

STERILIZZANTI ORMONALI

Vanno sempre più estendendosi la conoscenza, la produzione e l'uso di alcune sostanze ormoniche, i **progestogeni**, le quali hanno il potere di inibire il processo ovulatorio, provocando nella donna una sterilizzazione temporanea. Alcune grandi imprese farmaceutiche annunciano nuove sintesi e promettono « la pillola ideale », che, liberata da ogni nocività, riuscirà ad attuare, senza rischi, l'infeccondità a piacere.

Questo sforzo industriale è sostenuto, almeno in maniera prevalente, dalle invitanti prospettive finanziarie che la grande attesa del prodotto, da parte dei singoli e da parte di intiere comunità nazionali, offre per il prossimo futuro. Di conseguenza, si può prevedere, che il ricorso ai nuovi sterilizzanti per bocca, nel giro di pochi anni, si estenderà notevolmente, soprattutto quando, con la maggior produzione e concorrenza, i prezzi, tuttora assai elevati almeno in Italia, saranno resi più accessibili.

Il discorso su questi sterilizzanti, riapparso a tratti in questi due ultimi anni nella letteratura scientifica, oggi si è fatto più vivace, in base ad una maggior propaganda e a un più esteso interesse della stampa divulgativa. E' inevitabile che assai presto si ponga alle coscienze anche il **problema morale**, relativo all'accettabilità o meno del ricorso a queste sostanze.

Il discorso morale sarebbe assai facile se questi progestogeni avessero come azione caratteristica **esclusiva e unica** la sospensione dell'ovulazione; saremmo di fronte a un classico antifecondativo, evidentemente inaccettabile. Ma le nuove pillole, oltre che inibire l'ovulazione, **riescono a curare varie forme di malattie** dell'apparato generativo femminile, non altrimenti guaribili almeno con altrettanta sicurezza ed efficacia. Per cui non si può, in maniera generale, né condannarne l'uso, né approvarlo. Occorre distinguere caso per caso alla luce di alcuni principi fondamentali. E' quanto ci proponiamo di fare in questa breve trattazione.

NOZIONI DI PREMESSA

Ovulazione e progestogeni.

Per comprendere bene la capacità inibitoria sull'ovulazione, propria di questi nuovi prodotti, occorre conoscere, sia pure

sommariamente, il **meccanismo ormonale** nel ciclo ovulatorio umano (1).

1. L'ovulo, nella primissima fase del ciclo mensile della donna, è una cellula contenuta in una piccola cavità o vescichetta (follicolo di Graaf) dell'ovaia. Sotto l'azione dell'ipofisi (2), viene secreta e riversata nel sangue la gonadotropina A (ormone follicolinizzante), la quale stimola la secrezione nelle ovaie di altre sostanze ormonali, che presiedono direttamente alla maturazione del follicolo: quali l'estradiolo, l'estrone, l'estriolo, che vengono denominati « **estrogeni** ». Oltre alla maturazione del follicolo, essi provocano altre trasformazioni preliminari, interessanti un'eventuale fecondazione.

Verso il 14° giorno il follicolo maturo, sotto la pressione del liquido (follicolina) che vi si è raccolto, scoppia mettendo in libertà l'ovulo, il quale cadendo in corrispondenza del padiglione della tromba falloppiana, viene da questa aspirato e avviato verso l'utero, mediante piccole contrazioni e minuscole vibrazioni di ciglia, di cui essa è tutta ricoperta.

E' a questo punto che l'ipofisi secreta e versa nel sangue la gonadotropina B (ormone luteinizzante), la quale stimola la secrezione nell'ovaia del **progesterone**, dando vita al corpo luteo (luteina), che occupa lo spazio lasciato libero dal follicolo. L'azione caratteristica di questo ormone è quella di completare la trasformazione iniziata dagli estrogeni, in vista della gestazione.

Se vi è stata fecondazione, il corpo luteo persiste e si sviluppa ottenendo l'ingrossamento della mucosa uterina e il suo arricchimento di sangue, che permetterà l'annidamento dell'uovo e ne proteggerà lo sviluppo per tutto il tempo della gravidanza. Anche la placenta, in quest'epoca, si mette a produrre un'enorme quantità di ormoni analoghi, i **gestageni**, addetti al buon andamento della gestazione.

Se non vi è stata fecondazione, il corpo luteo degenera assai presto, si abbassa il tasso degli estrogeni e del progesterone, per cui la mucosa uterina si sfalda e viene espulsa, commista a sangue, all'esterno (la mestruazione) (3).

2. Nello studio di questo meccanismo naturale, si osservò che la produzione ipofisaria delle due gonadotropine A e B viene rallentata o sospesa proprio da quegli stessi ormoni che, sotto la sua

(1) NETTER A., *Gynécologie*, Ed. Flammarion, Paris, 1960, pp. 32 ss.; SANTORI G., *Compendio di sessuologia*, Orizzonte Medico, Roma, 1958, pp. 95 ss.; MARGARIA R.-DE CARO L., *Principi di fisiologia umana*, Vallardi, Milano, 1950, vol. II, p. 892 ss.

(2) L'ipofisi è la ghiandola che, dalla base del cervello al quale è collegata da un peduncolo, presiede mediante la produzione di ormoni, all'attività funzionale delle ghiandole endocrine periferiche, fra le quali sono le ovaie.

(3) SANTORI G., o. c., pp. 102 ss.; *Annali Ravasini, Effetti dei nuovi steroidi sintetici sulla fertilità*, 1° novembre 1959, p. 3.

azione stimolatrice, sono stati prodotti dall'ovaia. Per cui si dedusse che, riuscendo a introdurre nell'organismo ormoni ovarici per altra via (iniezione o ingestione), l'ipofisi avrebbe reagito diminuendo la propria stimolazione ormonale sull'ovaia, provocando di riflesso il blocco dell'ovulazione (4).

Difatti, sulla base di molte sperimentazioni, si constatò che con un'adeguata quantità di tali ormoni introdotti artificiosamente nel sangue, si otteneva l'inibizione del processo ovulatorio in qualsiasi ciclo mestruale. Si ricorse prima all'estrone, poi a iniezioni di progesterone naturale e poi di gestageni placentari, già in uso contro l'aborto spontaneo. Ma, benché si ottenesse sempre la sospensione del processo ovulatorio, si avevano contemporaneamente odiosi esiti di perturbamenti e malesseri fisiologici e psicologici.

