Indicazioni per l'Interruzione della Gravidanza

Rapporto del Comitato* della B.M.A. sull'Aborto Terapeutico

C'e' una vasta gamma di opinioni negli ambienti della medicina sulle indicazioni per l'interruzione della gravidanza e questo rapporto e' inteso come una semplice guida in termini generali alle opinioni mediche attuali sull'argomento. In particolar modo, e' importante sottolineare che le opinioni espresse in questo rapporto sulla raccomandabilita' o meno della interruzione della maternita', in relazione alle condizioni mediche specifiche, non debbono essere interpretate, nel concreto caso di una gravidanza, come argomentazioni atte a decidere in un senso o nell'altro sull'interruzione della stessa. Ci sono poche condizioni mediche da cui scaturiscono automatiche indicazioni circa l'interruzione della gravidanza. ≠ La decisione in merito alla interruzione o meno della gravidanza deve essere presa alla luce delle circostanze di un caso particolare - ad esempio, la durata della gravidanza, se sia negli interessi o meno della salute fisica o mentale della madre permettere la continuazione della gravidanza, se ci siano o meno concrete probabilita' che il feto sia anormale. Nel determinare se l'interruzione sia negli interessi della salute della madre, si dovrebbe tener conto dell'ambiente nella sua complessita', sia nella situazione attuale che del prevedibile futuro.

Come si e' detto nella prima parte di questo rapporto, ≠ la medicina e' essenzialmente una scienza in movimento, nella quale intervengono in continuazione cambiamenti nei modelli di trattamento medico. Le opinioni su come comportarsi nei confronti della maternita' in presenza di certe condizioni mediche sono state sottoposte ad un drastico cambiamento negli

*, ≠, ≠ Vedi note a pagg. 24-25

anni recenti e le opinioni espresse in questa indagine potranno dover essere modificate in futuro come risultato dello sviluppo di nuove tecniche, ad esempio la dialisi renale, il trapianto degli organi, ecc.

Condizioni Alimentari

Addome acuto. - In quasi tutti i casi di addome acuto e' necessario un urgente intervento chirurgico e l'interruzione della gravidanza puo' rendersi necessaria nel corso di questi interventi. Altrimenti non bisognera' prendere in considerazione, con tutta probabilita', l'interruzione della gravidanza con la eccezione di alcuni casi specifici - per esempio, la trombosi delle arterie mesenteriche, la colite ulcerosa complicata da perforazione, l'emorragia, o il megacolon tossico.

Condizioni con probabilita' di aggravamento (ad esempio, ulcera peptica, ileite regionale, pancreatite). - Questi disturbi possono essere aggravati dalla gravidanza ma non sara' necessario giungere alla sua interruzione a meno che le condizioni specifiche non siano deteriorate nonostante tutte le possibili misure terapeutiche. In alcuni casi tali condizioni migliorano con la gravidanza e la paziente potra' portare a termine la stessa senza conseguenze rimarchevoli.

Condizioni croniche (ad esempio, morbo celiaco, colicistite, pancreatite, diverticulosi). - Nella gran parte dei casi e' possibile correggere le complicazioni nutritive, metaboliche, o infettive durante la gravidanza ed arginare la malattia fino al termine della stessa, senza effetti nocivi per la sa-

lute della madre.

Malattie del fegato (ad esempio, epatite acuta, atrofia giallo acuta, epatite cronica progressiva, epatite da lupus). - L'interruzione della maternita' puo' rivelarsi inevitabile se le condizioni prendono un deciso corso sfavorevole nonostante i trattamenti intensivi. In casi eccezionali la cirrosi con ipertensione portale puo' complicare la gravidanza, nel qual caso, l'interruzione dovra' essere presa in considerazione a causa di una possibile emorragia.

Malattie da deficit alimentare. - Esse sono poco comuni in questo paese e sono di solito facilmente trattabili. La deformita' ossea da ostcomalacia o rachitismo giovanile puo' comportare grave deformita' in casi eccezionali ed in tal caso occorrera' prendere in considerazione la interruzione della maternita'.

Malattie maligne. - Bisogna tener presente la eventualita' della interruzione della gravidanza nei casi di reticolosi addominale e di certe altre tumori maligni.

Condizioni Cardiovascolari

Insufficienza cardiaca. - L'incidenza dipende dalla gravita' del male e dalle cause originarie. Per convenzione si e' classificata la gravita' in quattro gradi principali cominciando da quello in cui i sintomi si manifestano solo in presenza di una vivace attivita', fino al caso ultimo di impedimento totale. Al punto in cui il grado 2 si confonde con il grado 3 - cioe', quando l'attivita' ordinaria di natura piuttosto moderata come il fare acquisti o il salire due rampe di scale, puo' cau-

sare un'accentuata mancanza di fiato - si puo' far passare la linea divisoria tra rischi ragionevoli ed altri piu' gravi nel periodo della gravidanza. La mortalita' della madre nell'insufficienza cardiaca varia da circa il 2% nei casi lievi al 18% di quelli gravi. Laddove la fibrillazione atriale coesiste con l'insufficienza, la mortalita' puo' raggiungere il 32%. In controlli effettuati su pazienti non incinte le percentuali corrispondenti sarebbero invece rispettivamente del 2%, del 6,7% e dell'8%. La mortalita' perinatale e' anch'essa rilevante, cominciando approssimativamente con l'8,6% nei casi lievi fino al 31% di quelli gravi in presenza di insufficienza cardiaca della madre, e raggiungendo il 50% laddove coesiste la fibrillazione atriale. Durante il trimestre intermedio di gravidanza ci si puo' attendere che l'insufficienza cardiaca diventi piu' grave, ma se fino alla fine di questo periodo le condizioni della paziente si sono mantenute soddisfacenti, in tal caso vi sono buone speranze di arrivare con tranquillita' al termine della gravidanza. La mortalita' da insufficienza cardiaca e' massima durante le due settimane che precedono e quelle che seguono un parto portato a compimento nei termini normali. Percio' ogni decisione dovrebbe essere presa prima della dodicesima settimana, tenendo ben presente gli argomenti seguenti: (1) Un certo grado di dispnea e fors'anche un po' di edema alle caviglie puo' essere normale durante la gravidanza. (2) Ogni sintomo che suggerisca l'insufficienza cardiaca manifestantesi prima della gravidanza costituisce un apprezzabile elemento di giudizio. Una cronistoria di ~~insufficienza~~ collassi cardiaci manifestatisi durante precedenti gravidanze puo' assumere importanza rilevante. (3) In termini generali forme piu' lievi possono facilmente sussistere senza danno sia per il feto che per la madre ma in molti casi gravi si ha una prognosi sfavorevole per entrambi. (4) In tutti questi casi la causa origi-

ginaria della insufficienza cardiaca e' di grande importanza (vedi oltre).

