تا پایین پستان، سپس یک صلیب، و در نهایت یک دایره»—که باید کل پستان برداشته شود. در این لحظه، برنی دوباره چشمانش را بست، «رها کردن هرگونه نگاه، هرگونه مقاومت، هرگونه دخالت، و با اندوه مصمم شد که کاملاً تسلیم باشد.»

اکنون «آن جانکاه ترین درد» شروع شد.

«وقتی فولاد هولناک در پستان فرو رفت—و رگ ها، شریان ها، گوشت و اعصاب را برید—دیگر نیازی به دستوری نبود که فریادهایم را فرو نخورم.

فریادی آغاز کردم که بی وقفه در تمام مدت بریدن‌ها ادامه یافت—و هنوز شگفت‌زده‌ام که چرا پژواکش در گوش‌هایم باقی نمانده است! چنان درد جانکاهی بود. وقتی زخم ایجاد شد و ابزار بیرون کشیده شد، درد هیچ‌گاه کاهش نیافت، زیرا هوایی که ناگهان به آن بخش‌های ظریف بدنم هجوم آورد، همچون انبوهی از خنجرهای ریز اما تیز و چنگال مانند بود که لبه‌های زخم را می‌درید.»

برنی سپس با جزئیات آن لحظات جانکاه را به یاد می‌آورد «برش‌های وحشتناک» و صدای خراش تیغی که بر روی استخوان قفسه سینه کشیده می‌شد. عمل بیست دقیقه طول کشید—بیست دقیقه «شکنجه در سکوت مطلق» بر روی زنی کاملاً هوشیار که تنها ماده بی‌حس کننده‌اش یک لیوان شراب بود. جای تعجب نیست که برنی تقریباً یک سال طول کشید تا بتواند «از این ماجرای هولناک سخن بگوید» و نامه‌ای بنویسد که امروز به‌عنوان یکی از نخستین روایت‌های تجربه‌ی شخصی بیمار از جراحی سرطان پستان باقی مانده است.

فنی برنی پس از عمل تقریباً سی سال دیگر زندگی کرد. اما چنین سرنوشتی نصیب یک قربانی دیگر سرطان پستان نشد؛ زنی که در آمریکا با

فاصله تنها چند روز پس از عمل برنی تحت ماستکتومی قرار گرفت و کمتر از دو سال بعد درگذشت. پرونده‌ی پزشکی «ابیگیل آدامز اسمیت» در زندگی‌نامه‌ی اخیر مادرش، «ابیگیل آدامز» —همسر دومین رئیس‌جمهور ایالات متحده— به شکلی درخشان بازسازی شده است.^{۳۳} در آن کتاب، نامه‌ای آمده است که ابیگیل اسمیت برای پزشک برجسته «دکتر بنجامین راش» (از امضاکنندگان قانون اساسی و همچنین پزشک و اصلاح‌طلب اجتماعی) نوشته و در آن علائم بیماری‌اش را شرح داده است:

«ابتداء حس کردم درست بالای نوک پستان راستم کمی سفت شده است؛ گاهی موجب ناراحتی‌ام می‌شد — همچون سوزش، گاهی خارش — و گاه دردی عمیق و تیرکشنده در سراسر پستان، اما بدون هیچ‌گونه تغییر رنگ. این وضعیت ادامه یافت و سینه کوچک‌تر از پیش شد. تومور اکنون تقریباً به اندازه‌ی یک سر بطری است و به نظر نمی‌رسد چسبیده باشد، بلکه آزاد است.»

راش نه به خود ابیگیل اسمیت، بلکه به پدرش جان آدامز پاسخ داد و گفت که تومور او آماده‌ی «چاقو» است. اسمیت به تجربه‌ی پنجاه‌ساله‌ی راش اعتماد کرد و در عرض چند هفته تن به جراحی داد. یک ماه بعد،

ایگیل آدامز در نامه‌ای به پسرش جان کوئینسی آدامز نوشت که خواهرش «به آن اندازه که پس از عمل جراحی برداشتن تمام یک پستان انتظار می‌رود، حالش خوب است.» در نخستین سال پس از جراحی، ایگیل اسمیت باور داشت که سرطان را پشت سر گذاشته است، اما زمستان بعد سلامتش رو به افول رفت و در ماه اوت درحالی که مادرش در کنارش حضور داشت، آرام درگذشت. ایگیل مادر از اندوه مرگ تنها دخترش هیچ آرام و قرار نداشت و هیچ تسلائی نمی‌یافت. او اندوه خود را در نامه‌های فراوانی بیان کرد، نامه‌هایی که بسیار نامعمول بی‌پرده درباره‌ی موضوعی سخن می‌گفتند که معمولاً در پشت پرده‌ای از سکوت پنهان می‌شد. او نوشت: «زخمی که سینه‌ی مرا دریده است هرگز درمان نخواهد شد» —بیانی استعاره‌ای که خود را با دخترش یکی می‌کرد.

در این دوره، برای اهداف آموزشی انجام عمل‌های جراحی در آمفی تئاترها به‌طور فزاینده‌ای رایج شد. دکتر جان براون هرگز ماستکتومی‌ای را که در سال ۱۸۳۰ به‌عنوان دانشجو در یک سالن شلوغ جراحی در ادینبرو مشاهده کرده بود، فراموش نکرد. بیست‌وهشت سال بعد، در کتاب **راب و دوستانش**، براون داستان زن روستایی اسکاتلندی به نام «آلی» را بازگو کرد؛

زنی که با لباس‌های معمولی خود وارد سالن شد، همراه با شوهرش «جیمز» و سگش «راب». در حالی که جراح ارشد کار خود را هرچه سریع‌تر انجام می‌داد و راب با دیدن خونِ صاحبش غرّش می‌کرد، الی دردِ بدون بی‌هوشی را با شجاعتی چشمگیر تحمل کرد. وقتی عمل به پایان رسید، او «به آرامی و با وقار از روی تخت پایین آمد، به دنبال جیمز گشت؛ سپس، رو به جراح و دانشجویان، تعظیم کرد و با صدایی آرام و روشن، از آنان پوزش خواست اگر رفتارش بد بوده است.»^{۳۴} این رفتار فروتنانه و عذرخواهانه ویژگی بیماران سرطانی بود، به‌ویژه در میان فقرا، که بیشتر نگران ناراحتی جراح بودند تا سلامت خودشان. متأسفانه، این زن شجاع چند روز بعد بر اثر عفونت خونی (سپسیس) درگذشت.

اگرچه نسبت به معیارهای امروز ما، درمان سرطان پستان هنوز ابتدایی و خام بود، لیکن علم اوایل قرن نوزدهم کم‌کم در درک ساختار بنیادی این بیماری پیشرفت‌هایی به‌دست آورده بود. در آلمان، «ماتیاس شلایدن» و «تئودور شوآن» سلول را به‌عنوان عنصر پایه‌ای گیاهان و جانوران معرفی کردند؛ «یوهانس مولر» ثابت کرد که توده‌های مرضی نیز از سلول‌هایی تشکیل شده‌اند درست مانند سایر بافت‌ها؛ و «هرمان لبرت» وجود سلول

مشخصه‌ی سرطان را تأیید کرد—سلولی کوچک و گرد با هسته‌ای بیضی‌شکل متمایز.^{۳۵} در سال ۱۸۵۴، «آلفرد ولپو» در کتاب «رساله‌ی بیماری‌های پستان» مروری گسترده از پژوهش‌های پزشکی موجود درباره‌ی پستان ارائه داد؛ پژوهش‌هایی که در نیمه‌ی نخست قرن با استفاده گسترده‌ی میکروسکوپ انجام شده بود. باور به شگفتی‌های علم، عصری تازه از پوزیتیویسم پزشکی را پدید آورد که هرچه بیشتر زندگی زنان را دگرگون کرد.

در قرن هجدهم، سخنگویان پزشکی نقش نگهبانان اجتماعی را در قبال بدن زنان بر عهده گرفته بودند. به یاد آورید رساله‌ی بسیار تأثیرگذار «ویلیام کادوگان» با عنوان «جستاری درباره‌ی شیردهی» که خطاب به جامعه‌ی پزشکی نوشته شد و پس از آن آثار مشابهی به زبان‌های گوناگون اروپایی منتشر گردید. روند تازه در قرن نوزدهم این بود که مستقیماً زنان را مخاطب قرار دهند. دیری نپایید که زنان عادت کردند برای راهنمایی و مشورت به متخصصان مرد مراجعه کنند، نه به قابله‌ها و درمانگران زن که پیش‌تر حامیان‌شان بودند. عشق به علم که در قرن هجدهم آغاز شده بود، کم‌کم به رقیبی برای دین، به‌عنوان راهنمایی جامع برای زندگی، بدل شد.