Fu allora che gli studiosi si orientarono verso la ricerca di una sostanza, analoga agli ormoni naturali, priva il più possibile di nocività, e si ottenne un « ormone sintetico », il quale, evitando gli inconvenienti del progesterone naturale, riesce a bloccare con la stessa efficacia il processo ovulatorio, mediante la sospensione dell'attività ipofisaria specifica (5).

Processo storico di questa ricerca.

1. Il merito principale dei rapidi progressi nella ricerca degli ormoni sintetici spetta al prof. Gregory Pincus, egli vi ha dedicato più di 30 anni. Nel 1951 la « Planned Parenthood Federation » si rivolse a lui per ottenere un metodo facile e sicuro nel campo degli antifecondativi. D'allora tutto il suo lavoro scientifico fu orientato in questa direzione; scartò i sistemi meccanici e clinici del passato, e diresse le sue indagini verso prodotti di sintesi, di facile somministrazione e capaci di intercettare con sicurezza l'ovulazione (6).

(4) MIGLIAVACCA A., *Prime ricerche cliniche su un nuovo steroide di sintesi attivo per via orale*, in *Rivista di ostetricia e ginecologia pratica*, marzo 1959; MIGLIAVACCA A., *Problemi attuali di fisiopatologia ginecologica coi nuovi progesteroidi e particolarmente della sterilità endocrina*, in *Minerva Ginecologica*, 30 settembre 1959; MIGLIAVACCA A., *Sulla terapia dell'ipoplasia uterina mediante provocazione della pseudogavidanza coi nuovi progesteroidi*, in *Minerva ginecologica*, 31 gennaio 1960, pp. 53 ss.

(5) LAGROUA WEILL-HALLÉ, *La libre conception à l'étranger*, Libr. Maloine, Paris, 1961, pp. 134 ss.; LEFRANC DR., *Découvertes nouvelles en matière conceptionnelle*, in *Docteur que faire?*, marzo-aprile 1959, pp. 23 ss.; MASSAZZA M., ecc., *Simposio sui progesteroni*, in *Ormonoterapia*, gennaio-febbraio 1960, pp. 18 ss.; PINCUS G., *OK per gli antifecondativi orali*, in *Tempo Medico*, settembre 1959, p. 25; ROCK J., *Primi positivi risultati nell'antifecondativo orale*, in *Tempo Medico*, maggio 1959, pp. 40 ss.; DE SARIO G. S., *Attività progestativa del 17- α etinil-19 nor-testosterone somministrato per via orale*, in *Minerva Ginecologica*, 1957, pp. 829 ss.; BOCCI A., *Indagini cliniche sull'attività del 17- α etinil-19 nor-testosterone*, in *Minerva Ginecologica*, 1957, pp. 863 ss.; MIGLIAVACCA A., *L'ormone che controlla le nascite*, in *Oggi*, 18 settembre 1958, pp. 17 ss.

(6) SUTTER J., *À la recherche de la pilule stérilisante*, in *Population*,

« Per poter essere largamente impiegato, specialmente nelle nazioni sovrappopolate, tale metodo avrebbe dovuto essere semplice ed economico, e assolutamente privo di rischi anche nelle persone completamente imparate. Inoltre, e questo era la cosa più importante, l'effetto ottenuto da tale metodo sarebbe dovuto essere temporaneo, così che la donna che lo avesse adottato, potesse ritrovare a piacere la sua fertilità invariata » (7).

Dopo essere passato attraverso numerosi esperimenti sul coniglio, durante i quali constatò che il progesterone raggiungeva lo scopo solo se somministrato in forti dosi, egli giunse all'esperimentazione sulla donna, per la quale trovò la formula del progesterone orale (8).

2. Mentre Pincus conduceva queste ricerche per conto suo, nel Free Hospital for Women di Brooklin, il celebre ginecologo J. Rock, dell'Università di Harvard, studiava il modo, mediante prodotti analoghi di sintesi, di determinare una pseudogavidanza a ovaia silente, per correggere alcune disfunzioni che rendevano praticamente impossibile di condurre a termine una vera gravidanza. Difatti riuscì, in 67 casi su 80, a riportare alla normalità cicli irregolari (9).

Nell'estate 1954 i due scienziati misero in comune le proprie ricerche, sperimentando una cinquantina di nuovi prodotti progestinici, con capacità 10 volte superiore al progesterone naturale, mentre altri studiosi (Maxwell, Roland, Dierassi, Miramontes, Rosenkranz Sondheimer, ecc.), riprendendo le prove di Rock su donne dai cicli irregolari, andavano individuando nuove sostanze di sintesi, capaci di assicurare la gravidanza in donne di difficile concepimento e gestazione, fra cui il « 17-a-etinil-19-nor-testosterone » e il « 17-a-etinil-19-nor-testosterone » (10).

Verso la fine del 1956, Pincus poteva affermare che se il nuovo prodotto ormonale veniva usato a tempo giusto e in giusta dose, poteva assicurare al 100% il blocco dell'ovulazione. In complessivi 1857 casi di donne che avevano seguito fedelmente il trattamento, consistente nell'ingestione del preparato secondo un determinato schema dal 5° giorno al 24° del ciclo mensile, si era ottenuto l'assenza del concepimento nella quasi totalità dei casi; le poche eccezioni essendo imputabili alle difficoltà pratiche riscontrate nel sorvegliare l'esatta applicazione del metodo (11).

luglio-settembre 1957, pp. 498 ss.; SALA G., *Simposio sui progesteroni*, in *Ormonoterapia*, gennaio-febbraio 1960, p. 18; *Tempo Medico*, maggio 1959, pp. 40 ss.

(7) *Ladies' Home Journal*, agosto 1957.

(8) LAGROUA WEILL-HALLÉ, o. c., pp. 137 ss.

(9) LAGROUA WEILL-HALLÉ, o. c., pp. 156 ss.; SANTORI G., o. c., p. 103; MIGLIAVACCA A., *Sulla terapia...*, cit.

