

# IL PARTO INDOLORE

più propriamente: "A DOLORE ATTENUATO"

*Il recente discorso di Pio XII sul problema del parto indolore (1), rivolto al mondo degli specialisti ostetrici e ginecologici, ha suscitato nella curiosità del pubblico nuovi interrogativi sugli aspetti morali dell'anestesia del parto, soprattutto a causa dei metodi e delle sostanze nuove, indicate dalla scienza per sopprimere e attenuare i dolori*

*Pio XII, propriamente, si è intrattenuto esclusivamente sul metodo psico-fisico di Read e sul metodo psico-profilattico di Nikolaieff, dandone il contenuto scientifico e la valutazione morale. Pensiamo, tuttavia, che, data l'attualità del problema e l'opportunità che ci si offre di riesaminarlo, sia utile darne ai Lettori una visione d'insieme, anche se necessariamente riassuntiva; senza escludere l'esame specifico dei metodi psichici, sulla scorta del discorso del Pontefice.*

## CENNI STORICI SULL'ANALGESIA DEL PARTO

1. Il tentativo di alleviare, in qualunque modo, il dolore della puerpera, è da sempre nella storia dell'uomo. Esso non è che un'espressione umana di difesa, perfettamente comprensibile, di cui si è sempre occupata la medicina ufficiale e la farmacopea popolare, ricca delle più stravaganti manifestazioni (2).

Si è ricorso nel passato anche alla magia e alla forza occulta. Si sono fatti i nomi di innumerevoli pietre, di amuleti, di formule magiche, di « stregonerie », che in certa quantità si sono trovate presso tutti i popoli. « Se apriamo i lapidari dell'antichità, del Medio Evo e del Rinascimento, vi troviamo più di una pietra, alla quale si attribuiva la virtù di alleviare i dolori del parto [...]. Così, per esempio, avrebbe agito la aetite o « pietra gravida » (concrezione argillosa ferruginosa, con crosta esterna indurita a nucleo interno molle, se legata alla coscia della partoriente [...] » (3).

2. Nel cattolico Medio Evo, le pazienti ricorrevano alla protezione delle sante e soprattutto alla Vergine Maria, e si scambiavano allo scopo le loro reliquie più rinomate, fra cui « la cintura della Madonna », di cui, si dice esistano ancora strisce e pezzetti a Roma e in alcune chiese della Francia (4).

3. Il vero inizio della lotta contro il dolore del parto si può stabilire, all'incirca, all'epoca delle prime somministrazioni dell'etere

(1) *Osservatore Romano*, 9-10 gennaio 1956, pp. 1-2.

(2) DI FRANCESCO S., *Maternità senza dolore*, La Casa, Milano, 1954, p. 7.

(3) PAZZINI A., *Il medico di fronte alla morale*, Morcelliana, Brescia, 1951, pp. 78-79.

(4) DI FRANCESCO S., *o. c.*, p. 11.

negli interventi chirurgici, cioè verso la metà del secolo XIX. Difatti, fu precisamente il 19 gennaio 1847 che James Yung Simpson assistè il primo parto « indolore » con l'etere. Più tardi preferì usare il cloroformio, già noto dal 1831, per la ragione della sua rapidità di azione narcotizzante e per la sua facile somministrazione.

Di fronte alla rapida diffusione del metodo, insorsero le proteste dei teologi e moralisti protestanti, che si richiamarono al noto passo scritturale: « Il dolore paries filios » (5). Finchè un fatto nuovo, non risolse di autorità il problema: la Regina Vittoria, nel suo settimo ed ottavo parto (1852 e 1853), volle sottoporsi alla narcosi al cloroformio; da cui l'appellativo, rimasto fino ad oggi, di « narcosi à la reine », dato al metodo di anestesia discontinua usato in tale occasione (6).

4. La scoperta della siringa (1853-1860) e l'isolamento di alcune sostanze anestetiche, quali la morfina (7) e la cocaina (8), introdussero la tecnica della iniezione anestetica per via ipodermica. Nel 1902 il ginecologo di Graz Steinbüchel, ricorse ad una iniezione di morfina e scopolamina (9), provocante il c.d. « sonno crepuscolare ».

« Di questi due alcaloidi il primo eleva la soglia delle percezioni del dolore e rende indifferenti ad esso; il secondo produce rilassamento e cedevolezza delle vie di conduzione e nello stesso tempo toglie il ricordo del dolore precedente. Così la partoriente nel dormiveglia può sopportare assai meglio i dolori, già resi assai sopportabili dalla analgesica morfina » (10).

La formula di Steinbüchel venne accettata dalla clinica di Friburgo, malgrado gli inevitabili inconvenienti ch'essa portava; finchè nel 1927 il direttore della clinica prof. Gaus riuscì a sosti-

---

(5) Gen. 3, 16. Il Simpson cercò di difendersi spiegando il vero significato della condanna dei progenitori e del vero contenuto di quella parola « dolore ». Le donne di Edimburgo si schierarono in favore del Simpson, aggiungendo, « con il loro innato umorismo, che, fino a quando esse avrebbero dovuto partorire con dolore, gli uomini, in forza del significato letterale del testo scritturale, avrebbero dovuto cibarsi di pane bagnato dal sudore della loro fronte » (PAZZINI A., o.c. p. 80).

(6) DI FRANCESCO S., o.c., p. 14.

(7) La morfina, isolata la prima volta nel 1806, agisce pronta e sicura nelle forme acute delle malattie (nevralgie generali, dolori di denti, reumatismi, ecc.), agendo in generale sui centri nervosi (DE GREEFF E., *Introduction à la criminologie*, Presses Universitaires, Paris, 1947, p. 197).

(8) La cocaina è l'alcaloide più conosciuto della foglia di coca; è usata in polvere da fiuto e in fiale. Scoperta nel 1855, fece la sua prima apparizione in chirurgia nel 1884 con il prof. Stewert Halsted. Anch'essa agisce sul sistema nervoso centrale (MOGLIE G., *Manuale di psichiatria*, Pozzi, Roma, 1946, p. 325; DE GREEFF E., o.c., pp. 198-199).

(9) La scopolamina è l'alcaloide di alcune piante solanacee (belladonna, giusquiamo, mandragora) usato in farmacia come antispasmodico, potente sedativo del sistema simpatico; si vende mista a morfina (« sedol ») (ROLLIN J., *Droghe di polizia*, Morcelliana, Brescia, 1951, pp. 40-41).

(10) PAZZINI A., o.c., p. 81.

tuire la parte di morfina con un **barbiturico** (11) per evitare i danni al centro respiratorio del neonato, che si verificavano con la formula precedente. E' da allora che i **barbiturici entrarono in ostetricia** con combinazioni assai varie.

5. A questo punto, la storia dell'anestesia nel parto diventa anno per anno più vasta e complessa, data l'**enorme quantità di farmaci**, la maggior conoscenza delle sostanze e la maggior varietà dei procedimenti.

In genere, nei singoli casi, viene usato una piuttosto che un'altra sostanza, un metodo a preferenza di un altro, **a seconda dello scopo che si vuol ottenere**, in rapporto alla concreta situazione fisica e psichica della paziente. In certi casi sarà consigliabile l'**anestesia locale** (13), in altri l'**analgesia** (14) o la semplice **amnesia** (15).