برای نمونه، کتاب بسیار محبوب دکتر «نفیس» با عنوان «زندگی جسمانی زن» (۱۸۶۹) را در نظر بگیرید. در بخش مربوط به مادری، نفیس ادعا می‌کند که قوانین او درباره‌ی شیردهی برای هر مادری سودمند خواهد بود. کودک باید بلافاصله پس از تولد به پستان گذاشته شود، زیرا «از همان ابتدا در پستان ترش‌هی وجود دارد که خوب است کودک آن را دریافت کند.»^{۳۶} پزشکان سرانجام ارزش مایع پیش‌شیری، یعنی آغوز، را درک کرده بودند.

آن‌ها همچنین توانستند شواهد آماری برای حمایت از فواید شیردهی خود مادر در برابر انتخاب دایه‌ای که به نوزاد شیر می‌دهد (دایه تر = Wet Nursing) و دایه‌ای که فقط از نوزاد مراقبت می‌کند (دایه خشک = Dry Nursing) ارائه کنند. به این ترتیب، نفیس نوشت که در شهرهای اروپایی لیون و پارتنه، جایی که کودکان بی‌سرپرست با شیر دایه تغذیه می‌شدند، نرخ مرگ‌ومیر آن‌ها ۳۷/۷ و ۳۵ درصد بود. در پاریس، ریمز و اکس، جایی که این کودکان توسط دایه خشک مراقبت می‌شدند، نرخ مرگ‌ومیر به ۵۰/۳ و ۶۳/۹، و ۸۰ درصد رسید. در شهر نیویورک، جایی که کودکان

بی‌سرپرست نیز دایه خشک داشتند، نرخ مرگ‌ومیر تقریباً به ۱۰۰ درصد رسید.

بر پایه‌ی علم آماری زمان خود، شیردهی خود مادر حالت یک دستور پزشکی به خود گرفت. نوزاد «در چهار الی شش ماه نخست زندگی و در بسیاری موارد در تمام یک سال نخست باید» فقط از پستان مادر خود تغذیه شود. «وظایف مادر نسبت به نوزادش، به‌جای پایان یافتن، اهمیت بیشتری پیدا می‌کرد. وظیفه‌ای به گردن اوست که نوزاد را با شیر خود تغذیه کند.» پزشکان اکنون زبان «باید» و «وظیفه» را همانند کشیشان یا روحانیون به کار می‌بردند.

با افول تدریجی استفاده از دایه‌ها در آغاز قرن و افزایش استفاده از شیر استریل‌شده حیوانات—معمولاً شیر گاو و گاهی شیر بز—تغذیه با شیشه به جایگزین اصلی شیردهی خود مادر بدل شد. جدال قدیمی میان مادر و دایه جای خود را به مناقشه‌ی «پستان یا شیشه» داد. هرچند بیشتر مردم هنوز باور داشتند که شیر مادر بهترین است، اما کمتر کسی آن را برای بقای نوزاد حیاتی می‌دانست. از نظر پزشکی، بیشتر نوزادان متولدشده در غرب دیگر

در معرض خطر مرگ ناشی از مراقبت توسط دایه یا شیر غیر استریل حیوانات نبودند.

اما متأسفانه چنین وضعیتی در مورد سرطان پستان صدق نمی‌کرد. از اواخر قرن نوزدهم، زمانی که طول عمر مردم آن‌قدر زیاد شد که آمار ابتلاء به سرطان افزایش یابد، انواع سرطان‌ها به شکل یک نفرین مدرن درآمدند—همچون طاعون در قرون وسطی، سیفلیس در عصر رنسانس، و سل در قرن نوزدهم.^{۳۷} و در میان این سرطان‌ها، تنها سرطان پستان «به ابعاد یک همه‌گیری» رسیده است.^{۳۸} اینکه چرا چنین است، نسل‌های متوالی پزشکان و دانشمندان را سردرگم و مشغول کرده است، زیرا هنوز نمی‌دانند چه چیزی آغازگر سرطان پستان است.

آنچه می‌دانیم این است که سرطان پستان با ظهور سلول‌های غیرطبیعی در پوشش مجاری شیری آغاز می‌شود. این سلول‌های بدخیم سپس تکثیر می‌شوند و رشد می‌کنند و به‌زودی مجاری پستان انباشته از سلول‌های سرطانی می‌شود. دکتر «سوزان لاو» این تجمع سلول‌ها را به «زنگ‌زدگی درون یک لوله آب» تشبیه کرده است.^{۳۹} در نهایت، سلول‌های به‌طور بی‌رویه تکثیرشده دیواره‌های مجاری را درهم می‌شکنند و به بافت پستان حمله

می‌کنند. اگر درمان نشود، سرطان شروع می‌کند به متاستاز دادن؛ اغلب ابتداء به غدد لنفاوی زیر بغل حمله می‌کند، سپس به استخوان، کبد، ریه‌ها و دیگر غدد لنفاوی گسترش می‌یابد.

برای مقابله با سرطان پستان، در طول ۱۵۰ ساله اخیر، چهار شیوه‌ی اصلی درمان ارائه شده‌است: جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و درمان‌های هورمونی.

در نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم، روش کهن جراحی امید تازه‌ای به همراه آورد؛ این امید از دو نوآوری انقلابی سرچشمه می‌گرفت - معرفی بیهوشی و پذیرش اصول ضدعفونی. بیهوشی توسط دندان‌پزشکی به نام «ویلیام مورتون» ارائه شد؛ او در سال ۱۸۴۶ در بیمارستان عمومی ماساچوست در بوستون برای از بین بردن درد در جریان یک عمل از **اتر** استفاده کرد. استفاده از مواد ضدعفونی برای حذف باکتری‌ها در اعمال جراحی، که از نظریه‌ی میکروب «پاستور» در سال ۱۸۶۴ الهام گرفته بود، با تولید ترکیبی به نام «ضدعفونی‌کننده» توسط جراح انگلیسی «جوزف لیستر» رواج گسترده‌ای یافت.

در سال ۱۸۶۷، «چارلز مور»، یکی دیگر از جراحان برجسته‌ی بریتانیایی، اصول کلی‌ای را تدوین کرد که درمان جراحی سرطان پستان بر آن استوار شد. مور نتیجه گرفت که عود بیماری همیشه ناشی از باقی ماندن تکه‌هایی از تومور اصلی است و بنابراین لازم است کل پستان برداشته شود، از جمله پوست، مجاری لنفاوی، چربی، عضلات سینه‌ای و غدد لنفاوی زیربغل بیمار.

در دهه‌های پایانی قرن نوزدهم، «ویلیام هالستد» از دانشگاه جانز هاپکینز روش ماستکتومی رادیکال را توسعه داد که به استاندارد جراحی سرطان پستان در آمریکا بدل شد. (شکل ۸۵) هالستد و پیروانش به‌طور معمول کل پستان، غدد لنفاوی و عضله‌ی بزرگ سینه‌ای همراه با رباط‌ها و تاندون‌های متصل به آن را برمی‌داشتند. مطالعات گذشته‌نگر نشان داد زنانی که تحت ماستکتومی رادیکال هالستد قرار گرفته بودند، نرخ بقای به‌مراتب بهتری نسبت به زنانی داشتند که عمل غیررادیکال انجام داده بودند. ماستکتومی رادیکال هالستد به مدت شصت سال به‌عنوان روش استاندارد باقی ماند.



شکل ۸۵- توماس ایکینز. کلینیک آگنیو. ۱۸۸۹
استاد جراحی عمل جراحی پستان را برای استفاده دانشجویان پزشکی رهبری می کند

با این حال، در میانه‌ی قرن بیستم، ماستکتومی رادیکال به تدریج جای خود را به **ماستکتومی رادیکال اصلاح شده** داد. این روش شامل برداشتن پستان و غدد لنفاوی زیر بغل بود، اما عضلات سینه‌ای زیرین را برنمی‌داشت. تا اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰، هر دو روش هالستدی و اصلاح شده به طور جدی توسط بیماران و پزشکانی به چالش کشیده شدند که معتقد بودند بسیاری از زنان بی دلیل دچار قطع عضو می‌شوند.