(10) LAGROUA WEILL-HALLÉ, o. c., pp. 154 ss.; BOCCI A., *Indagini cliniche sull'attività progestativa del « 17-a-etinil-19-nor-testosterone »*, in *Minerva Ginecologica*, 1957, pp. 829 ss.; SUTTER J., cit., p. 499; *Tempo Medico*, cit., p. 40; CAVALLI P., *Solo il ginecologo può dire quando sono utili i progestativi*, in *Settimana Incom Illustrata*, 16 febbraio 1961, p. 61.

(11) LAGROUA WEILL-HALLÉ, o. c., pp. 180 ss.; MIGLIAVACCA A., cit.,

3. Nel 1957 i prodotti maggiormente conosciuti erano l'Enovid (« etil-estronolone ») prodotto a Chicago; il Norlutin (« etil-nor-testosterone ») prodotto a Detroit; il Nilevar Searle (« etil-nor-testosterone »); l'Orgasterone (« metil-estronolone »), e altri. Il loro costo era ancora molto alto. E' sceso fortemente in questi due ultimi anni sotto la pressione della concorrenza: una cura mensile può costare dai 3 ai 4 dollari (12).

In Italia i progestogeni di sintesi sono apparsi solo nel 1958. Oggi vi si ricorre sempre più spesso: buona parte sono importati, ma ve ne sono anche di prodotti presso di noi. Verso la fine del 1957 era già apparso il Norluten della Vister, poi si ebbe la Sistociclina della Ciba, il Proluton della Shering e altri: tutti con azione progestinica notevole e di buona sopportabilità.

4. Dopo la fase sperimentale, durante la quale moltissimi studiosi, sulle tracce del Pincus e del Rock, poterono constatare l'efficacia delle nuove sostanze ormoniche nei casi più disparati, la letteratura andò arricchendosi di conferme e di casistica nei confronti di quasi tutte le forme patologiche riguardanti il ciclo mestruale, la sterilità e la gravidanza.

Oggi vi si ricorre, naturalmente su ricetta medica, nelle emorragie funzionali uterine (menorragie, ipermenorree, metrorragie), nelle minacce di aborto o di parto prematuro, nell'aborto abituale, nei casi di sterilità dovuta a deficiente funzione luteinica, nei casi di interventi chirurgici compiuti durante la gravidanza, nei casi di utero infantile. Vi si ricorre anche per ottenere semplicemente la sospensione delle ovulazioni (13).

Cosicché il prodotto, che all'inizio era stato studiato ed sperimentato unicamente per scopi anticoncezionali, via via venne applicato in medicina per guarire moltissime disfunzioni del ciclo femminile, diventando anche un sicuro mezzo, in casi determinati, per curare la sterilità e ottenere il concepimento.

« E questo paradosso non è il solo. Non sembra strano anche il fatto che per scongiurare una gravidanza si faccia intenzionalmente uso di un composto sintetico che si identifica praticamente col progesterone; con quella sostanza ormonale, cioè, che, in quanto ben nota protettrice della gravidanza, è stata definita l'ormone della maternità? » (14).

p. 18; TYLER E. T., in *J.A.M.A.*, 18 aprile 1959.

(12) LAGROUA WEILL-HALLÉ, o. c., pp. 154 ss.; *Time*, febbraio 1961, p. 33; *Ladies'Home Journal*, cit.; *Saint Luc Médical*, n. 1, 1959.

(13) GARCIA C., PINCUS G., ROCK J., *Les effets de trois 19-nor-stéroïdes sur l'ovulation et la menstruation*, in *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie*, gennaio 1958; MASSAZZA M., *Simposio sui progesteroni*, in *Ormonoterapia*, cit., pp. 18 ss.; DELLE PIANE G., *ibidem*, p. 20; CIULLA U., *ibidem*, p. 21; CANDIANI G. B., *ibidem*, p. 21; SANTORI G., o. c., pp. 99 ss.; ROCK J., GARCIA C., PINCUS G., *Synthetic progestins in the normal human menstrual cycle*, in *Recent Progress in hormone research*, 1957, pp. 323 ss.

(14) MIGLIAVACCA A., *L'ormone che controlla le nascite*, in *Oggi*, 19 settembre 1958, p. 18.

Riserve sulla terapia progestativa.

1. Fin dall'inizio si ebbe, da parte dei primi ricercatori, la preoccupazione che le sostanze a base di ormoni sintetici non recassero danni al soggetto. E' la ragione, infatti, per cui venne sostituito dopo le prime applicazioni il progesterone naturale a causa della sua sospetta tendenza a provocare iperplasia endometriale; è la ragione per cui vennero condannati certi dosaggi che portavano a fenomeni di virilizzazione. Per gli estrogeni in particolare le prove sugli animali avevano accertato pericoli di neoplasie dell'apparato genitale. Anche se i dati al riguardo non erano concordi, erano tali però da consigliare ogni cautela.

«Si cercò di limitare i possibili effetti dannosi degli estrogeni combinandoli col progesterone. Finalmente gli steroidi di sintesi parvero fornire la soluzione soddisfacente del problema, in quanto essi, pur producendo effetti analoghi a quelli del progesterone [...] non possedevano attività anabolica o androgena» (15).

2. Tuttavia, a quanto affermano gli esperti, non si può dire che ogni nocività sia stata definitivamente esclusa dall'uso delle progestine. Il prof. Migliavacca ricorda che alcuni studiosi ginecologi di Baltimora hanno pubblicato impressionanti fotografie di bimbe nate da soggetti trattati precedentemente con progesterone, le quali manifestavano alterazioni anatomiche di mascolinizzazione. Il fenomeno si potrebbe attribuire, assolutamente parlando, al fatto che si era ricorsi a ormoni naturali o a quantità eccessive di ormoni sintetici (16).

«Altre conseguenze, per quanto di minor rilievo, sono rappresentate da nausea e vomito insorgenti dopo un certo periodo di cura, sonnolenza, tensione mammaria, tendenza all'ingrassamento» (17).

I pericoli più gravi, che preoccupano gli ostetrici e ginecologi, sono quelli rappresentati dagli eventuali esiti a lunga scadenza. Lo stesso Rock, che tanto ottimista era sulla innocuità presente degli ormoni sintetici, non dà assicurazioni per quanto riguarda eventuali risultanze future successive al trattamento progestinico.