### ALCUNE NOZIONI SUI DOLORI DEL PARTO UMANO

1. I dolori del parto sono presenti in tutte le specie animali; ma sembrano **più intensi nella specie umana**; verosimilmente per il nostro sistema nervoso più perfetto e per la stessa **struttura anatomica del collo uterino**, più resistente di quello dei quadrupedi, in quanto deve contrapporre alla direzione verso il basso del feto, **un dispositivo di chiusura e di sostegno più solido**, per evitare dilatazioni e scivolamenti prematuri (16).

2. Il parto è il solo fenomeno fisiologico che risulti propriamente « doloroso ». La scuola tradizionale, tutt'ora dominante, attribuisce questo dolore alla stessa struttura fisica naturale, e secondo essa anche i nostri primi antenati erano soggetti agli stessi dolori. La scuola nuova di Read e Nikolaieff (come vedremo più sotto) pensa che i dolori del parto non siano affatto naturali, ma siano **il risultato di paure e autosuggestioni successive**, inseritesi gradual-

(11) Per *barbiturico* (*veronal* o derivati) intendiamo un ipnotico ad azione centrale e prolungata, il cui uso se diurno e in dosi superiori a quelle terapeutiche può portare ad una forma di avvelenamento, anche mortale.

(12) L'*anestesia* è la privazione della sensibilità, accompagnata dalla contemporanea perdita di coscienza e di motilità; tutte le sensazioni, escluse le funzioni fondamentali della vita vegetativa, sono bloccate (ALFIERI E., *Il parto senza dolore*, in *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1941, p. 63).

(13) L'*anestesia locale* è piuttosto una analgesia, in quanto lascia attiva la sensibilità generale, la coscienza e la motilità delle zone non raggiunte dalla sostanza con il suo potere narcotico. (ALFIERI E., *cit.*).

(14) L'*analgesia* è la soppressione o attenuazione del *solo dolore*, in quanto blocca il passaggio dello stimolo dolorifero dall'area colpita al cervello, il quale rimane abbastanza libero e attivo, e la paziente ha ancora coscienza, anche se raramente piena. (ALFIERI E., *cit.*).

(15) L'*amnesia* è la perdita momentanea della memoria, mentre rimane intatta la sensibilità dolorifera e tattile. (DI FRANCESCO, *o.c.*, p. 17).

(16) VIGNES H., *Les douleurs de l'accouchement*, Masson, Paris, 1951, p. 7; JAMAIN B. et GIRAUD R., *Analgesie obstétricale*, Masson, Paris, 1954, p. 2.

mente nello psichismo umano (Read) o attraverso il **giuoco di riflessi condizionati** (Nikolaïev), che, contrastando con quelli naturali, danno luogo al dolore.

**3. Il punto di origine** del travaglio sembra sia il **muscolo uterino**; anche se tutt'oggi gli studiosi discutono quale sia esattamente la parte dell'utero che diventa dolorosa: se le stesse fibre muscolari, se la sierosa che riveste il muscolo o altri elementi circostanti l'utero (17). Mentre è indiscutibile che **la causa immediata del dolore è la contrazione**; tanto vero che ad ogni rilasciamento dell'utero, la donna cessa di soffrire.

L'intensità del dolore, in genere, è in relazione diretta con la violenza della contrazione (18). Raggiunge la sua fase più acuta durante il periodo della dilatazione; mentre durante l'espulsione, i dolori, anche se più vivi, non sono così sordi e sneruvanti e riescono più sopportabili, anche per il motivo che la puerpera è tutta impegnata nello sforzo del « disimpegno » (19).

**4. I dolori variano certamente da donna a donna.** Non si hanno apparecchi per misurarne l'intensità, trattandosi di fenomeni del tutto soggettivi e apprensivi. **Le manifestazioni esterne del dolore sono assai ingannevoli:** alcune donne prima ancora delle contrazioni accusano forti dolori, si lamentano, danno in smanie e contorsioni, fino a portare in inganno lo stesso medico che le assiste; **per altre**, clinicamente più esposte al dolore, il travaglio diventa un avvenimento piuttosto semplice e sopportabile (20).

**5. E' difficile determinare con esattezza lo scopo fisico** dei dolori del parto. Hartemann (21) e Kreis (22) pensano che i dolori ab-

(17) PIGEAUD H., *Il dolore in ostetricia*, in *Minerva medica mediterranea*, gennaio 1955, 46 ss.; JAMAIN B., *o.c.*, pp. 6-7; VIGNES H., *o.c.*, pp. 11-16; CHARTIER M., *L'accouchement sans douleur*, *Cahiers Laënnec*, Léthiel-leux, Paris, n. 4, 1952, pp. 50-51. - L'utero è quasi totalmente costituito da fibre muscolari, alcune disposte lungo il suo asse, altre in circolo, per cui l'utero è un vero organo contrattile. Le sue contrazioni, aventi lo scopo di spingere verso l'esterno il frutto del concepimento, sono comandate dai gruppi di fibre nervose derivanti dal plesso ipogastrico inferiore (gruppo di gangli nervosi situato sul bacino) o attraverso il plesso ipogastrico superiore da gruppi di gangli situati più in alto sull'addome a contatto della colonna vertebrale (SILVA C., Manoscritto inedito su « *Il parto indolore* », gennaio 1956).

(18) VIGNES H., *o.c.*, pp. 18-22.

(19) VIGNES H., *o.c.*, p. 11.

(20) Troppe volte il clima di ossessione, da cui è tutta penetrata la partorienti durante il travaglio, è stato preparato dalle conversazioni poco avvedute delle madri e delle suocere o amiche, che, in genere non parlano mai di casi semplici di parto, perchè questi non destano interesse; ma elencano casi penosi e angosciosi, incorniciati di particolari strani ed incomprensibili. (Vedere: VIGNES H., *o.c.*, pp. 27 ss; JAMAIN B., *o.c.* pp. 8 ss.).

(21) HARTEMANN J., *Nature et destinée de la douleur dans l'accouchement*, in *Bull. de la Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, n. 1, 1938, p. 111.

(22) KREIS J., *La douleur de l'accouchement, son sens biologique, son*

biamo la funzione di **preavviso**, per sottrarre la paziente e il nascituro a tutti quei pericoli ai quali si esporrebbero, **se il parto avvenisse inaspettato**; e per dare, quindi, possibilità alla madre di organizzare una appropriata preparazione alla sua maternità.

Altri insistono sulla provvidenziale **funzione affettiva del dolore del parto**; questo accrescerebbe, secondo essi, l'attrazione della madre verso la sua creatura, avuta nella sofferenza, che è sempre espressione di donazione e di amore. Non tutti, però condividono questo pensiero, pur ammettendo che il dolore della madre possa influire un poco sul suo attaccamento alla propria creatura; secondo questi l'influsso non dovrebbe essere nè notevole nè tanto meno decisivo (23).