Affezioni cardiache reumatiche. - Le carditi reumatiche acute possono rappresentare una delle piu' valide motivazioni per l'interruzione della gravidanza, dal momento che la prognosi durante la gravidanza si dimostra particolarmente sfavorevole. Le affezioni cardiache reumatiche croniche costituiscono un problema diverso, e sono finora responsabili della maggior parte delle affezioni cardiache durante la gravidanza. L'intervento chirurgico in caso di stenosi mitralica puo' essere possibile senza interferire con la gravidanza, ma puo' non essere consigliabile, soprattutto se in presenza di insufficienza mitralica, ed in tal caso bisognera' prendere in considerazione l'eventualita' dell'interruzione della gravidanza. L'insufficienza aortica, ed in particolare la stenosi aortica, porta a rischi considerevoli per la madre durante la gravidanza e l'interruzione puo' essere prevista prima che siano raggiunti i secondi tre mesi della gravidanza.

Affezioni cardiache congenite. - Alcune situazioni sono trattabili con l'intervento chirurgico senza interferire con la gravidanza - ad esempio, la persistenza del dotto arterioso, i difetti del setto interatriale, e la tetralogia di Fallot. L'effettuabilita' o meno dell'intervento chirurgico dipende da una serie di fattori e se il rischio per la madre e' eccessivo, occorre preventivare l'interruzione della maternita'. Un'alta mortalita' del feto e' associata alle affezioni cardiache congenite. Bisogna prevedere la possibilita' dell'interruzione nei casi gravi di difetti del setto interventricolari, dal momento che questa condizione non e' al momento favorevole all'intervento chirurgico ed e' spesso associata ad altri difetti congeniti. In casi lievi si puo' permettere la

continuazione della gravidanza fino al termine senza troppo rischio per la madre. Bisognera' prendere in considerazione, inoltre, l'interruzione in quei casi di coartazione dell'aorta in cui e' impossibile intervenire chirurgicamente o in cui e' rifiutata l'operazione. Nella gravidanza avanzata c'e' il rischio della dilatazione della parte prossimale dell'aorta con i pericoli conseguenti, ed in tal caso puo' divenire necessaria l'interruzione. La sindrome di Eisenmenger presenta le maggiori indicazioni per interrompere la gravidanza, cosa che bisogna preventivare anche in assenza dei sintomi di insufficienza.

Ipertensione polmonare. - Essa puo' essere causata, fra l'altro, da emoli polmonari multipli o da gravi fibrosi polmonari. Gli indici di morbosita' e di mortalita' per la madre e per il feto sono alti e bisogna prevedere l'interruzione in particolar modo se la paziente ha gia' avuto un inizio di trattamento. In caso di sopravvenuta insufficienza cardiaca bisognerebbe prevedere l'interruzione anche dopo un soddisfacente superamento dello stadio infettivo della malattia.

Affezioni cardiache tirotossiche. - Se non vi e' stato grave danno cardiaco si puo' permettere con sicurezza che la gravidanza venga portata a termine. In caso contrario, in presenza di insufficienza cardiaca, particolarmente se aggravata da fibrillazione atriale, l'interruzione puo' essere necessaria in considerazione dell'alto rischio di mortalita'.

Ipertensione. - La semplice ipertensione non e' di per se' sufficiente a giustificare l'interruzione della gravidanza. Molto dipende dalle sue cause, dalla funzione renale, dalla presenza o no di tossiemia e dallo stato del miocardio e dei vasi periferici. Donne con ipertensione essenziale corrono un maggior rischio di sviluppo della tossiemia pre-eclamptica

anche dopo il trattamento con medicamenti ipotensivi o simpaticectomia. Benche' relativamente piccolo, questo rischio e' di sette volte superiore al normale. C'e' inoltre un rischio dieci volte maggiore di emorragia accidentale antepartum nelle donne in cui la pressione sanguigna e' 180/90 o piu' in confronto con donne a pressione sanguigna normale. Ciononostante vi e' la probabilita' di portare a termine con successo la gravidanza per tre donne su quattro affette da ipertensione purche' sotto adeguato controllo. L'affezione cardiaca ipertensiva, dall'altra parte, presenta problemi diversi e la questione dell'insufficienza cardiaca e renale, insieme con il pericolo di sopravvenuta tossiemia, non e' da essa separabile. Tale situazione, tuttavia, pare estremamente rara nella realta'. Bisognerebbe sottolineare che la decisione di interrompere la gravidanza dipende dal quadro generale, e non dovrebbe essere considerata nella semplice relazione con il livello della pressione sanguigna. Da cio' scaturisce che nessun livello della pressione si puo' considerare isolatamente come fattore di decisione senza la giusta considerazione per tutti gli altri aspetti rilevanti del caso, compreso l'anamnesi della paziente.

Affezioni cardiache ischemiche. - Bisogna prevedere l'interruzione della gravidanza in presenza di dolori gravi da sforzo, insufficienza cardiaca, ingrossamento cardiaco, o disordini del ritmo o della conduzione manifestantisi durante la prima gravidanza. Nell'assenza delle succitate complicazioni le pazienti con trombosi coronariche possono portare a termine la maternita' purche' il trattamento con anticoagulanti, ecc. non diventi troppo pericoloso.

Condizioni varie. - Si potra' anche prendere in considerazione l'interruzione della gravidanza in casi di seri e ricorrenti disturbi della funzione cardiaca dovuti a tachicardia parossi-

stica, a palpitazione, a fibrillazione atriale o a blocco cardiaco, e nei casi di aneurisma aortico e di recente aortite sifilitica.

Condizioni Respiratorie

Un'affezione polmonare che non e' complicata da altre condizioni raramente puo' essere d'indicazione per l'interruzione della gravidanza. Di solito la tubercolosi polmonare risponde soddisfacentemente ai metodi moderni di trattamento e la questione dell'interruzione si pone solo in quelle pazienti che nella prima gravidanza presentano un danno polmonare notevole, non hanno risposto al trattamento, ed in cui l'affezione e' ancora attiva.