«Ancora molti interrogativi sono privi di una risposta che sia del tutto soddisfacente. L'impiego protratto per anni non faciliterà in misura anche minima l'insorgenza di neoplasie? Non potrà danneggiare l'equilibrio ormonico dell'organismo? E sarà certa l'integrità fisica del bimbo nato da una madre che lo ha per molto tempo rimandato?» (18).

Di conseguenza, pur riuscendo ad escludere danni immediati di certo rilievo, non si è in grado di assicurare l'innocuità a lunga

(15) *Tempo Medico*, cit., p. 41.

(16) MIGLIAVACCA A., *Alcune riserve sui nuovi orientamenti della terapia progestativa*, in *Minerva Ginecologica*, novembre 1959; VOZZA F., *Simposio sui progesteroni*, in *Ormonoterapia*, cit., pp. 19-20.

(17) MIGLIAVACCA A., *L'ormone...*, cit. p. 17.

(18) *Tempo Medico*, cit., p. 41.

scadenza. Soltanto dopo un quinquennio e forse anche dopo un decennio, potremo avere dati sufficienti per stabilire con una certa precisione gli effetti derivanti dal ricorso a queste sostanze (19). Tutto questo dovrà essere motivo di cautela e riserva in tutte le nostre successive valutazioni morali.

PRINCIPI DI VALUTAZIONE MORALE

I prodotti ormonici di sintesi, con capacità terapeutica e sterilizzante, **non hanno in se stessi nulla di immorale**, in quanto non portano di natura loro aspetti intrinsecamente opposti alla legge naturale; come il vino non tende per sé all'ebbrezza, come il coltello non tende per sé all'omicidio. Difatti, queste sostanze non tendono esclusivamente ad inibire l'ovulazione anche se questo è stato lo scopo che si sono proposti i primi ricercatori.

Applicazione del « principio del duplice effetto ».

1. Siamo nell'ambito del principio morale del duplice effetto (20). Il ricorso, cioè, ai prodotti ormonici, che tenda primariamente e direttamente alla cura delle condizioni patologiche, che tali sostanze hanno il potere di guarire, è **azione certamente buona**, costituita da un atto e da una volontà moralmente onesti. L'effetto inibitorio dell'ovulazione che il ricorso agli ormoni sintetici provoca, è indubbiamente un aspetto negativo, **risultante però incolpevolmente**, in modo inevitabile e concomitante.

Naturalmente, perché l'azione a doppio effetto possa essere compiuta, nonostante l'effetto cattivo che simultaneamente o conseguentemente ne deriva, **deve esistere un motivo proporzionatamente grave** che induca al compimento di quell'atto. Se quello fosse di poco conto, quale potrebbe essere un piccolo e supportabile malessere, non riuscirebbe certo a compensare la sospensione di una funzione così importante, qual'è quella della ovulazione.

Se questa ragione, proporzionatamente grave, esiste, e vedremo più sotto quale potrebbe essere, l'aspetto negativo **non viene imputato** al soggetto, perché non dipendente dalla sua volontà, ma risulta fatalmente dall'azione necessaria per guarire. In questi casi prevale il diritto del soggetto alla guarigione, il diritto alla difesa dell'integrità personale compromessa da turbe cicliche, da emorragie o da altre forme patologiche. Sarebbe una legge insopportabile quella che imponesse di rinunciare a tutte

(19) *Ibidem*, p. 42; MIGLIAVACCA A., *Alcune riserve...*, cit.

(20) PERICO G., *Il duplice effetto*, in *Aggiornamenti Sociali*, (novembre) 1952, pp. 373 ss.; Pio XII, *Ai partecipanti al XXVI Congresso della Società Italiana di Urologia*, 8 ottobre 1953, in *A.A.S.*, 1953, p. 674.

quelle azioni necessarie al nostro bene, da cui risultasse secondariamente un effetto cattivo (21).

Questa formula di tolleranza non sarebbe più ammissibile, **qualora i prodotti in questione potessero essere sostituiti** da altri medicinali, capaci di produrre gli stessi effetti dei progestogeni con la stessa efficacia, senza bloccare il processo ovulatorio. In questo caso, difatti, la somministrazione degli ormoni sintetici indicherebbe una scelta da parte del soggetto in favore della sterilizzazione come tale, che non risulterebbe più come effetto secondario, ma come effetto voluto in maniera diretta.

Praticamente, ciò che decide della moralità del ricorso all'uso delle sostanze progestiniche, è la volontà di chi le somministra o di chi le usa. Se essa è anticoncezionale, **tutta l'azione risulta impostata immoralmente**. Difatti, la capacità curativa degli ormoni non è presa in considerazione, almeno in maniera diretta e primaria; di essi viene raccolta e sfruttata solo la capacità sterilizzante, che viene posta a servizio dell'intenzione del soggetto operante (22).

« E' lecito impedire l'ovulazione per mezzo di pillole usate come rimedi alle reazioni esagerate dell'utero e dell'organismo, sebbene questo medicamento, impedendo l'ovulazione, renda anche impossibile la fecondità? [...]. **La risposta dipende dall'intenzione della persona**. Se la donna prende questo medicamento non in vista di impedire il concepimento, ma unicamente su consiglio del medico, come un rimedio necessario per una malattia dell'utero o dell'organismo, essa provoca **una sterilizzazione indiretta** (come effetto secondario), che è permessa secondo il principio generale delle azioni a duplice effetto » (23).

3. Se l'uso dei progestogeni venisse diretto dal soggetto primariamente alla sterilizzazione, sia pure temporanea (con volontà antifecundativa), **saremmo di fronte a una vera mutilazione**, se non di carattere anatomico, certamente di carattere funzionale. Difatti, in quel caso avremmo **la minorazione** di un organo, (l'ovaia), privato volontariamente della sua capacità fondamentale.

« Stando a quanto dice la scienza, il trattamento a base ormonale ha

(21) LOPEZ U., *L'aborto terapeutico*, in *Studium*, settembre 1936, pp. 465 ss. (« Noi non siamo obbligati ad evitare ogni azione, dalla quale possa provenire indirettamente qualche danno; perché, sebbene siamo sempre obbligati a non fare il male, non siamo sempre obbligati ad impedire ogni male. Di conseguenza, ciò che non dobbiamo mai fare, dobbiamo alcune volte permetterlo »).