در میان آنان، «رز کوشنر» —یکی از بیماران مبتلا به سرطان پستان— موضعی جنجالی اتخاذ کرد و گفت بیماران باید خود درباره‌ی جنبه‌هایی از درمان‌شان که معمولاً تنها توسط پزشکان تعیین می‌شود، تصمیم بگیرند. او در کتاب پیشگامانه‌ی خود با عنوان **سرطان پستان** به‌صراحت منتقد جراحی‌های رادیکال شد، به‌ویژه «جراحی یک‌مرحله‌ای» —عملی که به جراح اجازه می‌دهد در همان زمان نمونه‌برداری، اگر تومور بدخیم باشد، پستان را قطع کند.^{۴۰} (در نمونه‌برداری، بافت برای اهداف تشخیصی برداشته می‌شود، یا از طریق جراحی یا با سوزن توخالی که در توده فرو می‌کنند.) اگر سرطان پستان تشخیص داده شود، انتخاب بیمار معمولاً میان ماستکتومی (برداشتن کل پستان و برخی غدد لنفاوی زیر بغل) یا لامپکتومی (برداشتن توده و بخشی از بافت اطراف، همراه با برخی غدد لنفاوی) است. در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، مطالعات نشان دادند که وقتی تومور کوچک و در مراحل اولیه تشخیص داده شود، برداشتن توده همراه با پرتودرمانی به اندازه‌ی برداشتن کل پستان مؤثر است. در سال ۱۹۹۰، مؤسسه‌ی ملی سلامت آمریکا لامپکتومی همراه با پرتودرمانی را به‌عنوان جایگزینی مؤثر برای ماستکتومی توصیه کرد؛ روشی که زخم‌های جسمی و روانی کمتری بر جای می‌گذارد.

امروزه برای بیماران مبتلا به سرطان پستان تقریباً همیشه نوعی جراحی توصیه می‌شود. در مورد هر دو روش لامپکتومی (برداشتن توده) و ماستکتومی (برداشتن کل پستان)، شواهد وجود سرطان در غدد لنفاوی است که تعیین می‌کند میزان عود احتمالی چقدر خواهد بود. هرچه تعداد غدد لنفاوی مثبت (گرفتار سلول‌های سرطانی) بیشتر باشد، پیش‌آگهی بدتر خواهد بود. جراحی امید می‌بخشد، اما امیدی که وابسته به متغیرهای فراوان است.

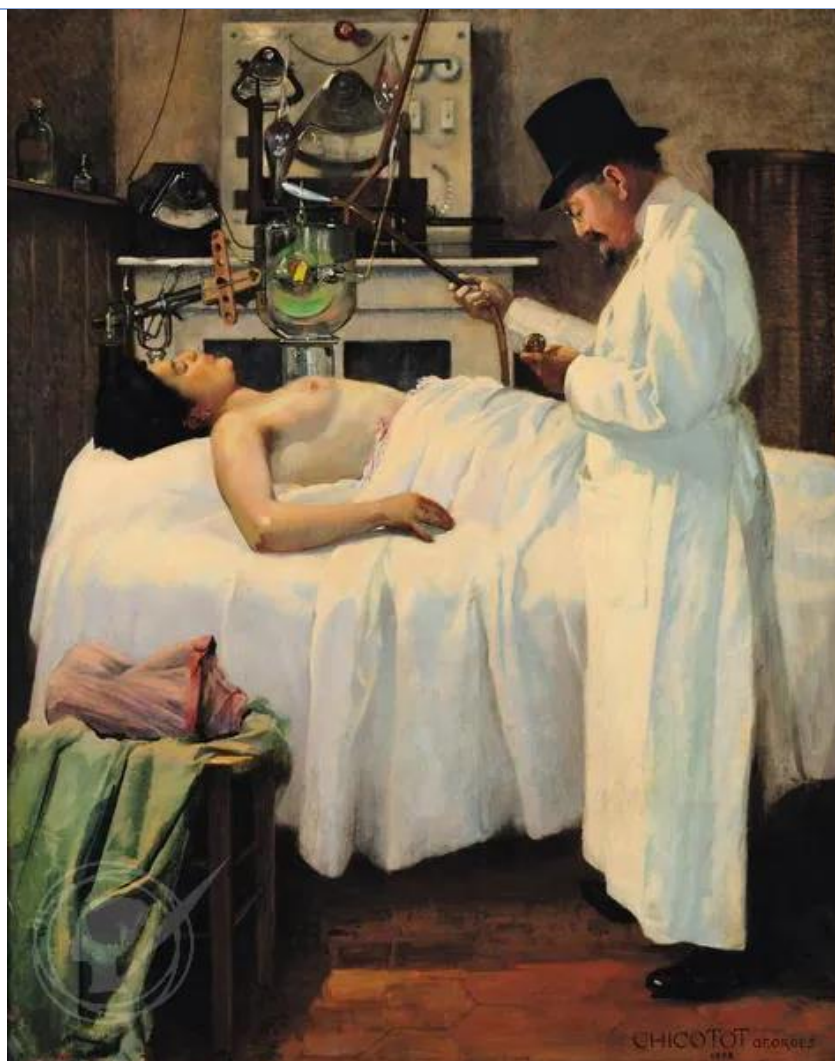
اگرچه جراحی همچنان رایج‌ترین روش برای مهار سرطان پستان است، سایر روش‌های درمانی نیز پیشرفت کرده‌اند. به کشف پرتو ایکس در سال ۱۸۹۵ توسط «ویلهم رونتگن» توجه کنید. با کشف این که این پرتوها تقسیم سلولی را مهار می‌کنند، پرتو ایکس به زودی برای موارد غیرقابل عمل سرطان پستان یا پس از جراحی برای نابودی سلول‌های سرطانی باقی‌مانده به کار گرفته شد. (شکل ۸۶) در دهه ی ۱۹۳۰، **پرتوهای باولتاژ بالا** و در دهه ی ۱۹۶۰، پرتوهای کبالت رادیواکتیو در دسترس قرار گرفتند. اما پرتو ایکس در دُزهای بالا اثرات منفی نیز دارد. مطالعه‌ای روی چند هزار زن که بین سال‌های ۱۹۳۵ تا ۱۹۷۱ تحت درمان با این پرتو قرار گرفته بودند نشان داد که خطر ابتلا به سرطان ریه در آن‌ها تقریباً دو برابر زنانی بود که درمان‌های

دیگری برای سرطان پستان دریافت کرده بودند.^{۴۱} با این حال، از جنبه‌ی مثبت، برآورد شده است که ترکیب جراحی و پرتودرمانی احتمال عود سرطان پستان را در مقایسه با جراحی تنها، به مقدار یک سوم کاهش می‌دهد.^{۴۲}

در دهه‌ی ۱۹۶۰، شیمی‌درمانی—تزریق وریدی ترکیبی از داروها که روند تکثیر سلول‌های سرطانی را مهار می‌کنند—به مجموعه‌ی ابزارهای رشته پزشکی سرطان (آنکولوژی) اضافه شد. امروزه شروع شیمی‌درمانی در زمان همان تشخیص اولیه، به‌ویژه برای زنان در سنین پیش از یائسگی با غدد لنفاوی مثبت، درمانی رایج است. درباره‌ی میزان اثربخشی شیمی‌درمانی در زنان در سنین پس از یائسگی اختلاف نظر وجود دارد، اما در مجموع می‌توان گفت شیمی‌درمانی عمر بیمار را دست‌کم دو تا سه سال بیش از آنچه انتظار می‌رفت، افزایش می‌دهد.^{۴۳}

چهارمین روش درمانی—هورمونی—از آغاز قرن بیستم در دسترس بیماران سرطان پستان بوده است. در آن زمان، ارتباط دیرزمان مشکوکی میان سرطان پستان و سرطان اندام‌های تولیدمثل با هورمون زنانه‌ی استروژن نسبت داده شد؛ استروژن هورمونی است که در تخمدان‌ها تولید می‌شود و رشد

پستان را تحریک می‌کند. از آن زمان، برداشتن تخمدان‌ها برای توقف تولید استروژن در بسیاری از زنان جوان مبتلا به موارد پیشرفته‌ی سرطان پستان انجام شده است.