Puo' darsi il caso che si debba prendere in considerazione l'interruzione della gravidanza in casi di insufficienza respiratoria grave causata dall'enfisema, da bronchiettasie, da fibrosi polmonare, o dalla resezione polmonare estensiva, ed in casi non frequenti di asma cronico incontrollabile. Tuttavia, insufficienza respiratoria abbastanza grave da rendere necessaria l'interruzione non si trova facilmente nelle donne in eta' di procreazione.

Condizioni Renali

Le pazienti con lieve proteinuria e con normali funzioni renali e quelle con sindrome nefrosica o con grave proteinuria con normale o paranormale limpidezza della creatinina possono normalmente portare a termine la maternita' senza conseguenze rimarchevoli. La sindrome nefrotica con livelli molto bassi di albumina sierica - per esempio, 2,5 g. o meno -

possono avere necessita' dell'interruzione, in particolar modo se e' aumentato l'urea del sangue.

E' possibile per i casi piuttosto avanzati di danneggiamento renale da altre cause portare a termine la maternita' senza effetti rimarchevoli mantenendo sotto controllo la pressione del sangue - per esempio, nel caso di pielonefrite ben controllata. C'e' un alto rischio di morte del feto nell'utero nei casi di malattia renale dove l'ipertensione e' presente dalla prima gravidanza, in particolar modo in presenza di difficili precedenti ostetrici. La mancanza di trattamento dell'infezione del tratto urinario o l'ipertensione manifestatasi nella prima gravidanza puo' portare a un rapido deterioramento della funzione renale.

Condizioni Neurologiche

Sclerosi multipla.- Benche' le pazienti sembrino condurre normalmente la gravidanza c'e' un aumentato indice di ricaduta durante il puerperio. Questo assume la condizione di uno stimolo per la prossima ricaduta, che e' seguita da una remissione piu' lunga del normale. La gravidanza non necessariamente ha effetto sul numero totale delle ricadute, ma essa, accorciando il periodo tra l'una e l'altra ricaduta, puo' rendere assai limitate le capacita' della paziente, soprattutto in coincidenza di un particolare stato di tensione, come il dover badare a una famiglia ancora in formazione. Le successive gravidanze in presenza di tensione possono percio' costituire indicazione all'interruzione, in particolar modo quando le gravidanze precedenti sono state associate a ricadute. La sterilizzazione o un piu' efficace contraccettivo sono da prendere, in casi simili, in seria considerazione. E'

raro la trasmissione ereditaria al bambino della malattia ed il rischio in se stesso non puo' essere sufficiente per giungere all'interruzione.

Epilessia. - L'epilessia grave, frequente ed intrattabile puo' portare al danneggiamento da trauma del feto nell'utero. Inoltre, la condizione postnatale e' pericolosa per il bambino con una madre gravemente epilettica che sia soggetta ad attacchi. La trasmissione ereditaria della malattia e' improbabile quando la sola madre e' epilettica, ma il rischio aumenta notevolmente quando sono epilettici entrambi i genitori. Il rischio di procreare un bambino epilettico aumenta con le gravidanze successive e l'interruzione dovra' essere presa in considerazione in tutti quei casi dove c'e' coincidenza di questi fattori.

Tumori cerebro-spinali. - Alcuni tumori possono aggravarsi e riprodursi durante la gravidanza, causando un aumento della limitazione delle capacita' nel caso di maternita' susseguentisi. Se il tumore non puo' essere trattato soddisfacentemente con intervento chirurgico si rende necessario interrompere la gravidanza per evitare il rischio di un maggior ingrossamento - ad esempio, nel caso del meningioma che danneggia la vista della paziente. E' probabile che i tumori si ingrossino verso il settimo mese di gravidanza e la cronistoria del ingrossamento del tumore nelle precedenti maternita' e' senz'altro significativa.

Aneurismi endocranici. - E' piu' probabile che questi sanguinino durante il periodo dal terzo al settimo mese di gravidanza o dopo il parto, ma solo raramente durante il parto. Puo' essere perciò indicato il taglio cesareo. Dovrebbero essere fatti tentativi per trattare le emorragie subaracnoidali verificantesi durante la gravidanza senza interferire con la stessa, ma l'interruzione puo' diventare necessaria quando si hanno

aneurismi multipli o quando l'aneurisma e' inoperabile, dal momento che il rischio di complicazioni aumenta con la durata della gravidanza.

Angioma. - L'emorragia puo' verificarsi intorno al settimo mese di gravidanza ma e' raramente mortale.

Condizioni eredofamiliari. - Le condizioni seguenti possono essere trasmesse dai genitori al feto. Gli sviluppi, legati ai singoli casi di gravidanza, sono relativamente imprevidibili ma possono essere espressi in termini di probabilita' statistica. Il rischio e' identico per ogni gravidanza.

Corea di Huntington. - La gravidanza e' rara nelle donne che soffrono da questa condizione. Pero' c'e' un rischio notevole di trasmissione in quelle famiglie in cui si verifica un alto indice di questa malattia. In tal caso si dovra' prendere in considerazione l'interruzione.

Atrofia muscolare peroneale e paraplegia spastica ereditaria. - Benche' il rischio sia alto, e' molto bassa l'incidenza di grosse anormalita' fetali.

Ataxia di Friedreich. - L'estensione del rischio e' dubbia, ma e' piuttosto infrequente che la condizione sia presente nei genitori e nel bambino.

Distrofia muscolare pseudoipertrofica. - Le portatrici possono essere ora individuate e c'e' il 25% di probabilita' che i loro figli maschi sviluppino la malattia e che le loro figlie femmine diventino portatrici. Bisogna scoraggiare le gravidanze nelle portatrici conosciute. La determinazione del sesso del feto durante la prima gravidanza potrebbe essere un apprezzabile aiuto a decidere per l'interruzione o meno, se sara' possibile sviluppare questo procedimento.

Leucodistrofia metacromatica. - Queste e' una condizione

molto rara in cui non e' comune per un bambino di una famiglia che ne sia affetta sopravvivere oltre l'eta' di dieci anni. Percio' l'interruzione dovra' essere presa in considerazione se esiste gia' un bambino in queste condizioni nato da una precedente gravidanza.