(22) ZALBA M., *Theologiae Moralis Compendium*, Catolica, Madrid, 1959, vol. I, n. 1546, 4; DELILLE A., *Verhinderen van Ovulatie en Procreatie bijzonder in het licht van de leer van Pio XII*, in *SS. Cosmas et Damianus*, giugno 1960, pp. 9 ss.

(23) PIO XII, *Ai partecipanti al VII Congresso Internazionale di ematologia*, 12 settembre 1958, in *A.A.S.*, 1958, p. 735.

una vera azione distruttiva nel corso del primo ciclo: i follicoli in via di maturazione sono distrutti o almeno radicalmente compromessi; il processo di sviluppo che dovrebbe preparare l'ovulazione viene frenato in modo che i follicoli sono sottoposti a una distruzione» (24).

Di conseguenza, tutte le ragioni addotte contro la sterilizzazione diretta di tipo chirurgico valgono anche contro la sterilizzazione ormonale, quando fosse perseguita direttamente come tale. Identiche sono le ragioni di fondo, per cui questi due tipi di interventi sono ugualmente inaccettabili, anche se fra loro c'è diversità di contenuto e di gravità: essendo il primo di carattere permanente, il secondo solamente temporaneo. La ragione principale è l'indisponibilità, da parte del soggetto, del suo essere e della sua integrità, non avendo su di essi se non un dominio semplicemente utile, potendone disporre, cioè, solo quando il maggior bene del tutto lo richiede (25).

4. Occorre finalmente aggiungere che, anche nei casi in cui, sulla base del principio del duplice effetto, si potrà ricorrere alle pillole, data l'eventualità ch'esse possano produrre effetti patologici di una certa entità a lunga scadenza (non ancora sicuramente calcolabili), è necessario si verifichi una condizione tassativa: che la loro somministrazione, cioè, sia sempre debitamente controllata da uno specialista onesto e competente, al quale spetterà fissare la durata e la dose della cura.

Validità ed estensione del motivo terapeutico.

Il motivo di cura dell'organismo femminile ammalato è la ragione determinante per l'applicazione del principio del duplice effetto nell'uso dei progestogeni. Vi si può anche vedere una fattispecie del « principio della totalità », trattandosi nel caso nostro di una mutilazione parziale a favore del tutto. Difatti, quando non è possibile provvedere al bene del soggetto, se non mediante il sacrificio di una sua parte, questa può e talvolta deve essere sacrificata.

Praticamente, si sarebbe di fronte ad un caso di sterilizzazione indiretta, risultante come effetto secondario, per una connessione inevitabile di circostanze, dal diritto e dalla legittima volontà di

(24) ANCIAUX C., *Régulation des naissances et thérapies hormonales*, in *Saint Luc Médical*, n. 2, 1960, p. 60.

(25) Pio XII, *Discorso alle ostetriche*, 29 ottobre 1951, in A.A.S., 1951, p. 483; FUCHS I., *De castitate et ordine sexuali*, Gregoriana, Roma, 1959, pp. 72 ss.; PERICO G., *Difendiamo la vita*, Centro Studi Sociali, Milano, 1961, pp. 483 ss.; AERTNYS I.-DAMEN C., *Theologia Moralis*, Marietti, Torino, 1958, vol. I nn. 567 ss.; BOSCHI A., *Problemi morali del matrimonio*, Marietti, Torino, 1953, pp. 135 ss.; GENNARO A., *La sterilizzazione sessuale*, LICE, Torino, 1950, pp. 123 ss.; GIUDICI E., *La sterilizzazione umana e i suoi aspetti medico-morali più recenti*, in *La Scuola Cattolica*, luglio-agosto 1959, pp. 292 ss.; IORIO T. A., *Theologia Moralis*, D'Auria, Napoli, 1954, vol. I, nn. 167 ss.; PAQUIN G., *Morale e medicina*, Orizzonte Medico, Roma, 1958, pp. 237 ss.

liberare il soggetto dal male che lo minaccia (26).

E' la natura stessa della « parte », ordinata esclusivamente agli interessi del tutto, che ammette questa possibilità di intervento sacrificatore. Finché essa serve al tutto va difesa e conservata nella sua piena validità ed efficienza; ma quando diventasse nociva, essa raggiunge il suo scopo **precisamente con l'essere eliminata**: la sua ulteriore conservazione contrasterebbe con la sua ragione di essere.

« In virtù del principio della totalità, del diritto cioè di utilizzare i servizi dell'organismo come un tutto, l'uomo può disporre di parti individuali per distruggerle o mutilarle, quando e nella misura richiesta per il bene dell'essere nel suo insieme, per assicurarne l'esistenza o per evitare e, naturalmente, per riparare gravi e durevoli danni che altrimenti non potrebbero essere allontanati né riparati » (27).

« Il punto cruciale qui non è che l'organo amputato o reso incapace di funzionare sia ammalato, **ma che la sua conservazione o la sua funzionalità apportino direttamente o indirettamente una seria minaccia per tutto il corpo.** E' certamente possibile che un organo sano, con la sua funzionalità normale, eserciti su di un organo ammalato un'azione nociva tale da aggravare il male con le sue ripercussioni su tutto il corpo. Può darsi anche che l'asportazione di un organo sano o l'arresto della sua normale funzionalità tolgano al male [...] il suo terreno di accrescimento o, in ogni caso, alterino essenzialmente le sue condizioni vitali. Se non si dispone di alcun altro mezzo, **l'intervento chirurgico sull'organo sano è permesso in ambedue i casi » (28).**

Di conseguenza, com'è lecito sollevare il morente con narcotici da un'acuta sofferenza, a rischio di accorciargli la vita; com'è lecito nella pratica chirurgica togliere l'utero e le ovaie per opporsi allo sviluppo del cancro, allo stesso modo è **certamente lecito bloccare provvisoriamente l'ovulazione** (beninteso senza l'intento diretto escludente la maternità), quando questa sospensione sia giudicata dagli esperti la sola via efficace per ottenere la guarigione o un decisivo miglioramento da certe forme pato-

(26) ZALBA M., o. c., vol. I, n. 1546, 4; PAQUIN J., o. c., pp. 239 ss.; BOSCHI A., *Problemi morali del matrimonio*, Marietti, Torino, 1953, pp. 137 ss.; PAYEN G., *Déontologie médicale d'après le droit naturel*, Tipographie de la Mission, Zi-ka-wel, 1935, nn. 343 ss.