*Comunque, osserva il Vignes, il dolore ha certamente una sua funzione di bene generale; e gli inconvenienti che talvolta ne derivano, non provengono dal dolore, come tale, ma piuttosto da anomalie preesistenti o da parto troppo lungo o difficile o da vizi muscolari dell'utero. « Io penso che mai una donna abbia avuto conseguenze gravi e permanenti per il fatto di aver molto sofferto » (24).*

#### METODI DI ANESTESIA NEL PARTO (25)

**Svariati sono i farmaci** che possono essere usati allo scopo; **diverse sono le vie**, attraverso le quali tali farmaci possono essere somministrati. **L'effetto clinico** varia, naturalmente, in rapporto alla loro specifica **azione farmacologica** sui vari organi ed apparati dell'organismo, ed anche secondo la persona, il modo e la dose con cui detti farmaci vengono somministrati. Va da sé che, come diversa è l'**azione utile** che viene raggiunta con il loro impiego, così diversa è anche l'**azione dannosa** (tossica), che inevitabilmente è legata alla natura di ogni farmaco. In breve sintesi possiamo distinguere (26) **anestetici generali da anestetici parziali**.

##### Anestetici generali.

**a) L'etere**, molto usato nel passato, è un anestetico volatile ad azione centrale. Viene somministrato con apparecchi appositi; ha un'azione rapida ed un largo margine di sicurezza. **Sul l'organismo materno** determina talvolta complicazioni polmonari, è tossico per il fegato e per i reni; diminuisce il tono e la contrattilità uterina. **Sul feto** non è senza azione dannosa (esattamente sui centri encefalici), perchè lo raggiunge attraverso la placenta.

*mécanisme, son utilité pratique, in Strasbourg médical, 25 avril 1938, p. 143.*

(23) CHARTIER M., *o.c.*, p. 49.

(24) VIGNES H., *o.c.*, p. 10.

(25) TREVoux R., *Etat actuel de l'analgésie et de l'anesthésie en obstétrique*, in *Anesthésie et analgésie*, juin 1953, pp. 125-183; sept. 1953, pp. 279-314.

(26) SILVA C., *Manoscritto, cit.*

Per queste sue caratteristiche è usato quasi esclusivamente per interventi cesarei dopo estratto il feto (27).

b) Il cloroformio ha, anch'esso, un'azione anestetica assai rapida; tuttavia è **assai più tossico** dell'etere ed ha un ristretto margine di sicurezza. Incide fortemente sull'andamento del travaglio; attraverso la barriera placentare diventa **tossico per il feto**. E' quasi ovunque abbandonato (28).

c) Il tricloroetilene è essenzialmente un analgesico ed ha una azione centrale. Viene somministrato con apparecchi appositi in maniera discontinua per **autoanalgesia**, operata dalla stessa paziente, attraverso la pressione di un pulsante, che permette l'accesso dell'analgesico. Quando la donna si assopisce, sotto l'azione del trilene, spontaneamente toglie la pressione del pulsante ed il passaggio del gaz cessa immediatamente. Il trilene ha un'**eliminazione lenta**; incide poco sull'andamento del travaglio; è **meno tossico** del cloroformio; deve tuttavia essere dosato con prudenza non essendo altrettanto innocuo per il feto (29).

d) Il protossido d'azoto è un anestetico gassoso ad azione centrale e viene somministrato per anestesia condotta dal medico o per autoanalgesia. E' **uno dei più interessanti anestetici dell'ostetricia**, per la rapidità della sua azione, che riesce a bloccare il dolore al primo apparire della contrazione; e per la sua quasi istantanea eliminazione. **La sua azione analgesica è buona**, incide poco sulle contrazioni, alle quali può talvolta giovare se molto dolorose. Nonostante raggiunga il feto attraverso la placenta, **non gli è che scarsamente nocivo**. Il risveglio è senza malessere (30).

#### Pre-anestetici o coadiuvanti.

1. Sono ancora da segnalare alcuni anestetici ad azione centrale che vengono usati per lo più come **pre-anestetici**; la loro azione talvolta è utile anche per una certa attività che essi determinano sulla cinesi uterina. I più importanti di essi sono: **la morfina, il dolosal, la scopolamina**.

a) La morfina si usa spesso associata con antispasmodici (*papaverina, scopolamina, ecc.*) e riesce ad attenuare il dolore a seconda della sensibilità della paziente, della dose somministrata e dell'intensità del dolore. La contrazione si fa più corta e diminuisce nella frequenza, fino ad interromperla, se la dose è troppo forte. La morfina, in dosi limitate, non è dannosa alla madre, ma può esserlo alla vitalità del feto, potendo diminuire l'eccitabilità del centro respiratorio. E' sempre meno pericolosa dei barbiturici (31).

---

(27) SILVA C., *cit.*; VIGNES H., *o.c.*, pp. 94-96; JAMAIN B., *o.c.*, pp. 56 ss., TREVoux R., *cit.*, pp. 132-133.

(28) SILVA C., *cit.*; TREVoux R., *cit.*, pp. 133-136.

(29) SILVA C., *cit.*; TREVoux R., *cit.*, pp. 136-139.

(30) SILVA C., *cit.*; TREVoux R., *cit.*, pp. 140-142.

(31) TREVoux R., *cit.*, pp. 146-148; JAMAIN B., *o.c.*, pp. 69 ss.; VIGNES H., *o.c.*, pp. 136 ss.

b) Il dolosal (= *dolantina, petidina*) è *antispasmodico e sedativo con azione sul centro cerebrale del dolore; esso non produce narcosi; lo si amministra per via muscolare o venosa, solo o in associazione con altri analgesici. E' meno attivo della morfina, ma di questa meno tossico; può essere usato come ottimo pre-anestetico* (32).

c) La scopolamina *deprime il sistema nervoso centrale con forte assopimento e sonno pesante, dopo una fase iniziale di eccitanti allucinazioni. Non stronca il dolore, ma col torpore diminuisce le percezioni coscienti e porta con sè forti amnesie. Le contrazioni e retrattilità non vengono modificate. Tuttavia, porta seri pericoli al feto a causa della depressione del centro respiratorio, che crea minaccia di apnea che talora può essere anche mortale.*

2. Parimenti usati come **preanarcotici o analgesici** sono i **barbiturici**: farmaci ad azione depressiva (sui centri nervosi sottocorticali); alcuni fra essi sono: il **pentothal**, l'**evipam**, il **gardenal**, il **dial**, ecc. Essi vengono associati e non associati alla morfina o alla scopolamina o al protossido o al cloroformio.

Essendo sedativi ed ipnotici, **non sopprimono propriamente il dolore**, ma provocano l'incoscienza e il semi-coma, ed la paziente non ricorda di aver sofferto; anche se esternamente il suo organismo risponde al dolore con riflessi vari. **Le contrazioni non vengono**, se non minimamente, **modificate**. Tuttavia, i barbiturici sono **pericolosi al feto**; « per cui ho paura dei barbiturici, e penso che dovremmo servircene solo come calmante in piccole dosi e non come anestetico » (33).

3. **Alcuni farmaci**, infine, introdotti in campo ostetrico in epoca relativamente recente, sono usati **come coadiuvanti** l'effetto di altri anestetici, in virtù di loro particolari attività farmacologiche. Tali sono: il **curaro** (con azione periferica sul muscolo striato del quale determina il rilasciamento fino all'atonia a seconda delle dosi) (34); **gli antistaminici** (35), come il **fenegan**, (con azione centrale potenziatrice degli altri anestetici, con azione regolatrice della contrazione uterina e rammollimento del collo uterino); **i ganglioplegici** (36), come il **largactil**, con azione potenziatrice dei barbiturici nel parto medico e spasmolitica.