Miastenia grave. - L'interruzione e' indicata laddove la gravidanza ha portato gravi ricadute, particolarmente quando le gravidanze precedenti hanno sortito un pari effetto, nel qual caso bisognera' prendere in considerazione anche l'eventualita' di una sterilizzazione. La trasmissione della malattia al feto non e' sufficiente per procedere all'interruzione dal momento che il bambino di solito guarisce in poche settimane, durante qual periodo puo' essere somministrato il trattamento.

Affezioni vascolari, Affezioni Degenerative e Malattie Infettive. - Queste condizioni si verificano raramente nelle donne in eta' riproduttiva. Le madri con emiplegia o Parkinsonismo sono gravemente impedite a prestare le necessarie cure ai loro bambini.

Condizioni Scheletriche

Deformita' spinale, distorsione pelvica, asimmetria degli arti inferiori e frattura o distruzione patologica di parti rilevanti dello scheletro possono a volte causare gravi complicazioni meccaniche e deve essere presa in considerazione l'interruzione della gravidanza.

Condizioni Dermatologiche

Dermatomiosite. - Questa malattia puo' progredire rapidamente

nella prima gravidanza e puo' coinvolgere il muscolo uterino. Se il trattamento richiede alte dosi di steroidi c'e' un rischio notevole di anormalita' fetale, particolarmente di labbro leporino.

Lupus eritematoso disseminato. - Se e' presente un interessamento renale e le condizioni non possono essere riportate sotto controllo rapidamente, vi e' pericolo di morte per la madre e per il bambino.

Sclerodermia disseminata (Sclerosi sistemica). - Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione della gravidanza nei casi gravi.

Eczema atopico. - Questa affezione normalmente migliora durante la gravidanza, ma in casi eccezionali vi e' un rapido deterioramento, che diventa incontrollabile (anche con alte dosi di steriodidi) e con il rischio di un collasso psichico. In tali rari casi e' indicata l'interruzione della gravidanza.

Condizioni Endocrine

Tirotossicosi. - L'interruzione della gravidanza non e' indicata fin tanto che non vi siano gravi complicazioni cardiache o psichiche. Il gozzo fetale puo' risultare da trattamento somministrato alla madre ma si tratta di un fenomeno temporaneo e facilmente correggibile.

Mixedema o grave ipotiroidismo. - Normalmente e' possibile trattare questa condizione senza interferire con la gravidanza.

Affezioni ovariali. - Si puo' di solito intervenire chirurgicamente con facilita' in ogni stadio della gravidanza sia in

presenza di tumore adreno-corticale sia in dipendenza da iperplasia pituitaria. Bisogna tener presente l'interruzione solo quando non e' possibile l'intervento chirurgico.

Morbo di Addison. - Di solito il trattamento ha effetto senza interferenze con la gravidanza salvo quando sussistono gravi complicazioni psichiatriche.

Feocromocitoma midollare. - La necessita' dell'interruzione della gravidanza in quest'affezione particolarmente grave, scaturisce dal grado di ipertensione ad essa collegata.

Acromegalia. - L'interruzione deve essere presa in considerazione solo quando non e' possibile alcun trattamento- per esempio, in caso di minaccia per la vista della madre come conseguenza di ingrandimento di un tumore pituitario che non puo' essere trattato.

Tumore paratiroideo. - L'interruzione deve essere presa in considerazione quando e' impossibile ricostruire efficacemente il metabolismo del calcio durante i primi tre mesi della gravidanza. Se non si e' fatto questo c'e' il rischio di anormalita' fetale.

Diabete insipido. - Quest'affezione si verifica raramente nella gravidanza, e non risponde al trattamento durante la gravidanza. Nei casi eccezionali la debilitazione della madre puo' divenire cosi' grave da rendere necessaria l'interruzione.

Diabete mellito. - E' possibile trattare i casi non complicati senza interferire con la gravidanza. ~~////////~~ Alcune complicazioni, in particolar modo, la nefropatia e la retinopatia proliferativa, possono suggerire l'interruzione, cosi' come la ripetuta nascita di nati morti nonostante adeguati controlli e buon trattamento ostetrico. In una donna con diabete gra-

ve che gia' ha due o piu' figli, l'aumento delle responsabilita' familiari puo' complicare seriamente il giusto controllo della sua malattia.

Condizioni Maligne

Carcinoma del seno. - L'interruzione della gràvidanza potra' rendersi necessaria quando c'e' un rinnovamento della crescita o quando vi e' presenza di metastasi, in particolar modo di metastasi spinale e nei casi di carcinoma dei dotti galattofori. In caso contrario la gravidanza non e' pericolosa ne' prima ne' dopo la rimozione della escrescenza.

Melanoma. - L'interruzione puo' essere consigliabile nei casi di crescita o di metastasi.

Carcinoma della tiroide. - La gravidanza aumenta il lavoro della ghiandola e di solito si puo' intervenire somministrando dosi appropriate di sostituti della tiroide.

Affezioni Linforeticolari. - L'interruzione non e' generalmente indicata a meno che si siano manifestate una riproduzione attiva o metastasi.

Radiazioni. - (Le dosi riportate sono solo approssimate e derivano da esperimenti su animali). Il principale pericolo si ha per l'irradiazione pelvica durante i primi tre mesi della gravidanza, quando un alto dosaggio (oltre i 200 rad) ricevuto durante il periodo breve della massima sensibilita' del feto, quasi certamente produrra' anormalita' nel feto. In vista delle incertezza derivanta dalle cognizioni in questo campo, la prospettiva di anormalita' del feto potrebbe presentarsi in tutti quei casi dove le irradiazioni pelviche superiori ai 30 rad siano state somministrate durante i pri-

mi tre mesi di gravidanza. Bisognerebbe evitare il trattamento con isotopi radioattivi durante la gravidanza perche' in tal caso il feto in sviluppo assorbe delle quantita' anormali di fosforo radioattivo e di iodio radioattivo. L'irradiazione di uno o dell'altro dei genitori prima del concepimento e' raramente osservata come pericolo sufficiente per giustificare l'interruzione della vita fetale. La mutazione sarebbe limitata ai concepimenti che avvengono entro un breve periodo di tempo quando si tratta dell'uomo, ma persisterebbe indefinitivamente dopo l'irradiazione delle gonadi della donna. Il piu' comune tipo di mutazione nei mammiferi da esperimento uccide il feto nell'utero nella fase iniziale, e probabilmente porterebbe a un'aborto spontaneo nell'essere umano. Quasi tutte le altre mutazioni sono recessive e potrebbero avere effetti inavvertiti sul bambino anche se potrebbero procurre effetti deleteri nelle generazioni successive.