(27) PIO XII, *Ai partecipanti al I Congresso di Istopatologia del sistema nervoso*, 13 settembre 1952, in A.A.S., 1952, p. 782.

(28) PIO XII, *Ai partecipanti al XXVI Congresso...*, cit., pp. 674 ss. (« Tre cose occorrono per la legalità morale di un intervento chirurgico che comporti una mutilazione anatomica o funzionale: prima di tutto che la conservazione o la funzionalità di un organo particolare nell'insieme dell'organismo provochi in questo un danno serio o costituisca una minaccia; in secondo luogo, che questo danno non possa essere evitato, o almeno diminuito notevolmente che con la mutilazione in proposito e che l'efficacia di questa sia ben sicura; finalmente (in terzo luogo) che si possa ragionevolmente assicurare che l'effetto negativo, cioè la mutilazione e le sue conseguenze, sarà compensato dall'effetto positivo: soppressione del pericolo per l'intero organismo, attenuazione dei dolori, ecc. »).

logiche che disturbano gravemente il soggetto (29).

2. Il principio della « parte per il tutto » (o della totalità), va applicato correttamente, perché la mutilazione ovarica possa sempre trovare la sua giustificazione di fronte alla morale. Quando il pericolo che corre la madre nelle complicazioni ginecologiche non proviene direttamente o indirettamente dalla presenza o dalla funzionalità normale delle ovaie né dalla loro influenza sugli organi ammalati, la mutilazione o la inibizione della attività ovarica non è più moralmente lecita (30).

Non ci si può appellare al principio della totalità, per esempio, per togliere le ovaie perfettamente funzionanti a una ammalata di tubercolosi o di nefrite, col pretesto che una nuova gravidanza risulterebbe controindicata. In questo caso, né la presenza delle ovaie né il loro normale funzionamento, né il loro influsso sul polmone o sui reni sono causa diretta o indiretta del pericolo in cui verrebbe a trovarsi la donna se concepisse. La vera causa del pericolo sta nella « libera attività coniugale degli sposi » (31).

Pio XII, perché non ci potesse essere possibilità di malinteso, in un principio così delicato e di così vaste conseguenze nel campo della medicina, precisa ulteriormente: « Siamo indotti ad attirare la vostra attenzione su di una falsa applicazione del principio spiegato prima [della totalità]. Non raramente, quando delle complicazioni ginecologiche comportano un intervento chirurgico, o anche indipendentemente da questo, si estirpano le ovaie sane o si rendono incapaci di funzionare per prevenire una nuova gravidanza e i gravi pericoli che potrebbero forse derivare per la salute o anche per la vita della madre, pericoli dei quali la causa dipende da altri organi ammalati come i reni, il cuore, i polmoni, ma che si aggravano in caso di gravidanza.

« Per giustificare l'asportazione delle ovaie si allega il principio citato prima e si dice che è moralmente permesso di intervenire su degli organi sani, quando il bene del tutto lo esige. Ma qui ci si richiama erratamente a questo principio. Perché in questo caso, il pericolo che corre la madre non proviene, direttamente o indirettamente dalla presenza o dalla funzionalità normale delle ovaie né dalla loro influenza sugli organi ammalati (reni, polmoni, cuore). Il pericolo non appare se non quando l'attività sessuale libera importa una gravidanza, che potrebbe minacciare gli organi suddetti troppo deboli o ammalati. Le condizioni che permettono di disporre di una parte in favore del tutto, in virtù del principio di totalità, mancano » (32).

(29) THIEFFRY M., *Stérilisation hormonale et morale chrétienne*, in *Nouvelle Revue Théologique*, 1961, p. 144.

(30) Pio XII, *Ai partecipanti al XXVI Congresso...*, cit., p. 675.

(31) SNOECK A., *Fécondation inhibée et morale catholique*, in *Nouvelle Revue Théologique*, 1953, pp. 690 ss.; THIEFFRY M., cit., pp. 139 ss.; Pio XII, *Ai partecipanti al XXVI Congresso...*, cit., p. 674.

(32) Pio XII, *Ai partecipanti al XXVI Congresso...*, cit., p. 675.

VALUTAZIONE DI CASI PARTICOLARI

Il ricorso al principio del «duplice effetto» e a quello di «totalità», nel campo dei progestogeni, presuppone la presenza di uno stato patologico, la cui guarigione e il cui aggravamento siano in relazione diretta o indiretta con il processo ovulatorio come tale, e non con il processo di fecondazione e di gestazione. Di conseguenza, il disaccordo l'incertezza esistenti fra gli specialisti endocrinologi e ginecologi nella classificazione delle forme «propriamente patologiche» del ciclo generativo femminile, hanno creato anche nel campo morale qualche perplessità.

Tuttavia, sulla base di alcune valutazioni autorevoli, pensiamo sia possibile dare alcune direttive morali, che, se non hanno ancora valore definitivo, possono essere tranquillamente seguite per la loro estrinseca validità.

Irregolarità dei cicli.

Mentre non c'è mai stata alcuna riserva nel chiamare «malattie» le disfunzioni interessanti l'apparato generativo (riconducibili al quadro delle emorragie, delle minacce di aborto, dei casi di sterilità per deficienza luteinica), nell'ambito, invece, delle irregolarità dei cicli, consistenti nel ritardo o nella brevità dei periodi, debbono essere fatte alcune precisazioni.

Non tutti i ritardi e gli anticipi necessariamente possono essere classificati «fenomeni patologici», tali cioè da costituire una preoccupazione di interesse medico. Vengono detti «anormali» nella durata e nel ritmo in rapporto alla media o alla maggioranza dei casi; ma non sempre sono tali da potersi chiamare «malattie», in quanto sono perfettamente compatibili con una fecondazione e con una gestazione normale e privi di sofferenze (33). In questi casi, naturalmente, non vi sarebbe più la ragione curativa, che, da un punto di vista morale, è quella che giustifica il ricorso agli ormoni sintetici.