شکل ۸۶- ج. جیکوتو. اولین پرتودرمانی برای سرطان پستان. ۱۹۰۸
زن بیمار دراز کشیده بر روی میز، به حالت کلاسیک یک تندیس برهنه‌ی لم داده، پستانش را در معرض پرتو ایکس قرار می‌دهد؛ پرتوی که شاید جانش را نجات دهد. وضعیت افقی آسیب‌پذیر او در تضاد با اقتدار وضعیت ایستاده پزشک است؛ اقتداری که با کلاه بلند پزشک برجسته‌تر شده است.

امروزه باور بر این است که استروژن در رشد سلول‌های سرطان پستان نقش دارد و سطح استروژن با رژیم‌های غذایی پرچرب و بسیاری عوامل محیطی دیگر ارتباط پیچیده‌ای دارد. این ارتباط میان سرطان پستان و استروژن به ساخت هورمونی مصنوعی نام «تاموکسیفن» منجر شد. تاموکسیفن یک استروژن ضعیف است که گیرنده‌ی استروژن سلول‌ها را اشغال و مسدود می‌کند و مانع می‌شود که استروژن تولید شده در بدن خود بیمار وارد سلول‌ها شود. ثابت شده که در زنان در سنین پس از یائسگی، تاموکسیفن به اندازه‌ی شیمی‌درمانی مؤثر است، اما هنوز روشن نیست که در زنان در سنین پیش از یائسگی نیز به همان اندازه کارآمد باشد.

چهار درمان اصلی برای زنان مبتلا به سرطان پستان- جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و هورمون-نسبت به گذشته امکانات بیشتری در اختیار بیماران قرار داده‌اند. با این حال، حتی با این روش‌های پیشرفته، زنان همچنان در اثر سرطان پستان جانشان را از دست می‌دهند، و شمار این مرگ‌ها رو به افزایش است: در سال ۱۹۸۰ بیش از ۵۶۰ هزار نفر در سراسر جهان بر اثر این بیماری جان باختند، و پیش‌بینی می‌شد که تا سال ۲۰۰۰ شمار مرگ‌های سالانه به یک میلیون زن برسد.^{۴۴} این آمار بسیاری از پژوهشگران،

پزشکان و فعالان را بر آن داشت تا تمرکز خود را نه تنها بر درمان، بلکه بر پیشگیری بگذارند. بسیاری به این باور رسیدند که میزان بروز سرطان پستان—که در کشورهای صنعتی غرب بالاترین است—می تواند با تغییر رژیم غذایی، تغییر سبک زندگی و محیط زنان غربی به طور چشمگیری کاهش یابد.

طرفداران پیشگیری از طریق رژیم غذایی به تفاوت نرخ سرطان پستان در غرب و آسیا اشاره می کنند. ایالات متحده و بریتانیا، که غنی ترین رژیم های غذایی جهان را دارند، بالاترین نرخ سرطان پستان را نیز دارند؛ در حالی که کشورهای مانند ژاپن و چین، با رژیم های غذایی کم چرب، تنها یک پنجم میزان ابتلا در میان زنان سفیدپوست آمریکایی یا بریتانیایی را نشان می دهند.^{۴۵} اپیدمیولوژیست ها خاطرنشان می کنند که وقتی زنان آسیایی به آمریکا مهاجرت می کنند و شروع به مصرف رژیم های غذایی پرچرب می نمایند، نرخ سرطان پستان در آن ها افزایش می یابد—دلیلی دیگر بر این که خوردن غذای زیاد، و به ویژه خوردن چربی زیاد، در بروز بالای این بیماری در آمریکا نقش دارد.

اگرچه چربی به‌طور کلی به‌عنوان دشمن شناخته شده است، روغن زیتون—یک چربی غیراشباع—هنوز مدافعان خود را دارد. مطالعه‌ای در یونان روی بیش از دو هزار زن نشان داد که خطر سرطان پستان در زنانی که بیش از یک بار در روز روغن زیتون مصرف می‌کردند، ۲۵ درصد کمتر بود.^{۴۶}

این توجه به رژیم غذایی، جای تعجب ندارد که به‌سرعت در مجلات عامه پسند زنانه بازتاب یافت؛ مجلاتی که اغلب بیش از آنچه رژیم غذایی به‌تنهایی می‌تواند فراهم کند، وعده می‌دهند. به‌عنوان نمونه، جلد مجله‌ی *Ladies' Home Journal* در ژوئیه‌ی ۱۹۹۴ اعلام کرد: «می‌توانید از سرطان پستان پیشگیری کنید—این‌گونه.» درون مجله، با زبانی مشروط، خواننده‌ی امیدوار با این عنوان روبه‌رو می‌شود: «رژیم ضدسرطان پستان. طرح انقلابی یک پزشک برجسته که **شاید** جان شما را نجات دهد» (تأکید از نویسنده).

رویکرد پیشگیرانه‌ی دیگر مربوط به حذف عوامل سرطان‌زا از محیط است. این رویکرد استفاده از آفت‌کش‌ها و سایر مواد سمی را هدف قرار می‌دهد؛ موادی که ساختارهای شیمیایی مشابه با استروژن‌های تولیدشده در بدن دارند. باور بر این است که زنو-استروژن‌های ناشی از آفت‌کش‌ها

می‌توانند به گیرنده‌های استروژن در پستان انسان متصل شوند و به شیوه‌هایی عمل کنند که موجب بروز سرطان پستان گردند. این موضوع بسیار جنبه‌های سیاسی به خود گرفته، و شمار فزاینده‌ای از دانشمندان و فعالان را به خود جذب کرده است؛ کسانی که هدفشان روشن کردن پیامدهای محیط سرطان‌زا و یافتن راه‌هایی برای مقابله با آن در سطح جهانی است.

برخی از چشمگیرترین شواهد ارتباط محیطی با سرطان پستان از «لانگ آیلند» نیویورک به دست آمده است؛ جایی که در سال ۱۹۹۰ میزان بروز سرطان پستان ۲۷ درصد بالاتر از میانگین ایالات متحده بود.^{۴۷} ساکنان لانگ آیلند فهرست بلندبالایی از عوامل خطر مظنون داشتند، از جمله آلودگی‌های ناشی از آفت‌کش‌ها و پرتوهای نیروگاه‌های هسته‌ای نزدیک. اما پژوهش‌ها درباره‌ی رابطه‌ی مواد سمی و سرطان پستان به ندرت نتایج قطعی ارائه کرده‌اند. در حالی که برخی مطالعات حکایت از نقش عوامل سرطان‌زای محیطی در پیدایش کارسینومای پستان دارد، برخی دیگر این فرضیه را تأیید نمی‌کنند. برای نمونه، «نانسی کریگر» در مؤسسه‌ی پژوهشی بنیاد کایزر در اوکلند کالیفرنیا هیچ ارتباط آماری معناداری میان بروز سرطان پستان و سطح DDT یا PCBها نیافت - این مواد شیمیایی در محیط باقی

می‌مانند و می‌توانند در بافت پستان جای گیرند و مقلد هورمون استروژن محرک تومور هستند.^{۴۸}

در بین اقدامات پیشگیرانه برای گروه‌های خاصی از زنان اکنون باید به کشف سال ۱۹۹۴ ژنی به نام BRCA1 توجه کرد؛ این ژن مسئول ایجاد انواع ارثی سرطان پستان است. این نوع سرطان که در برخی خانواده‌ها بسیار رواج دارد، حدود ۵ درصد از تقریباً ۱۸۰ هزار مورد سرطان پستان تشخیص داده‌شده در ایالات متحده در هر سال را تشکیل می‌دهد. به زنانی که درمی‌یابند دارای استعداد ژنتیکی ابتلاء به سرطان پستان هستند، توصیه می‌شود تلاش‌های خود را برای شناسایی هرچه زود هنگام‌تر تومورها افزایش دهند، تاموکسیفن را به‌عنوان اقدام پیشگیرانه مصرف کنند، یا حتی به برداشتن پستان‌های خود بپندیشند.

از آنجا که تشخیص زود هنگام بهترین امید برای بقاست، جامعه‌ی پزشکی توصیه می‌کند همه‌ی زنان به‌طور منظم خودآزمایی پستان انجام دهند و به تغییرات در پستان‌های خود، تغییراتی مانند ظاهر شدن توده، حساسیت، قرمزی یا ترشح توجه کنند. ابزار استاندارد دیگر برای تشخیص زود هنگام، ماموگرافی است؛ نوعی پرتونگاری ویژه با پرتو ایکس که می‌تواند

تومورهای بسیار کوچک را شناسایی کند. هرچند کلاً پذیرفته شده است که زنان بالای پنجاه سال باید سالانه ماموگرافی انجام دهند، اما روش ماموگرافی به هیچ وجه بی نقص نیست.