Condizioni Ginecologiche

L'interruzione puo' rendersi necessaria in caso di carcinoma infiltrante della cervice, di carcinoma ovarico, e dove le mutazioni sarcomatose avvengono in un fibroide. Molto raramente l'interruzione deve essere presa in considerazione nei casi di acuta sofferenza addominale dovuta a degenerazione di un fibroide o in quei casi dove esistono dei precedenti di interventi notevoli sulla vagina - per esempio, per incontinenza da tensione - o dei precedenti di interventi su fistole vescicovaginali, rettovaginali o utero-vaginali.

Condizioni Ostetriche

Eclampsia anteriore. - Si puo' talvolta prendere in considerazione l'interruzione in quelle pazienti in cui si sia avuta eclampsia in gravidanze anteriori, specialmente se persiste un'alta pressione sanguigna causata da preesistente ipertensione. Se la paziente ha avuto l'eclampsia in due o piu' gravidanze successive, l'interruzione si rendera' spesso necessaria, specialmente se si e' manifestato precedentemente lo stato eclamptico.

Pre-eclampsia anteriore. - L'interruzione sara' da ritenersi eventualmente necessaria quando la paziente ha subito una grave pre-eclampsia in gravidanze anteriori in particolar modo se cio' avvenne prima della trentaduesima settimana di gravidanza.

Lunghe o difficili doglie ripetute. - Per esempio, le doglie che si concludono con un difficile parto da forcipe, il taglio cesareo (particolarmente se classico taglio cesareo ripetuto), le operazioni di distruzione del feto, ecc. Queste non costituiscono di per se' motivazioni sufficienti a giustificare l'interruzione ma possono avere influenza sulla decisione di intervenire con l'interruzione le complicazioni psichiatriche e le altre complicazioni mediche od ostetriche che talvolta ci sono presenti in tali pazienti.

Gran multipara (cinque o piu' gravidanze). - Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione in caso di parti multipli ripetuti quando nella cronistoria delle passate gravidanze si siano verificate gravi complicazioni ostetriche - per esempio, emorragia post-partum, rimozione manuale della placenta, profondo arresto del muscolo trasverso, ecc.

Eritoblastosi fetale. - Talvolta si dovra' prendere in considerazione l'interruzione quando la paziente ha dei trascorsi ostetrici per un bambino con idropisia fetale ed almeno

un altro bambino gravemente colpito, specialmente se cio' sia avvenuto prima della trentaduesima settimana di gravidanza. Gli sviluppi futuri della trasfusione intrauterina potranno variare queste indicazioni.

Iperemesi delle gravide. - Nelle moderne condizioni di trattamento questa situazione costituisce raramente indicazione per l'interruzione. Se l'itterizia sopravviene durante l'iperemesi bisognera' indagare con accuratezza al fine di escludere altre affezioni - per esempio, l'epatite infettiva, gli effetti della droga, ecc. Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione soltanto se l'epatite e' estesa e persistente, con minaccia di insufficienza epatica.

Condizioni Psichiatriche

La presenza di queste condizioni costituisce attualmente indicazione medica tra le piu' comuni per l'interruzione della gravidanza. C'e' una variazione notevole di opinioni relativa alle indicazioni psichiatriche per l'interruzione, ed e' molto piu' difficile prendere decisioni basate su tale motivazione che su motivazioni fisiche.

Depressione reattiva. - Questa e' la condizione piu' comune per la quale e' richiesta un'interruzione della gravidanza. Talvolta e' grave, con il rischio del suicidio. L'opinione che le donne incinte non si suicidino e' falsa e non deve aver influenza sulla decisione di consigliare l'interruzione o meno. Quando la madre e' in uno stato di disperazione, di irresponsabilita' e senza carica vitale, ci possono essere motivi validi per l'interruzione.

Stato di ansieta'. - Uno stato semplice di ansieta' raramente costituisce una giustificazione per l'interruzione della

gravidanza. Tuttavia, la condizione e' spesso accompagnata da depressione, ed e' su questa che si dovra' principalmente basare la decisione di interrompere la gravidanza.

Depressione endogena. - Essa puo' essere affrettata dal riconoscimento di una gravidanza non desiderata, o puo' sopravvenire durante il corso di una gravidanza preesistente. E' spesso grave, con notevole rischio di suicidio: Tuttavia, la condizione non e' causata principalmente dalla gravidanza, come puo' essere il caso della depressione reattiva, e percio' e' meno probabile che l'interruzione la migliori.

Stati ossessivi. - Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione se la gravidanza chiaramente peggiora i sintomi. E' possibile che sentimenti di colpevolezza seguano l'operazione.

Isterismo. - Le reazioni isteriche alle gravidanze non desiderate sono comuni ma non giustificano l'interruzione almeno che siano presenti anche una depressione grave od altri disturbi mentali gravi.

Stati di schizofrenia. - Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione quando si verificano reazioni sfavorevoli alla gravidanza, particolarmente quando c'e' una cronistoria di deterioramenti in gravidanze precedenti.

Subnormalita' mentale. - La subnormalita' mentale di per se' non e' un'indicazione per l'interruzione della gravidanza, e talvolta le pazienti moderatamente subnormali si sono dimostrate delle brave madri quando hanno avuto un appoggio sufficiente. Tuttavia, la tensione nervosa dovuta ad una gravidanza non desiderata puo' provocare dei disturbi gravi in alcune deficienti ed in tali casi si dovra' prendere in considerazione

l'interruzione, specialmente se ci sia una cronistoria di precedenti gravidanze disturbate e se la donna non puo' badare ai suoi bambini in modo adeguato e cio' le causa sentimenti di colpevolezza.

Postumi psichiatrici. - Bisognerebbe tener presente il rischio di depressione ed il sentimento di colpevolezza dopo l'operazione - per esempio, nelle donne la cui coscienza sia formata da una rigida educazione religiosa, che sono sensibili a ogni critica od ostilita' dei chirurghi o delle infermiere a causa dell'interruzione. Tali reazioni possono essere, in parte, dovute ad un senso di vergogna per essere diventate incinte e in parte al rammarico per l'interruzione della gravidanza.