### Anestesia parziale.

**Altri farmaci** vengono impiegati per ottenere un'anestesia di distretti più o meno ampi dell'organismo, **lasciando intatta**, o quasi, l'attività del sistema nervoso centrale e di conseguenza anche **la conoscenza dell'individuo**. Essi sono diretti a bloccare la sensibilità midollare (**rachianestesia**) o quella dei tronchi nervosi periferici (**anestesia loco-regionale**).

(32) JAMAIN B., *o.c.*, pp. 74 ss.; VIGNES H., *o.c.*, pp. 141 ss.

(33) VIGNES H., *o.c.*, p. 133; JAMAIN B., *o.c.*, pp. 80-81.

(34) TREVoux R., *cit.*, pp. 149 ss.

(35) *Ibidem*, p. 152.

(36) *Ibidem*, pp. 148 ss.

a) **La rachianestesia**, è l'introduzione della sostanza anestetica negli spazi sottoaracnoidei e può essere **semplice** e **continua**. Viene usata solo per interventi di notevole entità; salvo l'impiego fattone da qualche autore sotto forma di rachianestesia bassa, realizzante « il blocco a sella » (37), a scopo di analgesia oste-trica (38).

b) **Le anestesi loco-regionali** sono: l'**epidurale sacrale**, la **infiltrazione del simpatico lombare**, la **infiltrazione presacrale**, la **infiltrazione dei nervi pudenti**; la **infiltrazione dei parametri** (39).

La prima è una delle più seguite: si punge lo spazio fra la 3° e la 4° vertebra lombare e si inietta il liquido nello spazio c.d. epidurale. La soluzione diffondendosi nello spazio raggiunto blocca le radici dei nervi simpatici e parasimpatici sacrali e così anestetizza tutti gli organi del bacino (40). Questa può essere « semplice » o « continua ». Quest'ultima ovvia l'inconveniente della notevole brevità di durata di questa anestesia e si attua con l'iniezione della soluzione goccia a goccia attraverso un piccolo catetere, lasciato in situ (41).

La infiltrazione del simpatico lombare ha buoni effetti analgesici sulla dilatazione; tuttavia la sua tecnica non è sempre facile; essa blocca la via nervosa utero-lombare. La infiltrazione presacrale provoca l'anestesia dei nervi sacrali; la contrazione non ne sembra influenzata e la dilatazione sembra accelerata in più della metà dei casi. La infiltrazione dei nervi pudendi ha un'azione piuttosto rapida; non influisce nè sulla contrazione nè sulla dilatazione. La infiltrazione dei parametri blocca il plesso ipogastrico inferiore, di rapida azione ma di breve durata; non influisce sulla contrazione e la dilatazione è in genere facilitata (42).

#### Analgesie per azione psichica.

Non è difficile ammettere che la sensibilità del dolore dipende in buona parte anche dal clima psichico, con il quale la donna l'affronta. Anche per quanto riguarda le altre situazioni della vita, la paura e la nervosità esagerano ogni tipo di dolore. Questo sembra particolarmente vero per la donna incinta, per le sue particolari condizioni fisiche e psichiche. Read e Nikolajeff, urgendo questo constatazione, hanno pensato che una opportuna preparazione psichica e fisica dovrebbe poter ottenere una tale attenuazione di dolore, da potersi chiamare « vera analgesia ».

---

(37) E' detto « blocco a sella », in quanto raggiunge tutta la regione del bacino, del perineo e delle superfici superiori delle coscie: in qualche modo, di tutta « quella parte che viene a contatto con la sella quando la persona sta a cavallo » (DI FRANCESCO S., o.c., p. 19).

(38) SILVA C., cit., TREVoux R., *Anesthésie et analgésie*, Sept. 1953, pp. 284 ss.

(39) TREVoux R., cit., pp. 288-297 ss.

(40) DI FRANCESCO S., o.c., pp. 18-19; TREVoux R., cit., pp. 288 ss.; SILVA C., cit.

(41) DI FRANCESCO S., o.c., p. 120; TREVoux R., cit., pp. 288 ss.

(42) TREVoux R., cit. pp. 290 ss.

### Metodo di Grantly Dick Read (43).

1. Il metodo di Read è detto anche del « parto naturale » o del « parto senza paura ». A grandi linee è il seguente: esso parte dal principio che ogni funzione fisiologica in condizioni normali si attua senza dolore. Ora il parto è un fenomeno fisiologico, cioè un normale funzionamento di un organo destinato a compiere l'azione per cui è stato creato. **Come mai, allora, il dolore, oggi è presente in ogni parto?**

A questo punto occorre conoscere sommariamente come viene percepito il dolore nel nostro organismo. *Piccolissime terminazioni nervose, distribuite su tutta la superficie del corpo, trasmettono gli stimoli doloriferi al centro della percezione, situato nel cervello; « qui vi sono strutture che interpretano la qualità dello stimolo. Da questo centro interpretativo le fibre nervose si distribuiscono alla parte motrice del cervello, da dove poi sono mandati messaggi ai muscoli [...]».*

*« Dall'utero le sensazioni sono mandate [...] al centro del cervello, conosciuto come « talamo ». Questo interpreta la natura degli stimoli e spedisce alla corteccia cerebrale il messaggio [...] e si dà luogo ad una attività protettiva.*

*« E' ovvio che vi sono diversi centri, dove questa interpretazione può dare origine a false sensazioni e percezioni. Se una sensazione nell'utero è interpretata dal talamo come dolore, allora il talamo, spinto a commettere questo errore da certe inevitabili circostanze concomitanti, può mandare alla corteccia un'impressione interamente falsa della sensazione ricevuta dall'utero.*

*« Sfortunatamente, vi sono diverse condizioni che rendono facile al talamo una interpretazione errata degli stimoli; perchè questa complicatissima parte del cervello non solamente ha da fare con gli stimoli puramente fisici che vengono dal corpo, ma anche con i sensi speciali, con le emozioni e con tutte le forme di stimoli associati per mezzo della mente. Quindi il talamo [...] può interpretare come dolore una sensazione ordinaria » (44).*

2. Se, dunque, in origine il parto era senza dolore, **ad un certo momento della storia si è insinuato un intruso che ha determinato le sensazioni dolorose.** La civiltà e la cultura, attraverso una progressiva falsificazione di convinzioni e di estimazioni, ha raccolto lungo il corso dei tempi, **complessi di paura e di ansietà,** che hanno dato luogo a determinate e istintive tensioni protettive del corpo.

Per cui, le contrazioni uterine, anzichè essere sperimentate come « semplici sensazioni », sotto l'azione di stimoli associati, (il cui grande motore è la paura) vengono interpretate dal sistema centrale come dolore, contro il quale il meccanismo protettivo suscita contrazioni di muscoli antagonisti all'azione delle contrazioni naturali, provocando effettivo dolore. Questo dolore, a sua volta,

(43) READ G. D., *Rivelazioni sul parto; maternità senza paura*, Idelson, Napoli, 1951, pp. 312; DELLEPIANE G., *Il parto senza paura*, in *Mi-nerva ginecologica*, febbraio 1952, pp. 41 ss.

(44) READ G. D., *o.c.*, pp. 21-23.

provoca aumento di paura e di stimoli corrispondenti, e stabilisce un vero circolo vizioso di paura e di sensazioni dolorose (45).