از یک سو، حتی ماموگرافی ها برخی تومورها را از قلم می اندازند. از سوی دیگر، فاصله ی دوازده ماهه میان ماموگرافی ها به برخی تومورها فرصت می دهد تا پیش از کشف شان، رشد قابل توجهی پیدا کنند. افزون بر این، شواهدی وجود دارد که ماموگرافی برای زنان زیر پنجاه سال ممکن است در واقع خطر را افزایش دهد، هرچند میزان پرتوگیری در ماموگرافی تقریباً همانند یک عکسبرداری از دندان است. همچنین، چون پستان زنان جوان متراکم تر است، احتمال نادیده گرفتن یک تومور واقعی یا تشخیص اشتباه یک توده ی طبیعی بیشتر است، که می تواند به مداخلات غیرضروری منجر شود. با این حال، بیشتر متخصصان بر این باورند که زنان بین چهل تا چهل و نه سال باید هر یک تا دو سال این بررسی را انجام دهند.

با در نظر داشتن امر پیشگیری از سرطان پستان، به زنان جوان توصیه می شود فرزندان خود را در سنین پایین تر به دنیا بیاورند و خود به آنها شیر بدهند. باور بر این است که این هر دو کار، خطر سرطان پستان را کاهش

می‌دهند. همچنین به زنان جوان هشدار داده می‌شود که به‌ویژه پیش از بیست‌وپنج سالگی نسبت به مصرف قرص‌های ضدبارداری محتاط باشند، (که البته معمولاً در همین سنین است که بیشترین نیاز را به آن‌ها دارند).

زنان یائسه نیز درباره‌ی استفاده از **درمان جایگزینی هورمون** با عدم قطعیت‌های مشابه‌ای مواجه‌اند؛ می‌گویند این درمان خطر بروز سرطان پستان را اندکی افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد هرچه مدت استفاده از هورمون‌ها طولانی‌تر شود، این خطر بیشتر می‌شود. پزشکان اکنون به زنان یائسه توصیه می‌کنند خطر احتمالی سرطان پستان ناشی از درمان جایگزینی هورمون را در برابر فواید احتمالی آن در مقابله با بیماری قلبی و پوکی استخوان سبک‌سنگین کنند.

تأکید کنونی در این مورد که زنان به اُمید‌پیشگیری از سرطان پستان خودشان تصمیم بگیرند، بسیاری از آنان را با این احساس مواجه کرده است که اگر به این بیماری مبتلا شوند، به‌نوعی خود مسئول‌اند. آیا با امساک از رعایت رژیم غذایی مناسب، یا با زندگی در منطقه‌ای ناسالم، یا با به‌تعویق‌انداختن زایمان یا شیر ندادن به نوزاد، یا با مصرف قرص‌های ضدبارداری، یا استفاده از درمان جایگزینی استروژن، این سرطان را به جان

خود انداخته‌ام؟ این در حالی است که زنان در گذشته باور داشتند سرطان پستان ناشی از سکون اخلاط، یا وارد آمدن آسیب به پستان، یا مجازات خداست، اکنون به‌طور فزاینده‌ای اوضاع طوری رواج یافته است که زنان احساس کنند بیماری‌شان ناشی از خطاهای شخصی خودشان است. نظام‌های توضیحی گذشته—خواه مذهبی یا علمی—بر این باور بود که علت سرطان پستان خارج از کنترل فرد است؛ اما امروز چنین می‌پنداریم که اگر رفتارمان را تغییر دهیم، شاید بتوانیم احتمال ابتلا به این بیماری را کاهش دهیم.

امروز، پس از یک قرن پژوهش درباره‌ی سرطان به‌طور کلی و یک دهه توجه ویژه به سرطان پستان، دانشمندان هنوز درباره‌ی علل دقیق بیماری مطمئن نیستند. وراثت، استروژن، چربی و عوامل محیطی، همگی را دخیل دانسته‌اند، اما هیچ‌کس به‌طور قطع نمی‌داند چه چیزی باعث آغاز سرطان پستان می‌شود. تازه‌ترین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ژن BRCA1، که در ابتدا تصور می‌شد تنها مسئول بخش کوچکی از سرطان‌های پستان باشد، ممکن است تقریباً مسئول همه‌ی آن‌ها باشد.^{۴۹} این کشف در آینده می‌تواند به روش‌های تازه‌ای برای پیش‌بینی و درمان سرطان پستان منجر شود. اما در

حال حاضر، باید با این آگاهی آماری زندگی کنیم که از هر هشت یا نه زن آمریکایی، یک نفر باید در انتظار ابتلاء به این بیماری باشد.

آمارها چیز زیادی به ما نمی‌گویند که در درون یک زن مبتلاء به سرطان پستان چه می‌گذرد. از همین رو، روان‌پزشکی از میانه‌ی دهه‌ی ۱۹۷۰ منابع خود را در اختیار گذاشت. در آن زمان، همسر م دکتر «اروین یالوم»، استاد روان‌پزشکی در دانشکده‌ی پزشکی استنفورد، برای بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک، نخستین گروه حمایتی را بنیان نهاد.^{۵۰} او هر هفته با گروه‌هایی از هشت تا دوازده زن دیدار می‌کرد و فضایی فراهم می‌کرد تا درباره‌ی واژه‌هایشان، درباره‌ی چیزهایی که از دست داده‌اند، و در بسیاری موارد در باره‌ی مرگ قریب‌الوقوع‌شان بحث و گفتگو کنند. در آغاز، انسجام گروه بیشتر ناشی از پیوند مشترکشان در دشمنی با جامعه‌ی پزشکی بود. بیماران احساس می‌کردند انکولوژیست‌هایشان بیش از حد رسمی و اقتدارگرا هستند و آن‌ها را به اندازه‌ی کافی در تصمیمات مهم درمانی دخالت نمی‌دهند. در گروه، زنان از یکدیگر آموختند که چه چیزهایی را می‌توانند و چه چیزهایی را نمی‌توانند از پزشکانشان انتظار داشته باشند. آشکار شد که اساسی‌ترین اضطراب برای بیشترشان چندان ترس از مرگ

نبود، بلکه بیشتر از تنها ماندن در مسیر مرگ می‌ترسیدند- در آن روزها سرطان پستان هنوز تابو بود. بیماران تمایل داشتند خود را از خانواده و دوستانشان جدا کنند، زیرا نمی‌خواستند دیگران را با خود به پایین بکشند؛ و در مقابل، حتی نزدیک‌ترین عزیزانشان نیز از آن‌ها دوری می‌کردند، چون نمی‌دانستند چگونه رفتار کنند یا چه بگویند. در یک دوره‌ی چهار ساله، زنان با یکدیگر تلاش کردند تا به هم کمک کنند تا زندگی را تا حد ممکن به شکلی معنادار ادامه دهند. یکی از همکاران یالوم، روان‌پزشک استنفورد دکتر «دیوید اشپیگل»، بعدها نوشت: «این رویارویی مستقیم به بدترین‌ها» به‌گونه‌ای بیماران را آزاد کرد تا «بهترین‌ها را تجربه کنند».^{۵۱}

در یک مطالعه‌ی پیگیرانه روی این گروه بیماران نشان داده شد که آن‌ها نسبت به بیمارانی که تنها مراقبت‌های معمول انکولوژیک دریافت کرده بودند کمتر دچار اضطراب و افسردگی بودند. نتایج ده سال پیگیری حتی شگفت‌انگیزتر بود: دکتر اشپیگل دریافت که نه تنها کیفیت زندگی آن‌ها افزایش یافته، بلکه طول عمرشان نیز بیشتر شده است. از زمان ورود به مطالعه، زنانی که در گروه حمایتی حضور داشتند، به‌طور میانگین دو برابر زنانی که در گروه کنترل بودند، زنده ماندند. هرچند این مطالعه به‌تنهایی

نمی‌تواند قطعی تلقی شود، اما نشان می‌دهد که اقدام روان‌درمانی مناسب برای زنانی که با بیماری لاعلاج روبه‌رو هستند می‌تواند به آن‌ها کمک کند بهتر و حتی طولانی‌تر از آنچه انتظار می‌رفت زندگی کنند. این و دیگر اشکال حمایت به‌طور فزاینده‌ای در سراسر کشور در دسترس بیماران سرطان پستان قرار گرفته است.