Valutazioni generali. - Il compito dello psichiatra nel dare la sua opinione sull'interruzione della gravidanza e' eccezionalmente difficile. Di solito e' messo di fronte ad una paziente che non ha mai visto prima di allora, con un periodo di tempo molto limitato per poter decidere. La paziente puo' esagerare la sua angoscia nella speranza di ottenere un'opinione a favore dell'interruzione, oppure puo' applicare una pressione morale sullo psichiatra con la minaccia o il tentativo di suicidio, o puo' intenzionalmente sottovalutare i sintomi credendo che si sia gia' deciso di interrompere la gravidanza. E' necessaria un'anamnesi completa che comprenda le passate reazioni agli stati di tensione, l'attuale condizione mentale e fisica, fattori sociali pertinenti, ecc. Un rapporto esauriente e particolareggiato dal medico generico della paziente puo' fornire molte notizie preziose. Bisognerebbe fare un'indagine completa relativa all'appoggio di cui la paziente puo' disporre presso i suoi parenti, i servizi sociali, ed i medici. Valutando tutte queste considerazioni, si puo' calcolare l'effetto della pressione crescente della gravidanza sulla salute

mentale della madre ed arrivare ad una decisione sull'interruzione.

Condizioni che causano anormalita' fetale

Condizioni infettive. - Benche' i tessuti fetali sembrino estremamente sensibili ad alcune condizioni infettive, gli effetti della infezione della madre variano moltissimo. Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione della gravidanza laddove c'e' un alto rischio di grave anormalita' fetale, ma al momento la questione sorge in realta' solo nel caso della rubeola. Se la rubeola si manifesta durante il primo mese della gravidanza, grave anormalita' fetale puo' risultare anche nell'60% dei casi. Man mano che la gravidanza avanza, il rischio e' ridotto ma non scende al di sotto del 10% circa. Dopo la sedicesima settimana della gravidanza probabilmente il rischio non e' abbastanza grande da giustificare che venga presa in seria considerazione l'interruzione. Altre condizioni in cui grave anormalita' fetale puo' manifestarsi sono l'infezione di citomegalovirus, che causa grave danno al feto, ma finora non c'e' stato modo di diagnosticare tale condizione nella madre durante la prima fase della gravidanza, quando si potrebbé prendere in considerazione l'interruzione. Nei casi di influenza l'indice di anormalita' fetale e' di circa due volte l'indice normale se l'infezione si manifesta durante i primi tre mesi della gravidanza. La morte del feto puo' verificarsi in alcuni casi dove la madre soffre di vaiolo o varicella inoculata.

Condizioni non infettive. - Si dovra' prendere in considerazione l'interruzione della gravidanza quando c'e' esposizione rilevante della madre ad un conosciuto agente teratogeno - ad

esempio, talidomide - medicamenti citotossici usati nel trattamento della leucemia della madre, l'esposizione ad alte dosi di radiazione (vedi sopra), ecc. Molto raramente si dovra' prendere in considerazione l'interruzione quando il padre era sottoposto a terapia citotossica durante il periodo del concepimento. Affezioni emolitiche del neonato sono raramente un'indicazione per l'interruzione dal momento che vi e' un'alta probabilita' di trattamento efficace ed il rischio di un insuccesso non puo' sempre essere determinato in quello stadio in cui l'interruzione dovrebbe normalmente essere effettuato.

Condizioni determinate geneticamente. - Sono stati costituiti numerosi centri genetici regionali per fornire consigli sul comportamento in caso di condizioni determinate geneticamente ed i medici sono stati invitati a servirsi di quest'istituzione quando sorgono problemi nella prima fase della gravidanza. Ci sono tre categorie principali di condizioni determinate geneticamente:

Aberrazioni cromosomiche. - Se l'uno o l'altro dei genitori siano noti eterozigoti per uno scambio cromosomico, oppure se sussista un noto mosaico cromosomico (per cloni cellulari normali od anormali) il rischio di una grave anormalita' puo' essere alto, fino al punto di una probabilita' su tre o quattro casi. Tale gravidanza puo' terminare o in aborto spontaneo o in una nascita in cui possono essere presenti vari gradi di malformazione. Non ci sono due casi uguali, e percio' ogni problema familiare richiede valutazioni individuali. Puo' diventare possibile determinare in fasi sufficientemente iniziali della gravidanza la costituzione del cromosoma fetale in modo da permettere che sia effettuato un aborto terapeutico in caso di aberrazione.

Condizioni eziologiche multifattoriali dove alleli a

molti loci interagiscono con fattori ambientali. Possono considerarsi parte di questo gruppo la deficienza mentale, l'epilessia, e l'anencefalia. Il grado di rischio puo' essere valutato approssimativamente dai dati ricavati da molte famiglie colpite e dipenderanno in ogni caso dalla proporzione dei parenti colpiti e dalle loro relazioni. Nella maggior parte di queste situazioni il rischio di avere un bambino colpito e' minore di un caso su venti, e questo non costituisce di per se' una ragione sufficiente all'interruzione della gravidanza.

Condizioni dovute ad alleli anormali da locus singolo, e trasmesse secondo la maniera classica di Mendel. Il modello ereditario dipende dal fatto che il locus sia da autosoma o legato al sesso, e se la malattia si manifesti nell'eterozigote o nell'omozigoto. Il rischio per il feto dipende da questi fattori e dai genotipi dei genitori, e puo' essere cosi' alto da raggiungere la percentuale di un caso su due.

Gli esempi seguenti (da i a iv) costituiscono malattie in cui gli individui colpiti sono omozigoti per un allele anormale - cioe', con ereditarieta' recessiva. La questione dell'aborto terapeutico sorge con una gravidanza che segue la nascita di un bambino colpito, da genitori apparentemente normali, ma portatori. Lo stato di portatore puo' talvolta essere identificato, e quando un genitore potenziale e' conosciuto come portatore, l'esame dell'altro genitore puo' far si' che venga calcolato il rischio per il feto:

(i) Thalassaemia major.

(ii) Anemia a cellule falciformi

(iii) Rari disordini ereditari della coagulazione (come i deficit dei fattori I, II, V, VII, X, XI o XIII).

(iv) Altri rari disordini come l'anemia di Fanconi,

la porfiria congenita, deficit di piruvicochinasi eritrocitaria.