3. Per ricondurre il parto nelle condizioni originarie, Read fa ripercorrere le vie, per cui si è giunti ad un travolgimento delle sensazioni naturali del parto. Accanto ad una determinata e ordinata serie di esercizi fisici, che tendono sostanzialmente alla tecnica del rilasciamento di tutta la persona (46), egli cerca di dare, con lezioni commisurate alla sensibilità e cultura delle gestanti, le cognizioni più elementari sullo svolgimento della gestazione e del parto; e mira soprattutto ad infondere nella donna convinzioni di fiducia nella naturalezza del parto (47).

#### Metodo psico-profilattico di Nikolaieff.

1. Il principio, da cui parte lo studioso russo, è lo stesso da cui è partito Read; differiscono solo nel metodo e nei dettagli tecnici delle applicazioni pratiche (48). Il Nikolaieff si rifà alla dottrina del suo maestro Pavlov (49) dei riflessi condizionati, già conosciuta e valorizzata dal Read nella sua teoria del parto « senza paura », però più larvatamente del Nikolaieff.

La dottrina dei riflessi condizionati la potremmo riassumere così: la corteccia cerebrale riceve stimoli e segnalazioni da ogni zona dell'organismo e dopo averne discriminato la qualità, emana impulsi per i movimenti corrispondenti (riflessi). Alcune reazioni allo stimolo sono sempre associate a processi determinati e precisi (riflessi assoluti); altre reazioni non hanno nè carattere preciso nè un processo determinato (riflesso condizionato), ma risultano da associazioni di immagini, talvolta non corrispondenti ad una realtà attuale obiettiva (50).

« L'esperienza ha provato che è possibile, grazie ad associazioni stabilite arbitrariamente, provocare sensazioni di dolore, anche quando l'eccitazione che le suscita ne è per se stessa totalmente incapace » (51).

(45) READ G. D., o.c., pp. 24 ss.; pp. 42 ss.

(46) HARLIN F., *Maternità serena*, Bianchi-Giovini, 1954, pp. 129 ss.

(47) NOTTER A., *Schéma d'application pratique d'accouchement naturel de Read*, in *Bull. de gynécologie et d'obstétrique*, n. 5, 1952, pp. 944-946; DELLEPIANE G., *La preparazione psico-fisica al parto*, in *Minerva ginecologia*, settembre 1955, pp. 636-639.

(48) JAMAIN B., o.c., pp. 133 ss.;

(49) PAVLOV Giovanni Petrovic (1849-1936) fu un grandissimo fisiologo che nel 1902 fu insignito del premio Nobel e sperimentò le sue teorie dei riflessi condizionati sugli animali. La sua teoria venne ripresa da Read in Inghilterra e da Nikolaieff in Russia, e da quest'ultimo maggiormente approfondita. Vedi: ANGELERQUES R., *La conception pavlovienne de la douleur dans l'accouchement*, in *Revue de la nouvelle médecine*, 1954, pp. 9-32.

(50) ANGELERQUES R., *cit.*, pp. 13-14; *L'esempio classico* che si porta a questo proposito è quello del cane, al quale viene presentato sempre lo stesso recipiente con il cibo. Ogni volta che il cane vede il recipiente secerne succo gastrico, anche se il recipiente è vuoto. Il cane ha associato l'immagine del recipiente con il cibo, per cui lo stimolo risultante ha provocato la secrezione.

(51) Pro XII, *L'insegnamento morale e religioso del Sommo Pontefice in una odierna questione medica*, in *Osservatore Romano*, 9-10 gennaio 1956, pp. 1-2.

Nel caso del dolore del parto, secondo Nikolaieff, cause storiche ambientali (52) avrebbero **associato l'immagine di parto allo stimolo dolore**. L'associazione sarebbe stata trasmessa attraverso l'udito e la vista di generazione in generazione, e ne sarebbe uscito l'attuale condizione di « parto doloroso » (53).

2. Scopo, dunque, del metodo psico-profilattico di Nikolaieff è agire sul cervello più che sul fisico, con una profonda **disintossicazione psichica**, riorganizzando l'attività corticale e rafforzando la sua resistenza nella lotta contro l'apprensione, sopprimendo i riflessi condizionati inutili e nocivi, e suscitando, in loro vece, riflessi condizionati utili, capaci di collegare la contrazione ad una attività non dolorosa. (54).

3. « *Il metodo si attua quindi attraverso una serie di lezioni, da sei a dieci, [...] per educare e persuadere la donna con il ragionamento e con l'esempio pratico. [...] Si vuole eliminare il mistero che circonda l'atto fisiologia del parto e la donna impara a conoscere con la fisiologia degli organi e il loro funzionamento, tutto ciò che avverrà, momento per momento, durante il travaglio. Le si tolgono dubbi e timori ingiustificati, le si fa notare [...] come sia il cervello il responsabile di quei dolori, smarrendosi e perdendo le sue capacità di controllare il sistema nervoso degli organi interni* » (55).

Le contrazioni, secondo Nikolaieff, **non dovrebbero essere più portatrici di dolore**, ma dovrebbero avere il solo carattere di intenso lavoro muscolare; per cui le donne preparate bene dovrebbero soffrire relativamente poco. L'estensione del metodo e il successo che sembra avere, sarebbero le prove più genuine della sua efficacia (56).

## VALUTAZIONE SCIENTIFICA DELL'ANALGESIA NEL PARTO

1. **L'analgesia ideale** sarebbe quella che preserva integralmente la madre e il feto da pericoli contro la loro integrità, e nello stesso tempo lascia immutata l'attività normale del muscolo uterino. Ora, **solo l'analgesia psichica potrebbe rispondere a queste condizioni**. Ma questa, almeno per ora, non è sempre possibile, a causa della conoscenza assai ristretta del metodo e della preparazione che richiede e della scarsa recettività di molte pazienti.

(52) ANGELERGUES R., *cit.*, pp. 14-21.

(53) PIO XII, *cit.*

(54) ANGELERGUES R., *cit.*, pp. 21-22.

(55) MIGLIORI G., in *L'Italia*, 22 gennaio 1956, p. 3.

(56) PIO XII, *cit.*: « *Quanto al successo, si asserisce che esso è molto importante: dall'85% al 90% delle nascite avvenute in tal modo sarebbero state realmente indolori* ». Vedi: MIGLIORI G., in *L'Italia*, 22 gennaio 1956, p. 3: « *Evidentemente c'è un esito secondo il carattere e la preparazione. Il 40% si può dire che non soffre nessun dolore, secondo le statistiche russe, francesi e la nostra personale; mentre il 50% avverte un po' di dolore, che però è almeno della metà, spesso del 70-80% inferiore a quello normalmente patito. Il solo 8-10% non dà risultati soddisfacenti e in questi casi la responsabilità è da ricercare nella labilità del sistema nervoso, nella cattiva preparazione e nella sfiducia nel metodo* ».

Per cui, fino a che il metodo del « parto senza paura » o « metodo psico-profilattico » non avrà raggiunto una certa penetrazione e una facile applicabilità, accanto ad una sicurezza di risultati, possiamo dire che, nella loro forte maggioranza, **le moderne analgesie hanno tutte, accanto agli aspetti positivi, i loro immaneccabili aspetti negativi;** e la loro riuscita è soprattutto, affidata alla capacità e alla cura attenta dell'ostetrico (57).