سازمان داوطلبانه‌ی «Reach to Recovery» وابسته به انجمن سرطان آمریکا که در سال ۱۹۵۳ تأسیس شد، پس از ماستکتومی با زنان تماس می‌گیرد و اطلاعاتی درباره‌ی پستان‌های مصنوعی، موسوم به پروتز، در اختیارشان می‌گذارد. یک پروتز مناسب که در سینه‌بند قرار گیرد، در زیر لباس‌ها می‌تواند فقدان یک یا هر دو پستان را پنهان کند. اکنون حتی لباس‌های شنائی طراحی کرده‌اند تا تغییرشکلی‌های ناشی از جراحی را پوشانند.

اگر زنی بخواهد بدن خود را بازسازی کند تا حتی در حالت برهنه شبیه گذشته به نظر برسد، گزینه‌ی «جراحی ترمیمی پستان» وجود دارد. رایج‌ترین شکل بازسازی طبیعی پستان، که به «عمل TRAM-flap» معروف است، بافتی از شکم را برای ساخت پستان جدید به کار می‌گیرد. این عمل

را می‌توان هم‌زمان با خود ماستکتومی یا پس از بهبود کامل ماستکتومی انجام داد. کلاً تفاوت چندانی میان ظاهر پستان قدیمی و جدید وجود ندارد. تا همین اواخر، زنانی که تحت ماستکتومی قرار می‌گرفتند می‌توانستند روش ساده‌تر جراحی با استفاده از پروتزهای ژل سیلیکونی را نیز انتخاب کنند. این روش در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ به‌طور گسترده نه‌تنها برای بازماندگان جراحی سرطان پستان، بلکه برای زنانی که صرفاً می‌خواستند پستان‌های بزرگ‌تری داشته باشند، استفاده می‌شد.

استفاده از پروتزهای سیلیکونی اکنون به موضوعی جنجالی بدل شده است. اینکه چگونه شرکت‌های سازنده مواد شیمیایی و جراحان پلاستیک از پروتزهای سیلیکونی سود برده‌اند، موضوع مقالات، کتاب‌ها و دعاوی بی‌شماری بوده است. اما باید به یاد داشت که ایالات متحده تنها کشوری نیست که پروتزها در آن محبوب بوده‌اند. اروپای غربی و آمریکای جنوبی نیز سهم خود را از پستان‌های سیلیکونی داشته‌اند، متناسب با معیارهای هر کشور. بر اساس آمار ارائه‌شده در کنگره‌ی بیست‌ویکم جراحان پلاستیک در سال ۱۹۸۸، برای مثال، در فرانسه، اندازه‌ی ایده‌آل پستان به نظر می‌رسد کوچک‌تر از ایالات متحده باشد. در آرژانتین، گرایش به پروتزهای بزرگ‌تر

بوده است. در برزیل، خانواده‌های طبقه‌ی بالا به کاهش اندازه‌ی پستان روی می‌آورند—حتی تا جایی که چنین عمل‌هایی را به‌عنوان هدیه‌ی تولد پانزده‌سالگی به دخترانشان تقدیم می‌کنند! یک جراح پلاستیک این رویه‌ها را بازتابی از هنجارهای ملی و طبقاتی متفاوت می‌بیند: در حالی که برزیلی‌های طبقه‌ی متوسط رو به بالا، می‌خواهند خود را از پستان‌های بزرگ مرتبط با جمعیت سیاه‌پوست کم‌اعتبار متمایز کنند، آرژانتینی‌ها—بسیاری با ریشه‌ی اسپانیایی و مردانی بسیار مردسالار—می‌خواهند تفاوت جنسی را به هر قیمتی برجسته کنند.^{۵۲}

یک مطالعه‌ی سوئدی روی سی‌ونه زن که جراحی زیبایی بزرگ کردن پستان را انتخاب کرده بودند نشان داد که بیشتر آن‌ها اندازه‌ی پستان‌هایشان را با میزان زنانگی خود مرتبط می‌دانستند. سینه‌های صاف آن‌ها باعث شده بود در روابط دگرجنس‌گرایانه احساس ناراحتی کنند و حتی از برهنه‌شدن در برابر دیگر زنان اکراه داشته باشند. پس از جراحی، بیشتر زنان گزارش دادند که تغییرات مثبتی در تصویر ذهنی از خود و روابط جنسی‌شان ایجاد شده است. معدود زنانی که از نتایج نارضایتی‌هایی داشتند معمولاً پستان‌های

بزرگ‌تر می‌خواستند یا ناراضی بودند چون پستان‌هایشان بیش از حد سفت شده و ظاهری غیرطبیعی پیدا کرده بود.^{۵۳}

مسائل عاطفی و اخلاقی پیرامون بزرگ‌کردن پستان در مطالعه‌ای روی چهل‌ودو زن در هلند مورد بررسی قرار گرفت؛ در این کشور، بزرگ‌کردن پستان رایج‌ترین عمل جراحی زیبایی است. این مطالعه توسط زنی انجام شد که خود را یک فمینیست باسابقه معرفی می‌کرد و هدفش درک این موضوع بود که چرا زنان با وجود آگاهی کامل از خطرات و انتقاد از زنانی که تسلیم فشار اجتماعی برای داشتن پستان‌های بزرگ‌تر می‌شوند، باز هم تصمیم به این عمل می‌گیرند. همه‌ی زنان تأکید داشتند که بزرگ‌کردن پستان کاری بوده که برای خودشان انجام داده‌اند، برخلاف باور عمومی که می‌پندارد آن‌ها تحت فشار شوهران، جراحان یا جامعه بوده‌اند. مانند زنان سوئدی، بیشترشان از نتیجه ابراز رضایت کردند. ابراز هرگونه تردید درباره‌ی محصول، در برابر رضایت مشتریان، دشوار به نظر می‌رسد.

در ایالات متحده، بزرگ‌کردن پستان پس از لیپوساکشن دومین عمل رایج جراحی زیبایی است. از اوایل دهه‌ی شصت میلادی، پروتزهای پستان ابعاد را در بین یک تا دو میلیون زن افزایش داده‌اند که حدود ۲۰ درصد

آن‌ها صرفاً به دلایل زیبایی بوده است. در سال ۱۹۹۲، زمانی که سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) استفاده از آن‌ها را ممنوع کرد، جنجال رسانه‌ای بزرگی پیرامون پروتزها شکل گرفت. این ممنوعیت نتیجه‌ی شواهدی بود که FDA جمع‌آوری کرده بود و نشان می‌داد پروتزها ممکن است نایمن باشند—گاهی نشت می‌کنند یا پاره می‌شوند و سیلیکون وارد بدن می‌شود، که احتمالاً مشکلاتی مانند خستگی مزمن، آرتрит و آسیب به سیستم ایمنی ایجاد می‌کند. تقریباً بلافاصله این تصمیم توسط تولیدکنندگان بزرگ، انجمن پزشکی آمریکا و انجمن جراحان پلاستیک و ترمیمی آمریکا به‌عنوان دخالت غیرضروری محکوم شد. اگرچه سازندگان پروتز همچنان انکار می‌کردند که محصولاتشان نایمن است، اما در سال ۱۹۹۴ با بزرگ‌ترین توافق در یک دعوای دسته‌جمعی موافقت کردند. شرکت‌های «داو کورنینگ»، «بريستول مایرز-اسکویب»، «بکستر هلت‌کر» و «مینی‌سوتا ماینینگ اند منیوفکچرینگ» پذیرفتند بیش از چهار میلیارد دلار به بیست‌وپنج هزار زن مبتلا به بیماری‌های منتسب به پروتزها بپردازند: این بیماری‌ها عبارت بودند از آرتريت روماتوئيد، لوپوس و اسکلرودرما—بیماری‌ای که با سخت و ضخیم‌شدن تدریجی پوست و اندام‌های داخلی همراه است).