Mentre, sono ritenute patologiche, di comune assenso, tutte quelle irregolarità che si accompagnano a disturbi psico-fisiologici con carattere di seria indisposizione. Così, sono da ricondursi a questo quadro doloroso l'insieme dei malesseri caratterizzanti il periodo che precede la menopausa, che talvolta riesce a compromettere l'equilibrio generale della paziente. La cura, in questi casi, può essere protratta a lungo, sulla scorta di un giudizio di competente (34).

(33) SCHOCKAERT J. A., *L'inhibition de l'ovulation*, in *Saint Luc Médical*, 1959, p. 237; THIEFFRY M., *cit.*, p. 145.

(34) FUCHS I., *o. c.*, p. 73; PALAZZINI P., *Controllo delle nascite*, in *Studi Cattolici*, dicembre 1958, p. 64.

Nell'applicazione della « continenza periodica ».

Ci si è domandati se è possibile ricorrere all'uso delle progestine per normalizzare il ciclo mestruale, ai fini di rendere possibile e più agevole l'uso della continenza periodica. **Una buona corrente di studiosi**, fondandosi sulla liceità del metodo Ogino-Knaus, e quindi sul diritto di ricorrervi, hanno senz'altro ammesso la liceità dell'uso dei progestogeni ogni volta che **l'irregolarità del ciclo** rendesse inapplicabile la continenza periodica. Data l'autorità di coloro che sostengono questa tesi, la soluzione è certamente probabile (35).

Ma non tutti sono d'accordo. Infatti, sembra ad alcuni eccessivo che si possa ricorrere ad ormoni sterilizzanti per il solo fatto di voler sostituire i presupposti fisiologici necessari per l'uso del metodo dei « tempi periodici ». Altro è il diritto di poter limitare la prole con il ricorso alla legge Ogino-Knaus, cioè limitando convenientemente i propri rapporti coniugali, **altro è il diritto di poter riuscire con ogni mezzo** (anche con il progestogene) ad usare la formula della continenza periodica.

Il diritto al metodo Ogino-Knaus è fondato sulla libertà di usare di una legge che è insita nella natura delle cose, ma esso non può violare per questo altre leggi che incontra nel percorso della sua applicazione: quale l'inviolabilità e il rispetto di un organo sano.

Solo nel caso, in cui esistessero irregolarità cicliche dannose alla sanità e al benessere del soggetto, il ricorso ai progesteroni **sarebbe certamente lecito**. Ma in tale caso, non è più il diritto al metodo Ogino-Knaus che giustifica il ricorso alle progestine, **bensi quello di agire contro una forma patologica**, che disturba seriamente la paziente, sulla base dei due principi già sopra ricordati del duplice effetto e di totalità (36).

Motivo di cura di tutto l'organismo.

Già sopra vi abbiamo accennato. Ma, data la facilità con la quale, su questo preciso aspetto, si possono commettere errori, vorremmo mag-

(35) Vedi: JANSSENS L., *L'inhibition de l'ovulation est-elle moralement licite?* in *Ephemerides Theologicae Lovanienses*, 1958, pp. 358 ss.; GIBBONS W., *Antifertility drugs and Morality*, in *America*, 1957, pp. 346 ss.; GIBBONS W., *Physiological control of Fertility*, in *American Ecclesiastical Review*, aprile 1958, pp. 246 ss.; ANCIAUX CH., *Verantwortete Elternschaft - aber wie?*, in *Theologischer Digest*, 1959, p. 156; PALAZZINI P., *cit.*, p. 64; LINCH J., *Progestational Steroids: Some Moral Problems*, in *Linacre Quarterly*, agosto 1958, pp. 93 ss.; LINCH J., *Pharmaceutical Fertility Control: Moral Aspects*, in *Proceedings, Thirteenth Annual Convention of CTSA*, 1958; LINCH J., *Notes of Moral Theology*, in *Theological Studies*, giugno 1959, pp. 239 ss.; FUCHS I., *o. c.*, p. 73.

(36) THIEFFRY M., *cit.*, pp. 149 ss.; VAN KOL A., *Progestatieve hormoonspreparaten*, in *Rooms-Katolieke Aartsenblad*, ottobre 1958, pp. 327 ss.; VAN KOL A., *Progestatieve hormoonspreparaten*, in *Nederlandse Katholieke Stemmen*, 1959, pp. 1 ss.

giormente precisare il campo di liceità del ricorso alla sterilizzazione, mediante sostanze ormonali, ai fini di guarire l'organismo.

La natura vuole che il soggetto, responsabile della propria vita e dell'efficienza delle proprie capacità, curi quelle infermità che direttamente o indirettamente tolgono alla sua azione equilibrio e libertà, e alle sue capacità facile disponibilità nel compimento dei doveri e nell'esercizio dei diritti personali. **Lo vuole, anche a costo di sospendere temporaneamente o anche permanentemente una funzione fondamentale.** E' in questo quadro di liceità morale che, se l'arresto dell'ovulazione può agire in maniera diretta o indiretta in favore dell'organismo ammalato, senza intercettare il processo di fecondazione, deve ritenersi **moralmente legittimo** (37).

Tale liceità, però, cesserebbe immediatamente qualora si inserisse nell'azione sterilizzatrice l'intenzione di escludere la maternità, perché saremmo di fronte a una volontà primariamente antifondativa, dove neppure lo scopo migliore e più apprezzabile (quale sarebbe quello di liberare la paziente da un possibile aggravamento di una malattia in corso), sarebbe sufficiente per giustificare l'intenzione esclusiva della prole.

Tale sarebbe il caso di una nefritica, che per non correre pericoli più gravi per sé o pericoli per la prole, ingerisse pillole sterilizzanti col preciso scopo di non diventare mamma. La ragione ch'essa, in questo modo, può evitare pericoli di peggioramento, non riesce a rendere lecito il mezzo immorale, consistente nel rifiuto della maternità. **Il fine non giustifica il mezzo.** La natura, in questi casi, indica da sempre, anche se sa di chiedere un atto di coraggio e di rinuncia, la via dell'astensione dal rapporto coniugale (38).

Nelle anomalie post-partum.

1. Per un certo periodo dopo il parto, in virtù di un meccanismo naturale, viene ritardata la ripresa ovulatoria. Questa sosta, oltre a dirigere biologicamente tutto lo sforzo verso la nutrizione della piccola esistenza, segna un intervallo quanto mai opportuno alla ripresa generale dell'organismo e alle esigenze formative, assistenziali ed educative della prole.