I seguenti esempi (da v a viii) sono rare condizioni dovute ad un singolo allele anomalo - cioe', ereditarieta' di tipo dominante - e, ovviamente, uno o entrambi i genitori sono di solito colpiti:

(v) Alcuni tipi di anemia emolitica congenita
(vi) Malattia di Von Willebrand
(vii) Telangettasia ereditaria
(viii) Porfiria acuta intermittente

Negli esempi seguenti (da ix a xii) lo allele anomalo e' ereditato come recessivo legato al sesso. Meta' dei figli maschi e nessuna delle figlie femmine di una portatrice sara' colpita'; il sesso del feto puo' percio' giocare un ruolo nella decisione di interrompere la gravidanza di una portatrice. La determinazione del sesso fetale e' ora possibile dall'esame delle cellule amniotiche di una striscia di liquido amniotico in un periodo della gravidanza in cui sia ancora possibile intervenire con l'aborto:

(ix) Emofilia
(x) Malattia di Christmas (deficit di fattore IX)
(xi) Anemia ipocromica legata al sesso
(xii) Sindrome di Aldrich.

* Membri del Comitato: Dr. E. A. Gerrard (presidente), Miss Josephine Barnes, Mr. D. B. Brown, Dr. A. B. Davies, Dr. S. C. Gawne, Sir Aubrey Lewis, Dr. F. M. Mayon-White, Dr. Doris Odlum, Dr. A. Reeves, Dr. S. Noy Scott, Dr. R. D. Teare, Dr. G. E. Owen Williams.

≠ Il rapporto tratta dell'interruzione della gravidanza nei casi in cui la gravidanza non ha ancora raggiunto lo stadio in cui il feto e' in grado di condurre un'esistenza indipendente. Benche' il feto non sia ancora considerato autonomo fino a dopo la ventottesima settimana di gravidanza puo' succedere che un bambino nato un po' prima di questo stadio della gravidanza possa nascere vivo e sopravvivere.

≠ Brit. med. J., 1966, 2, 40.

THE Political Quarterly

EDITORS
WILLIAM A. ROBSON and BERNARD CRICK

LITERARY EDITOR
H. R. G. GREAVES

FORMER EDITORS
KINGSLEY MARTIN · LEONARD WOOLF · T. E. M. McKITTERICK

VOLUME 42

CAMERA DEI DEPUTATI
-8. GEN. 1973
BIBLIOTECA

LONDON
THE POLITICAL QUARTERLY PUBLISHING CO. LTD.
1971

Community would probably accentuate rather than diminish this process. Any future approach to the Northern Ireland crisis must take account of the recent profound change in British public opinion, succinctly represented by Lord Boyle[18]: "the prevailing opinion on the other side of St. George's Channel is that Ulster Protestants are just a special kind of Irishmen, who temporarily form part of the British nation"; while Irishmen who hope for the eventual unity of their island must face the reality that before Ireland is reunited, Northern Ireland must *become* united.

[18] *The Round Table* (January 1971), p. 135.

THE ABORTION ACT AFTER THREE YEARS

MADELEINE SIMMS

The 1967 Abortion Act came into effect on April 27, 1968. This paper discusses the first results of the Act, indicating that there are gaps in our knowledge, or where the supposed facts are of doubtful value. It also discusses abortion in the period before reform, and indicates why it is difficult to make realistic before-and-after comparisons.

Legal/National Health Abortion

Before the Act, abortions did not have to be notified, as they do now. So there is no accurate information about the extent of even legal abortion before 1968. Hospital statistics suggest that NHS abortions rose from 2,000 in 1961 to 10,000 in 1967.

TABLE 1[1]

Year	Est. no. of (NHS) discharges after therapeutic ab.	Therapeutic abortions as % of all NHS abortions admitted	NHS non-therapeutic abortion discharges
1961	2,280	3·3	67,130
1962	2,830	3·9	69,390
1963	2,550	3·6	69,410
1964	3,300	4·4	71,900
1965	4,530	5·9	71,770
1966	6,380	8·7	72,120
1967	9,700	12·1	69,900
(1968 provisional	18,564	21·0[2]	69,536)

It may be doubted whether these figures represent all the NHS abortions. Some gynaecologists say that it was a well-known practice, before the Act, to carry out abortions disguised as other

* The author is Research Fellow of the Eugenics Society and is co-author with Keith Hindell of *Abortion Law Reformed* (Peter Owen, 1971). This article is a revised version of a paper originally delivered to the Population Study Group at the Royal Society on April 23, 1971.

[1] From Table VI.12, *Annual Report of Chief Medical Officer*, DHSS, 1969, pp. 100, "Estimated Number of Discharges from NHS hospitals after abortion in England & Wales 1961/7".

[2] Inferred from "Recent Progress and Future Aims in Obstetrics and Gynaecology" by Sir G. Godber (*Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, March 1971).

procedures, such as "routine dilatation and curettage". If this practice was widespread, then, clearly, these figures seriously underestimate the real abortion situation prevailing in NHS hospitals. Because of the uncertain state of the abortion law at this time[4] it is a reasonable assumption that most doctors would tend to play safe in the years before reform, and only carry out their public sector abortions on grounds that could never, by any mishap, land them in court. Even so, they obviously became less timid as time went by, no doubt influenced by the public debate on abortion which was gathering pace in the 1960s, and by increasing public sympathy for reform. As with birth control, the lay public tends to lead in these matters, and the medical profession to follow.

Legal/Private Abortion

Our knowledge of what went on in the private sector before the Act is even vaguer than our knowledge of what went on in hospitals, since we have no official statistics to guide us here at all. Mr. Peter Diggory, F.R.C.S., in his paper in *The Lancet*, "Some Experiences of Therapeutic Abortion" (April 26, 1969), wrote: "On the basis of personal visiting and questioning at nursing homes and of doctors concerned, I estimate that there were at least 15,000 private therapeutic abortions in 1966, and at least 17,500 in 1967."

On this basis, in 1967, the last full year before the Abortion Act, there were then in total not less than 27,000 legal abortions in England and Wales, and there may have been many more.