بلافاصله پس از این توافق چند میلیارد دلاری، نتایج شگفت‌انگیز یک مطالعه‌ی بزرگ اپیدمیولوژیک منتشر شد که یافته‌ای گیج‌کننده داشت: زنانی که برای بزرگ‌کردن یا بازسازی پستان خود پروتز گذاشته بودند، بیش از دیگران در معرض ابتلا به آن بیماری‌ها نبودند. این مطالعه که در کلینیک «مایو» انجام شد، شامل همه‌ی زنانی بود که بین سال‌های ۱۹۶۴ تا ۱۹۹۱ در یکی از شهرستان‌های ایالت مینه‌سوتا، پروتز پستان دریافت کرده بودند و با زنانی هم‌سن که پروتز نداشتند مقایسه شدند. دقیقاً همان نسبت ابتلا در هر دو گروه مشاهده شد.^{۵۵}

این مطالعه و گزارش‌های بعدی که نتوانستند رابطه‌ی مستقیم میان پروتزهای پستان و بیماری‌های بافت همبند یا سایر اختلالات را ثابت کنند، برای تولیدکنندگان پروتزهای سیلیکونی که پیش‌تر با توافق بزرگ موافقت کرده بودند، تسلی‌بخش نبود. برای شرکت «داو کورنینگ» نیز سودی نداشت، زیرا مجبور شد اعلام ورشکستگی کند؛ تعداد شاکسانی که خواهان سهمی از جریمه این پرونده بودند به بیش از چهارصد هزار زن رسیده بود. با این حال، این نتایج باید تا حدی برای زنانی که از احتمال ابتلا به بیماری‌های مرتبط با پروتز وحشت داشتند، آرامش‌بخش باشد. البته هنوز

حکم نهایی در این موضوع صادر نشده است: ممکن است نشت سیلیکون از پروتز پاره شده واقعاً برخی زنان را تحت تأثیر منفی قرار دهد، زنانی که علائمشان با توصیف‌های استاندارد بیماری‌ها مطابقت ندارد و یک «بیماری جدید» را تشکیل می‌دهد. یک مطالعه‌ی در حال انجام روی ۱۲۳ زن که پروتزهای ژل سیلیکونی خود را خارج کرده بودند گزارش داد که بیش از ۶۰ درصد آن‌ها پس از جراحی بهبود قابل توجهی در علائمشان تجربه کردند. این داده‌ها دیدگاهی را تقویت می‌کند که پروتزهای سیلیکونی در مجموعه‌ای از مشکلات سیستمیک نقش دارند و ممکن است اختلالی غیرمعمول در بافت همبند را نشان دهند که پیش‌تر در متون پزشکی توصیف نشده بود.^{۵۶} کارشناسان اکنون در دو سوی این بحث صف‌آرایی کرده‌اند؛ برخی همچنان از ممنوعیت FDA حمایت می‌کنند و برخی دیگر خواستار لغو آن هستند.

از آنجا که پستان‌های بزرگ یک ایده‌آل ریشه‌دار آمریکایی محسوب می‌شوند، کاهش اندازه‌ی پستان به اندازه‌ی بزرگ کردن آن مورد توجه قرار نگرفته است. با این حال، عمل «ماموپلاستی کاهشی» محبوبیت بیشتری یافته است—در سال ۱۹۹۲، نزدیک به چهل هزار نفر این نوع جراحی را انتخاب

کردند. زنانی با پستان‌های بسیار بزرگ اغلب از مشکلات پزشکی متعددی رنج می‌برند، به‌ویژه درد گردن و کمر، شانه‌های خمیده و آزدگی‌های پوستی. برخی شکایت دارند که پستان‌های بزرگشان مانع دویدن یا ورزش می‌شود و برخی دیگر صرفاً از اندازه‌ی پستان‌های‌شان احساس شرمندگی می‌کنند.

عمل ماموپلاستی کاهشی (کوچک کردن پستان) عملی دشوارتر از پروتزگذاری پستان است و نیاز به جراحی در بیمارستان، بیهوشی عمومی و دوره‌ی نقاهت حدود سه هفته‌ای دارد. برخی تبلیغات این عمل، مانند آگهی‌های سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵ در مجله‌ی نیویورک تایمز با تصاویر پستان قبل، حین و بعد از جراحی کاهش اندازه، این تصور غلط را ایجاد می‌کردند که تغییر شکل پستان به آسانی جمع کردن چین‌های یک بلوز است. اما با وجود درد و ناراحتی‌های ناشی از آن، زنانی که این عمل را انجام داده‌اند معمولاً از نتایج راضی هستند. دکتر «مایکل کارستن»، جراح پلاستیک در برکلی که بسیاری از این عمل‌ها را انجام داده، می‌گوید همه‌ی بیمارانش آرزو داشتند زودتر از این‌ها درباره‌ی این جراحی اطلاع می‌داشتند و آن را انجام می‌دادند.

زنانی که این عمل را انتخاب می‌کنند گاهی باید با شوهران و معشوقان‌شان مبارزه کنند. یک زن که پستان‌های بسیار بزرگش باعث درد مزمن گردن و کمر شده بود تصمیم گرفت اندازه‌ی آن‌ها را کاهش دهد. جراحی که انتخاب کرده بود به او گفت خوشحال می‌شود عمل را انجام دهد، اما فقط در صورتی که اجازه‌ی شوهرش را بگیرد. هرچند زن اعتراض کرد که این بدن خودش است، پزشک مصر بود: او بارها با مردانی مواجه شده بود که از کوچک‌شدن پستان‌های همسرشان ناراضی بودند!

زن دیگری که در مجله‌ی *Women's Sports and Fitness* (آوریل ۱۹۹۵) تجربه‌ی خود را نوشت، به یاد می‌آورد که پستان‌های 36DD او به «باری سنگین» تبدیل شده بودند. او نه تنها عادت کرده بود شانه‌هایش را خم کند و ژاکت‌های گشاد بپوشد تا سینه‌هایش را پنهان کند، بلکه از کلاس‌های ورزشی نیز دوری می‌کرد تا دیگران تکان‌خوردن پستان‌هایش را نبینند. هنگام دویدن، او پستان‌های ده‌پوندی‌اش را در سه سینه‌بند ورزشی جا می‌داد. در نهایت، او جراحی کاهش اندازه‌ی پستان را انتخاب کرد که سایز او را به C کاهش داد. هرچند پستان‌هایش هنوز جای زخم‌های عمل را دارند، او

می‌گوید: «هرگز تصور نمی‌کردم این‌قدر موجب آسایش او باشد.» او می‌گوید اعتماد به نفس و علاقه‌اش به ورزش را دوباره به دست آورده است.

شیردهی، تومورها و اخیراً جراحی زیبایی—این‌ها مسائل اصلی پزشکی درباره‌ی پستان بوده‌اند. پزشکان چه کارها که با پستان نکرده‌اند: انواع مواد دارویی بر روی آن مالیده‌اند، ضمادها و مرخم‌ها روی آن گذاشته‌اند، به دستگاه‌های برقی بسته‌اند، با رادیوم بمباران کرده‌اند، بین صفحات دستگاه ماموگرافی آن‌ها را فشرده‌اند، سیلیکون به آن‌ها تزریق کرده‌اند و در نهایت، به عنوان آخرین راه‌حل، آن را از بدن جدا کرده‌اند. درمان متعارف سرطان پستان توسط دکتر «سوزان لاو» چنین خلاصه شده است: «برش، سم و سوزاندن.»^{۵۷} اما نباید بیش از اندازه سهمی از وحشت‌ها را به پزشکی نسبت دهیم؛ باید به یاد داشته باشیم که پیشرفت‌های زیادی نیز حاصل شده است. اکنون می‌دانیم چرا شیر مادر برای نوزادان مفید است: هورمون‌ها و آنزیم‌هایی که رشد را تحریک می‌کنند و آنتی‌بادی‌هایی که در برابر عفونت‌های رایج محافظت می‌کنند، تا حد زیادی شناسایی شده‌اند. کسانی که تصمیم می‌گیرند شیر ندهند دیگر لازم نیست نگران سلامت نوزادان تغذیه‌شده با شیشه باشند، به این شرط که فرمول شیر به درستی آماده و

مصرف شود. همچنین درک بهتری از برخی عوامل آغازگر و تسریع کننده‌ی سرطان پستان داریم و دلایل زیادی برای خوش‌بینی نسبی حتی در صورت ابتلا به بیماری وجود دارد. برخی از ما شاهد درمان سرطان پستان در قرن آینده خواهیم بود. و برای کسانی که پستان‌های بزرگ‌تر یا کوچک‌تر می‌خواهند، همیشه جراحان پلاستیک وجود دارند—و حتی هیپنوتیزم‌کنندگان حضور دارند که وعده‌ی تغییر اندازه‌ی پستان از طریق قدرت ذهن می‌دهند.^{۵۸} یک هیپنوتیزم‌کننده می‌گوید می‌تواند در یک برنامه‌ی دوازده‌هفته‌ای به قیمت ۳۷۵ دلار، سینه‌های شما را پُرتر کند؛ او در حالت هیپنوتیزم، مراجعانش را به دوران بلوغ بازمی‌گرداند و از آن‌ها می‌خواهد «سرکوب پستان» دوران دخترانه‌ی خود را رها کنند.^{۵۹} بله، شارلاتان‌ها هنوز وجود دارند، همان‌طور که همیشه بوده‌اند. اما درمان‌گران واقعی نیز همچنان هستند. به نقل از پروست: باور به پزشکی حماقت بزرگی است، اگرچه باور نداشتن به آن حماقتی بزرگ‌تر خواهد بود.