**2. Fra i più normali inconvenienti** prodotti dagli analgesici; nei confronti dell'andamento generale del parto, deve essere annoverato l'indebolimento dell'azione muscolare dell'utero; le contrazioni sono meno forti, meno lunghe, meno frequenti e alcune volte addirittura si interrompono completamente. « **Non si sopprime il dolore, senza in qualche modo compromettere la funzione motrice** ». (58).

Altri inconvenienti, ai quali l'analgesia può esporre la donna durante il parto, sono: *gli stati sincopali o asfittici provocati soprattutto dai barbiturici presi in alta dose; la penetrazione nei bronchi del contenuto gastrico dello stomaco a causa dell'abolizione dei riflessi della faringe e della laringe; la morbilità puerperale più elevata, causa del necessario ricorso ad interventi operativi sempre più frequenti, man mano che le anestesie o analgesie salgono di intensità; gli stati itterici gravi sotto il parto; le encefalopatie post-anestetiche* (59).

**3. I pericoli per la sanità e la vitalità del feto,** provenienti da analgesia, sono certamente assai maggiori di quelli per la madre.

Per giudicare l'entità di detti pericoli, va tenuto presente che ogni contrazione modifica gli scambi materno-fetali, interrompendoli momentaneamente; il piccolo cuoricino accelera i suoi battiti per sopperire col l'aumento della rapidità di circolo alla deficiente ossigenazione dei globuli rossi. Se le condizioni restano normali, il feto riesce a superare il periodo più acuto della crisi costituito dalla fase della contrazione e a riprendersi nel rilasciamento dell'utero; in caso contrario ne soffre fino ad esserne compromesso per sempre (60).

**a) I maggiori pericoli** si possono riassumere nella **anoxia**, che può provocare inspirazioni precoci (che assorbirebbero il liquido amniotico inondando i bronchi), e nelle **lesioni tossiche del sistema nervoso centrale**, tali da coinvolgere un « processo generale », molto simile ad uno choc traumatico. Le conseguenze di tali eventi si prolungano nei primi mesi di vita e talvolta ancora per lunghi anni, con possibilità di anomalie psichiche e neurologiche per tutta la vita.

(57) JAMAIN B., o.c., pp. 19 ss.

(58) JAMAIN B., o.c., p. 48. Naturalmente queste ripercussioni analgesiche sulle contrazioni variano da donna a donna: dove la contrattilità è già per se stessa debole, nell'analgesia verrà pressochè annullata; dove è eccessiva verrà certamente migliorata. (*Ibidem*, pp. 49-50).

(59) *Ibidem*, pp. 56-59.

(60) SILVA C., cit.; JAMAIN B., o.c., pp. 26 ss.; CARRE' J., *Considération sur la physiologie du foetus pendant l'anesthésie de la femme enceinte, in Anesthésie et analgésie*, février 1954, pp. 118 ss.

b) **Un altro inconveniente**, imputabile agli anestetici, è il **ritardo nel respirare**, provocato dall'azione depressiva del centro respiratorio. I dati statistici danno una frequenza assai elevata a questa forma di apnee per anestesia. Un'apnea di qualche minuto può essere causa di anomalie definitive e gravi; la permanenza di un eccesso di anidride carbonica basta a creare nel piccolo delle lesioni irreparabili con la degenerazione e la morte delle cellule nervose (61).

4. **Il metodo di Read**, data la sua innocuità, ha trovato molti simpatizzanti soprattutto nei Paesi anglosassoni e nordici; ed ha certamente il grande vantaggio di attenuare i dolori non più con un'azione farmacodinamica, fatalmente sempre dannosa, ma **con mezzi innocui ed educativi**. Con questa formula la donna può seguire in piena coscienza e collaborazione la nascita del suo bambino; e può, appena terminato il parto, godere immediatamente e pienamente la gioia della maternità.

*Il dolore non viene soppresso; le contrazioni impegnano ancora notevolmente. Tuttavia, grazie alla preparazione psichica e fisica della donna, il dolore diventa « sopportabile » con certa facilità (62). « In complesso dobbiamo riconoscere che i risultati del metodo Read sono, per la maggioranza dei casi, molto soddisfacenti [...] e la maggior parte delle donne che si sono sottoposte al suo metodo si dichiarano soddisfatte »(63).*

5. **Quanto al metodo Nikolaiëff**, alcuni elementi, su cui esso si basa, sono certamente scientifici; quale la dottrina dei riflessi condizionati, in genere. **Altri elementi, invece, sono ancora discutibili**; quale l'affermazione assoluta che il parto, essendo atto fisiologico, debba essere indolore; quale l'affermazione che un tempo il parto avveniva veramente senza dolore; e che solo a causa di riflessi condizionati è diventato doloroso.

Se un giorno la scienza avrà dimostrato, non solo affermato o supposto, che il parto è di natura sua indolore e solo a causa di riflessi condizionati è diventato doloroso, e che di conseguenza esso può essere ricondotto alla sua genuina formula indolore con determinati metodi, nessuno obietterà. Ma se questo non è possibile, o almeno per ora non è possibile, dobbiamo astenerci da affermazioni assolute, e ritenerci ancora sul terreno delle ipotesi (64).

*Le voci dei medici, specialisti del metodo, sono ottimistiche, e appoggiano su dati (65). « Forse un giorno, speriamo prossimo, il metodo si allar-*

(61) BARCROFF, *Onset of respiration at birth*, in *Lancet*, 1 agosto 1942, p. 117; COURVILLE, *Asphyxia as consequence of nitrous oxide anesthesia*, in *Medicine*, maggio 1936, p. 129; SCHREIBER, *Apnoea of newborn and associated cerebral injury*, in *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 1 ottobre 1938, p. 1263.

(62) VANDEVELDE P., *Les pièges quant à la méthode de Read*, in *Bull. de gynécologie et d'obstétrique*, n. 5, pp. 558-559.

(63) JAMAIN B., *o. c.*, p. 132.

(64) PIO XII, *cit.*

(65) LARRIBERE J. M., *Premières observations du accouchement sans*

gherà a tutte le maternità ed entrerà nell'insegnamento, sia per i medici ostetrici che per le ostetriche; e avremo la soddisfazione di vedere totalmente cambiato il clima della sala-parto » (66).

## ANALGESIA NEL PARTO E MORALE

Gli interrogativi, che l'aspetto morale del problema comporta, sono sostanzialmente i seguenti: — si può legittimamente lottare contro i dolori del parto? — anche a mezzo di sostanze che influiscono sull'integrità psichica della paziente? — anche a mezzo del metodo del « parto senza paura » o del « metodo psico-profilattico? »

### Liceità della lotta contro il dolore del parto.

1. Dal punto di vista puramente morale, non sembra ci sia motivo per cui debba essere condannato lo sforzo di alleviare il dolore in qualunque circostanza questo possa essere richiesto. Il dolore in genere e il dolore del parto in particolare, non è una maledizione, che ci abbia costretto a soggiacervi ineluttabilmente, inibendoci qualunque iniziativa di evadervi. Il dolore, pur essendo naturale, nel presente ordine di provvidenza è un effetto della caduta originale; e nella misura con la quale ci si chiede di lottare contro il peccato, ci si permette di lottare anche contro i suoi effetti.