Molti esperti pensano che lo spazio normale fra una nascita e un successivo concepimento, da un punto di vista fisiologico, sulla base di un periodo medio di allattamento, sia da calcolarsi sui nove mesi (39).

Fondata su queste valutazioni di esperti, una buona corrente di moralisti sostiene che, ogni qual volta il meccanismo ovulatorio inizierà il suo processo **in anticipo sull'epoca della normale**

(37) ANCIAUX CH., *cit.*, p. 79; THIEFFRY M., *cit.*, p. 151.

(38) *Ibidem.*

(39) PALAZZINI P., *cit.*, p. 63; JANSSENS J., *cit.*, p. 359.

ripresa, il ricorso ai progestogeni (per mantenere più a lungo il blocco ovulare) è da considerarsi lecito (40).

2. Altri moralisti credono prematuro accettare senz'altro questa soluzione come definitiva. Difatti, sembra che la durata naturale della sterilità post-partum non sia così facilmente determinabile, mancando dati statistici relativi; e non è neppure abbastanza provato che la ripresa delle ovulazioni e delle mestruazioni durante il periodo dell'allattamento, debba imputarsi a un difetto del meccanismo naturale (41). La natura sembrerebbe aver lasciato in questo periodo una situazione relativamente variabile; per cui non si dovrebbe classificare patologica una ripresa ovulatoria risultante dopo i primissimi mesi dal parto.

Altri, nell'intenzione evidente di restringere il periodo infertile, successivo al parto, a una durata pressoché da tutti ammessa, pensano che la ripresa delle ovulazioni e delle mestruazioni prima del termine di cinque mesi, debba ritenersi « anomalia » e di conseguenza curabile con il ricorso alle sostanze ormoniche. Altri hanno abbassato il limite fino a tre mesi (42).

In pratica, essendo ancora piuttosto imprecise le indicazioni degli esperti, fino a che non si avranno dati di maggior evidenza, pensiamo si possano seguire tranquillamente le varie soluzioni prospettate, con l'eventuale ricorso alle progestine.

Il caso particolare della donna sportiva.

Un dirigente sportivo, recentemente, accennando al disagio a cui può essere sottoposta, per ragioni delle mestruazioni in corso, una donna sportiva, indicava palesemente per tali casi la somministrazione dei progesteroni, ai fini di sospendere temporaneamente le ovulazioni e le conseguenti mestruazioni. Tale sarebbe il caso delle partecipanti ai giuochi olimpici, dove la prestazione atletica esige particolare dedizione e pieno benessere fisico.

Riteniamo che, da un punto di vista morale, nel caso citato e in situazioni analoghe, si possa seguire questa direttiva di massima, fondata sui principi già dichiarati: se il ciclo mensile della donna sportiva ha carattere di normalità nelle sue manifestazioni e nei suoi piccoli malesseri che sono nella natura delle cose, non ci sembra giustificato il blocco artificioso dell'ovulazione mediante sterilizzazione, trattandosi della sospensione di una funzione naturale di certa importanza.

(40) ZALBA M., o. c., vol. I, n. 1546, 4; JANSSENS J., *cit.*, p. 359. Vedi anche: FUCHS I., o. c., p. 73.

(41) VAN KOL A., *cit.*, p. 330.

(42) THIEFFRY M., *cit.*, pp. 153 ss.; CARPENTIER R., *Lumière de la charité sur un problème pastoral difficile*, in *Nouvelle Revue Théologique*, novembre 1959, p. 930; VIMERCATI G., *Gli inibitori dell'ovulazione*, in *Cronache dell'IDI*, gennaio-febbraio 1959, pp. 58 ss.

Il motivo di rendere più efficace e serena la prestazione dell'atleta **non ci sembra sufficiente**; soprattutto perché, qualora il malessere disturbasse l'azione, può essere attenuato ed addirittura eliminato, con altri medicinali, che lasciano intatta la funzione ovulatoria.

Mentre, non c'è alcun dubbio che il ricorso ai progestogeni sia **moralmente lecito**, quando le manifestazioni cicliche hanno un carattere di anormalità perché accompagnate da un quadro doloroso insolitamente penoso. Ma, in questo caso, la competizione sportiva non c'entra affatto; il motivo di liceità è dato dalla irregolarità, che, essendo patologica, **può essere legittimamente curata** anche con il progesterone.

CONCHIUDENDO

Non disponendo di premesse scientifiche definitive sulla natura dei prodotti progestinici, sulla loro nocività e sull'azione specifica nell'organismo umano, la morale non può ritenere definitive e certe se non alcune valutazioni di principio.

La somministrazione delle nuove sostanze è **certamente giustificata** ogni volta che viene fatta servire a guarire o ad alleviare una paziente da forme morbose di una certa entità e non curabili in altra maniera dell'apparato gestativo. Il blocco dell'ovaia, in questi casi, conseguente all'ingestione dei prodotti, è effetto puramente secondario e quindi moralmente non imputabile. Altrettanto va detto ogni volta che l'arresto della funzione ovulatoria **viene provocato per curare** o circoscrivere un male, in rapporto diretto o indiretto con la stessa funzione. In questo caso, la sospensione del normale processo ovulatorio, nonostante sia direttamente perseguita, è moralmente giustificata per il bene che ne riporta tutto l'organismo. Naturalmente, l'intento di evitare la maternità, che si inserisse in questa operazione di arresto, renderebbe immorale tutta l'azione.

Non sono, invece, da ritenere definitive le valutazioni dipendenti dagli attuali dati scientifici ancora incerti. Tali sono le valutazioni morali riguardanti l'uso delle progestine per il buon uso del metodo Ogino-Knaus, quelle riguardanti la durata della sterilità dopo il parto, e particolari situazioni di disagio dipendenti dal ciclo mestruale.

Resta sempre fermo, però, che il ricorso ai prodotti ormonali per evitare la maternità, è **gravemente illecito**. Non si tratta più di sospendere l'attività ovulatoria per guarire o bloccare un male, ma la si sospende per non aver bambini; l'intenzione anti-fecondativa è evidente: di qui la sua imputabilità.

Giacomo Perico