Notes

CHAPTER SEVEN

- i. Valerie A. Fildes, *Breasts, Bottles, and Babies*, p. 5.
2. Gav Robins, *Women in Ancient Egypt*, pp. 90-91. Illustration of a vessel in the form of a lactating woman, plate 27, p. 81.
3. Frederick B. Wagner, "History of Breast Disease and Its Treatment," in *The Breast*, ed. Kirby I. Bland and Edward M. Copeland, vol. III, p. 1.
4. James V. Ricci, *The Genealogy of Gynaecology*, p. 20.
5. Lesley Dean-Jones, "The Cultural Construct of the Female Body in Classical Greek Science," in *Women's History and Ancient History*, ed. Sarah B. Pomeroy, p. 115.
6. Cited in Daniel de Moulin, *A Short History of Breast Cancer*, p. 2. I am heavily indebted to de Moulin for some of the material on breast cancer presented in this chapter.
7. Soranus, *Gynecology*, trans. Owsei Temkin, p. 90.
8. R. C. Hahn and D. B. Petitti, "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Rated Depression and the Incidence of Breast Cancer," pp. 845-48; A. B. Zonderman, P. T. Costa, and R. R. McCrae, "Depression as a Risk for Cancer Morbidity and Mortality in a Nationally Representative Sample," pp. 1191-95.
9. Cited by Moulin, pp. 5-6.
10. *Medieval Women's Guide to Health: The First English Gynecological Handbook*, trans. Beryl Rowland, pp. 161-62.
11. Regine Pernoud, *La Femme au Temps des Cathedrales*, p. 119.
12. Salicet, *Chirurgie de Guillaume de Salicet*, ed. Paul Piffreau, pp. 108-9.
13. These two images are reproduced in Albert S. Lyons and R. Joseph Petrucelli, *Medicine: An Illustrated History*, figs. 490 and 498, pp. 326-27. Original source: Leiden University Library (Bibliothek des Rijksuniversiteit), ms. Vossius lat. 3, fol. 90V.
14. Cited in Moulin, p. 15.

15. Thomas Laqueur, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, pp. 104-5.
16. The drawing is reproduced in Kenneth Clark and Carlo Pedretti, *Leonardo da Vinci Drawings at Windsor Castle [1935]* (London: Phaidon, 1969), 19097 verso.
17. Andreas \asalius, *The Epitome of Andreas Vesalius*, trans. L. R. Lind, pp. 86-87. The Epitome is a brief summary of Vesalius's *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (Basel, 1543).
18. This and the following citations are from Ambroise Pare, *Oeuvres Completes*, ed. J.-F. Malgaigne, vol. 2, pp. 687, 689.
19. Cited in Dorothy McLaren, "Marital Fertility and Lactation," in *Women in English Society 1500-1800*, ed. Mary Prior, p. 27.
20. Louise Bourgeois, *Dite Boursier, Sage-Femme de la Reine, Observations Diverses sur la Sterilite, Perte de Fruits, Fecondite, Accouchements et Maladies des Femmes et Enfants Nouveau-Nes, Suivi de Instructions a Ma Fille*, p. 90.
21. This and the following citation are in Leo M. Zimmerman and Ilza Veith, *Great Ideas in the History of Surgery*, pp. 245-46.
22. *Ibid.*, pp. 252-53.
23. Moulin, p. 24.
24. On the breast cancer of Anne of Austria, see *ibid.*, pp. 25-26; Ruth Kleinman, *Anne of Austria*, pp. 282-86; and Gui Patin, *Lettres de Gui Patin a Charles, Spon, Medecin a Lyon*, vol. 3, pp. 493-94.
25. Helvetius, "Lettre de Monsieur Helvetius D.E.M. a Monsieur Regis, sur la Nature et la Guerison du Cancer," appended to *Traite des Pertes de Sang*, pp. 139-48.
26. Barbara Duden, *The Woman Beneath the Skin: A Doctors Patients in Eighteenth-Century Germany*, trans. Thomas Dunlap, p. 98.
27. *Ibid.*, pp. 83-84.
28. Ruth Pern, *The Celebrated Mary Astell*, pp. 318-22.

29. George Ballard, *Memoirs of Several Ladies of Great Britain* (Oxford, 1752), p. 459.
30. Moulin, p. 43.
31. Lorenz Heister, *A General System of Surgery* vol. II, p. 14.
32. Fanny Burney, *Selected Letters and Journals*, ed. Joyce Hemlow. Citations are from pp. 129-39.
33. Edith Gelles, *Portia: The World of Abigail Adams*. The following citations are from pp. 161, 163, and 168.
34. Cited in Owen H. Wangensteen and Sarah D. Wangensteen, *The Rise of Surgery*, pp. 455-56.
35. Moulin, pp. 58-61.
36. Geo. H. Xaphevs, A.M., M.D., *The Physical Life of Woman: Advice to the Maiden, Wife, and Mother*, 3rd Canadian ed. Quotations are taken from pp. 186 and 196.
- 37-. I am grateful for this and other observations to the French oncologist Dr. Maurice Tubiana, *La Lumiere dans l'Ombre: Le Cancer Hier et Demain*, pp. 33-34.
38. Dr. Cathy Read, *Preventing Breast Cancer: The Politics of an Epidemic*, p. 1.
39. *New York Times*, June 29, 1994.
40. Rose Kushner, *Breast Cancer: A Personal History- and an Investigative Report*.
41. *Journal of the National Cancer Institute*, July 17, 1994, cited in *New York Times* of same date.
42. *New England Journal of Medicine*, December 1995, cited in *New York Times*, December 3, 1995.
43. Susan Love with Karen Lindsev, *Dr. Susan Love's Breast Book*, 2nd ed., pp. 325-26.
44. A. B. Miller and R. D. Bulbrook, "UICC Multidisciplinary Project on Breast Cancer: The Epidemiology, Aetiology and Prevention of Breast Cancer," pp. 173-77.
45. Read, p. 2.
46. "Your Breasts: The Latest Health, Beauty & Sexual Facts," *Glamour*, April 1994, p.273

47. The Long Island Breast Cancer Study Project, National Cancer Institute, project outline, 1993.
48. X. Krieger, M. S. Wolff, R. A. Hiatt, M. Rivera, J. Yogelman, and X. Orentreich, "Breast Cancer and Serum Organochlorines: A Prospective Study Among White, Black, and Asian Women," *Journal of the National Cancer Institute*, April 20, 1994 (86) 8:589-99.
49. Yumay Chen et al., "Aberrant Subcellular Localization of BRCA 1 in Breast Cancer," *Science*, November 3, 1995, pp. 789-91.
50. Irvin D. Yalom, M.D., and Carlos Greaves, M.D., "Group Therapy with the Terminally Ill," pp. 396-400.
51. David Spiegel, *Living Beyond Limits: New Hope and Help for Facing Threatening Illness*, p. xiii.
52. *Le Monde*, September 2, 1988.
53. Solyeig Beale et al., "Augmentation Mammoplasty: The Surgical and Psychological Effects of the Operation and Prediction of the Result," pp. 279-97.
54. Kathy Davis, *Reshaping the Female Body*.
55. S. E. Gabriel et al., "Risk of Connective-Tissue Diseases and Other Disorders After Breast Implantation," *New England Journal of Medicine*, June 16, 1994, 330 (24): 1697-702.
56. Gail S. Lebovic, Donald R. Laub, Jr., Kenneth Hadler, Diana Guthaner, Frederick M. Durbas, and Donald Laub, manuscript in preparation (Stanford, Calif., 1996).
57. *New York Times*, June 29, 1994.
58. *Larger Firmer Breasts Through Self-Hypnosis* (San Juan, P.R.: Piedras Press, 1991).
59. *San Francisco Chronicle*, June 1, 1994.