« Nel piano della Redenzione, che è lotta perenne contro il peccato e contro le conseguenze di esso, sono quindi da attuare tutte le forme che sono medicina, risanamento, riscatto del male. In detto piano rientrano tutte le maniere, con le quali gli uomini cercano di liberarsi dal male: coi mezzi della natura e della grazia, con la scienza, con la preghiera e con il miracolo (67).

2. Pio XII, ricevendo in udienza i partecipanti al IV Congresso Internazionale dei Medici cattolici, il 29 settembre 1949, elencava fra le benemerienze del medico anche quella di alleviare il dolore del parto: « il ginecologo cerca di attenuare i dolori del parto, senza tuttavia mettere in pericolo la salute della madre e del bambino, nè rischiare di alterare i sentimenti di tenerezza materna per neonato » (68).

---

*douleur*, in *Bull. de gynécologie et d'obstétrique*, n. 1, 1954, pp. 54-55; DAVITTI L., *Il parto psicofisico, esperienze da un soggiorno in Francia*, in *Minerva ginecologica*, giugno 55, pp. 158-160; GOIRAND R., *A' propos de 100 cas d'accouchement après préparation suivant la méthode psycho-prophylactique*, in *Bull. de gynécologie et d'obstétrique*, n. 1, pp. 55-58. Su 100 donne « *préparate* » con il metodo Nikolaieff, 70 avrebbero avuto successo completo; su 100 donne « *non préparate* » solo 12 avrebbero avuto tale successo (*Ibidem*, p. 57).

(66) MIGLIORI G., *cit.*

(67) *Osservatore Romano*, 7-8 gennaio 1950, p. 6.

(68) *Osservatore Romano*, 1 febbraio 1950, p. 3.

Di conseguenza, **il medico** quando sceglie, come missione della sua vita, la lotta contro il dolore, rimane indubbiamente entro le leggi morali, ed eleva la sua esistenza ad un esercizio continuo di umanità e carità. Alla pari, **ogni paziente che chieda o accetti l'analgesia nel parto, non commette nessuna colpa morale** (69).

« In dolore paries filios » (Gen. 3/16).

1. **L'espressione scritturale** ha tratto in inganno molti studiosi, troppo ligi al senso letterale. Essa **esprime solo un fatto**; il « paries » non è nè formalmente nè grammaticalmente un imperativo morale; prevede solo che **la maternità** sarà di fatto tutta penetrata dalle preoccupazioni e dalle difficoltà della gestazione, della formazione e della educazione; come di contrapposto **la paternità** sarà di fatto sottoposta alle preoccupazioni del pane quotidiano.

L'espressione, dunque, **non equivale a: « Donna, tu dovrai sempre partorire nel dolore! sicchè non potrai sottrarti a questa condanna senza commettere un atto di ribellione »!** Tale interpretazione venne data da alcuni teologi protestanti, fra cui l'Arcivescovo di Canterbury, ai tempi della Regina Vittoria, quando inveì dal pulpito contro i tentativi di analgesia ostetrica, additandola come peccato contro natura.

*« A Edimburgo una donna venne addirittura condannata a morte, sotto l'accusa di aver tentato di attenuare i dolori del parto. La Chiesa cattolica non condivise mai questa interpretazione biblica, derivante da un ingiustificato attaccamento al senso letterale dei libri santi »* (70).

2. **Anzi, è Dio stesso** che ha messo a disposizione degli uomini la capacità di trovare nella natura i mezzi atti a sollevare dalla sofferenza. **Egli non ha mai proibito all'uomo di servirsi di strumenti**, per alleggerire il lavoro dei campi, la fatica dei lunghi viaggi, anche se Egli ha detto all'uomo **« mangerai il pane nel sudore della tua fronte »** (71). Alla pari, Dio non ha mai inteso condannare la donna a non servirsi di sostanze o di tecniche, che le possono alleviare il dolore (72).

Liceità degli « analgesici » in particolare.

1. **Le tecniche di analgesia**, che si possono ricondurre al gruppo delle « anestesie per conduzione » (locali, regionali, epidurali, caudali, e simili), non sopprimendo la coscienza o tutt'al più portando solo una leggera obnubilazione, restano nell'ordine degli

(69) BON E., *Precis de médecine catholique*, Alcan, Paris, 1935, p. 498.

(70) *Osservatore Romano*, 1 febbraio 1950, p. 3.

(71) OLDANI L., *Il parto indolore*, in *Rivista del Clero Italiano*, marzo 1950, p. 95 (« Comunque nel campo cattolico non mi consta che vi sia stato qualche commentatore che abbia interpretato il testo scritturale quasi un divieto di attenuare i dolori della donna nel parto »); BOSCHI A., *Problemi morali del matrimonio*, Marietti, Torino, 1953, pp. 56-57.

(72) PIO XII, *Osservatore Romano*, 9-10 gennaio 1956, p. 2.

atti c.d. « **indifferenti** ». Cioè, per se stesse, non dicono nè bontà nè malizia, ma ricevono la propria categoria morale dalle **circostanze** nelle quali si svolgono e dal fine per cui vengono usate.

a) **Circostanze smoralizzatrici** potrebbero essere l'**evidente pericolo**, al quale viene esposta la madre o il bambino; l'**evidente e prevedibile complicazione** del parto; la **dose rischiosa**; la **maniera disadatta**. Una sola di queste circostanze, colpevolmente ammessa, getterebbe su tutta l'azione analgesica il suo « male » e la renderebbe moralmente cattiva (73).

b) Altrettanto va detto **nei confronti dello scopo**, che ci si propone nella somministrazione. Se esso mira (com'è del resto naturale) a sollevare la paziente e a facilitarne il parto, l'**azione è certamente morale**; nulla di illegittimo interviene. Al contrario, tutto sarebbe compromesso, se nell'intenzione del medico o della paziente fosse presente il **fine disonesto**: quale potrebbe essere, per esempio, la prevista e voluta asfissia o soffocamento del frutto del concepimento (74).

2. **Questa valutazione morale sostanzialmente non cambia**, sia che si tratti di un parto operativo o difficile o particolarmente doloroso (nel quale l'aspetto di legittimità è assai evidente); **sia che si tratti di un parto normale** (=eutocico). Anche in questo caso (semprechè siano assenti circostanze cattive) non vi è ragione, dal punto di vista morale, **perchè la paziente**, preoccupata, inquieta o innervosita, **non possa chiedere di essere sollevata**, rassicurata o tranquillizzata con l'analgesia (75).

**Unica condizione**, che la morale impone in questo caso, e che coincide con le esigenze dei clinici, è che non sia propriamente la donna a decidere sulla opportunità della somministrazione, ma unicamente un competente, che deciderà sull'accoglimento o meno della richiesta, **in base agli eventuali pericoli o danni**, che, in quelle determinate circostanze, potrebbero derivare dall'analgesia (76).

3. Nel calcolo dei pericoli, che l'analgesia può portare con sé e che possono costituire il « limite » della sua liceità, non vanno

---

(73) Allo stesso modo con il quale avrei sciupato moralmente l'atto di offerta o di aiuto all'accattone, se per compierlo avessi rubato ad altri.

(74) Allo stesso modo con il quale avrei sciupato moralmente l'aiuto all'accattone, se lo avessi dato per esibizione o per ricatto.

(75) LANZA A., *Theologia moralis*, Appendix, Marietti, Torino, 1953, p. 294; BOSCHI A., o. c., pp. 58-59; NIEDERMEYER A., *Compendio di medicina pastorale*, Marietti, Torino, 1955, pp. 343 ss.; ecc.

(76) BALLERIO C., *Il parto senza dolore*, in *Annali di ostetr. e ginec.*, 1941, p. 215. « *Molto delicata è la questione dell'analgesia durante il travaglio di parto normale; poichè trattandosi, non di agire contro uno stato morboso, che possa giustificare anche l'alea di qualche pericolo, ma invece solo di un provvedimento vantaggioso certo, ma non indispensabile, è evidente che prima condizione per legittimare qualsiasi processo di analgesia, deve essere quella di riuscire assolutamente priva di influenza dannosa* » (l. c.).

dimenticati alcuni elementi che, se non possono modificare, possono almeno attenuare, in particolari circostanze, il giudizio negativo nei confronti dell'analgesia. **La tecnica moderna dà al parto, svolto in condizioni scientifiche, una quasi completa sicurezza;** l'attenuazione dei dolori porta con sè l'indubitabile vantaggio di una maggior tranquillità, di una maggior distensione muscolare, di una maggior regolarità (almeno in molti casi) delle contrazioni uterine, e aiuta a superare la paura della maternità, che più volte ha portato al rifiuto delittuoso della prole (77).

### Liceità delle anestesie generali.

L'anestesia generale dà al problema del parto indolore una sua particolare configurazione; perchè non si tratta più di « semplice liberazione dal dolore » (come avveniva nelle anestesie parziali e nelle analgesie), ma di « **liberazione dal dolore con perdita di coscienza** ». La valutazione morale di questa anestesia rientra nella formula, con la quale abbiamo giudicato l'uso dell'**ipnotismo** (78) e della **narcosi terapeutica** (79). Detta formula potrebbe essere riassunta brevemente nei punti che seguono:

1. La soppressione della coscienza, che l'anestesia generale porta con sè, **non è intrinsecamente immorale** (80); se lo fosse nessuna ragione varrebbe a renderla legittima: il che sarebbe evidentemente eccessivo, in quanto non basterebbe ad ammetterla neppure l'intervento operativo più doloroso.

2. La soppressione della coscienza, tuttavia, essendo « **privazione di una facoltà personale** », perchè sia ammessa moralmente, deve essere motivata da una **ragione proporzionatamente grave**, tale, cioè, da controbilanciare l'inevitabile aspetto negativo della rinuncia alla capacità di volere e di agire (81).

α) Ora, è certamente ragione proporzionatamente grave quella di un **intervento operativo** o quella di un parto particolarmente difficile e doloroso. In questi casi, nessuno ha mai dubitato che il **momentaneo sacrificio della coscienza sia sufficientemente compensato** dalla ragione di salvezza e di benessere di tutto l'organismo. **La parte** (capacità di volere e di agire) è di sua natura destinata al bene del tutto; e qualora questo richieda il sacrificio di essa, **questa può essere legittimamente sacrificata** (82).

(77) BON E., *Medicina e religione*, Marietti, Torino, 1948, p. 357.

(78) *Aggiornamenti Sociali*, (giugno) 1953, pp. 209-224.

(79) *Aggiornamenti Sociali*, (gennaio) 1953, pp. 1-12; (febbraio) 1953, pp. 41-56.

(80) GENICOT-SALSMANS, *Institutiones Theologiae Moralis*, Universelle, Bruxelles, 1951, vol. I, nn. 274-275; JORIO, *Theologia Moralis*, D'Auria, Napoli, 1946, vol. II, n. 34; VERMEERSCH, *Theologiae Moralis Principia*, Gregoriana, Roma, 1945, vol. II, n. 301; ecc.

(81) GENICOT-SALSMANS, *o. c.*, n. 363.

(82) AERTNIS-DAMEN, *Theologia Moralis*, Marietti, Torino, 1944, vol. I, nn. 259-260; GENICOT-SALSMANS, *o. c.*, n. 363; JORIO, *o. c.*, n. 167; ecc.

b) Allo stesso modo, oggi, dalla forte maggioranza dei moralisti, viene ritenuto **ragione proporzionatamente grave, in un parto normale**, lo scopo di sopprimere i dolori del travaglio, perchè ritenuti per se stessi **notevoli**: tali, cioè, da legittimare il momentaneo sacrificio della facoltà conoscitiva (83).

Tuttavia, in questo caso, trattandosi di una ragione certamente meno grave di quella costituita dal parto operativo, **perchè l'anestesia generale si mantenga nell'ambito della liceità, è necessaria la presenza di alcune cautele**: 1° il parere favorevole del medico; - 2° la vigilanza sugli effetti tossici derivanti dall'anestesia; - 3° il consenso della paziente (84).

### Il metodo di Read e di Nikolaieff.

1. Per ambedue i metodi valgono le parole di Pio XII: « **Preso in sè, esso non contiene nulla di criticabile dal punto di vista morale** » (85). Difatti, se esaminiamo tutti gli elementi, di cui i due metodi (prescindendo naturalmente dai loro presupposti filosofici e teoretici assai discutibili) si compongono, non c'è nulla che si possa dichiarare illecito.

2. Tuttavia, il metodo psico-fisico e psico-profilattico, come del resto tutte le azioni per se stesse indifferenti, **può diventare immorale**, se i motivi per cui viene applicato nel caso concreto, sono immorali. **Tali, tuttavia non sono**: « l'interesse presentato da un fatto puramente scientifico; il sentimento naturale e nobile che fa stimare ed amare nella madre la persona umana e vuole farle del bene ed assisterla; una disposizione profondamente religiosa e cristiana, che si ispira agli ideali del Cristianesimo vivente » (86).

3. **E non è contro nessuna direttiva morale o interpretazione scritturale il compito, che la scienza si è addossato, di ricercare se davvero all'inizio del genere umano il parto fosse senza dolore e con quale tecnica lo si potrebbe ricondurre a quella sua primitiva caratteristica fortunata.** E rimane certo che si possono « utilizzare le conclusioni della psicologia sperimentale, della fisiologia e della ginecologia (come avviene nel metodo p-sico-profilattico) **al fine di eliminare le sorgenti di errori e i riflessi condizionati dolorosi e di rendere il parto indolore quanto possibile** » (87).

Giacomo Perico

---

(83) NIEDERMEYER A., o. c., p. 343-344; BOSCHI A., o. c., pp. 57-58; PASQUIN J., *Morale et médecine*, Montréal (Comité des Hôpitaux du Québec), 1955, p. 264.

(84) Sostanzialmente tutti i moralisti, già richiamati e citati, concordano nell'elenco delle cautele indicate.

(85) Pio XII, *Osservatore Romano*, 9-10 gennaio, cit.

(86) *Ibidem*.

(87) *Ibidem*; RIVIERE M., *La douleur en obstétrique*, in *Minerva medica mediterranea*, gennaio 1955, pp. 53 ss. « **Dobbiamo essere riconoscenti a Dick Read e agli altri autori russi contemporanei, per averci dato il segnale di una ostetrica veramente rivoluzionaria** » (*ibidem*, p. 67).