Illegal Abortion

However uncertain our knowledge about legal abortion before reform, our knowledge of criminal abortion is even more doubtful. The third column in Table 1 shows the estimated number of non-therapeutic discharges after abortion from NHS hospitals. These figures include spontaneous abortions and unsuccessful criminal abortions that required further treatment. Unfortunately, there is no way of distinguishing between patients who needed hospital treatment because they had back-street abortions that went wrong, and those who needed treatment following spontaneous abortions. In the old days, some of us used to assume that overall perhaps one-third of all hospital abortions were originally due to criminal interference (the Royal College estimated the figure at one-fifth, in

[4] K. Hindell and M. Simms, "How the Abortion Law was Reformed", The Political Quarterly (1971), Vol. 42, No. 3.

its Report, "Legalized Abortion", *British Medical Journal*, April 2, 1966). We further assumed that, for each criminal abortion that required hospital treatment, at least three others, and possibly several more, were performed quite successfully, and needed no further attention. It is on this basis that we used to estimate that there were at least 100,000 criminal abortions each year. During the parliamentary debates on the Abortion Act, the Home Secretary used this as his base-line figure. But there is no way of checking it. It was based on the experiences of a small group of gynaecologists. Some, notably Dr. Eustace Chesser, thought this figure was too low. National Opinion Polls thought it was too high (they put it at about 30,000, but admitted this was a minimum), Dr. C. B. Goodhart thought it was far too high (he put it at about 15,000) and Dr. William James, in a new calculation, estimates about 60,000 illegal abortions a year before reform. Some based their estimates on their own medical practice, some, on the experiences of local hospitals, some, on the number of abortion deaths, which they took at their face value. In 1939, the joint Ministry of Health/Home Office Inter-Departmental Committee on Abortion estimated that at a time when there were about 600,000 births each year, there were between 110,000 and 150,000 abortions annually. "Of these, the Committee's impression is that perhaps 40 per cent. are criminal, although this impression has no firm statistical foundation." This is to say, about one criminal abortion for every ten or twelve births.

The Extent of Legal Abortion

In the first eight months of the Abortion Act, between April 27 and the end of 1968, 24,000 legal abortions were carried out, an annual rate of 35,000. In 1969, this increased to 55,000, and in 1970 to about 84,000. In 1968 and 1969, over 60 per cent. of all legal abortions were carried out in NHS hospitals. In 1970, the proportion fell to about 55 per cent. However, an increasing number of so-called "private" abortions are now being carried out in special clinics run in conjunction with charitable bodies, the Pregnancy Advisory Services, on a low-cost basis, at fees about one-half of those obtaining in the rest of the private sector of medicine. In 1970, the Birmingham Pregnancy Advisory Service alone arranged some 8,000 low-cost abortions at its own and other clinics, which is more than one-fifth of all private abortions taking place in England and Wales that year.

TABLE 2

Abortion Notifications: England and Wales

Date	NHS operations	% NHS	Total abortions	P.A. equiv.
1968	14,560	61	23,641	35,000
1969	33,722	62	54,619	
1970	46,355	55	83,851	

Abortion Notifications: Scotland

Date	NHS operations	% NHS	Total abortions	P.A. equiv.
1968	1,448	97	1,492	2,200
1969	3,406	98	3,475	
1970	5,036	98	5,110	

TABLE 3

Abortions % of Births: Britain

	Total	NHS
1968 (2nd half year)	4·5	2·6
1969	6·6	4·2
1970	10·3	6·0

The Grounds for Legal Abortion

The whole concept of "grounds" for legal abortion is a fiction, but a necessary fiction in the face of the reform of the law. We have agreed, as a society, that of all the reasons why a woman *might* need an abortion, three are acceptable, and the rest are not. Thus, doctors who are well disposed towards their patients have to grant them their abortions according to the official classification sanctified by statute. This allows for legal abortion on three main grounds: risk to the health of the pregnant woman (which accounts for about 75 per cent. of all legal abortions notified); risk to the health of existing children posed by the mother's continuing pregnancy (this accounts for 15–20 per cent. of notified abortions; usually it is combined with other grounds); likelihood of the child being born abnormal (which accounts for under 5 per cent. of notified abortions).

At the time the Abortion Act was passing through Parliament, much time was devoted to considering the precise limits to be imposed. This was probably a necessary exercise at the time, and forced everyone involved to face up to their real and underlying attitudes to the subject. But now that the Act has come about, the "grounds" are seen to be an artificial construction. They tell you

more about the attitudes of the doctor than about the condition of the patient. At one hospital I know, the social workers see nearly all the abortion patients first. If they consider a patient ought to be aborted, they pass her to whichever consultant they think will be most sympathetic to that type of case. The young unmarrieds tend to go to one gynaecologist, the harassed mothers of several children living in slums to another gynaecologist, the drug addicts and prison inmates to a third. When the senior and most experienced social worker was away on holiday, one of her young assistants sent a number of girls to the "wrong" surgeon and that month the number of therapeutic abortions carried out at the hospital fell. Doctors have more freedom than women. They can interpret the law more or less as they wish. Abortion law reform has helped women, by freeing the medical profession to act according to its best judgment instead of according to convention and received wisdom. It has not acted by freeing women; this will only come about with the abortifacient drugs, prostaglandins, which can be self-administered.

The real reasons why women need abortions are infinitely varied and it would be unreasonable to expect any law to take account of them all. My recent hospital experience suggests that there are two broad categories which can, however, quite easily be distinguished, though there are numerous exceptions to every generalisation one might be tempted to make. In the first place, there are the married women living in dismal social conditions, who already have several children, who are depressed because there is no prospect now of ever achieving a decent standard of living, or of escaping from squalor. Their husbands, even when healthy and willing, which is not always the case, will never earn more than a meagre wage, and the prospects for their existing children are discouraging. But advertising, and television, and other forces in our society have given them expectations which their parents' generation never dared to entertain. The Good Life is not infinitely remote, as it was during the mass unemployment of the thirties, it seems only just out of reach, and this makes it all the more frustrating. A common situation is that of the women who are about to return to work for the first time after putting all their children into school, who then suddenly find their hopes of a better life extinguished by a further pregnancy. It cannot always be said that the health of their existing children, as laid down in the Act, will suffer in a literal sense by this further pregnancy, nor that they themselves will decline into some neatly definable mental illness. What really happens is that

hope is eroded, despair and weariness take over, a pall descends on the future, the relationship between husband and wife tends to take on a new bitterness, and the existing children bear the emotional brunt of this total situation. The fact that the women can be "carried through" the pregnancy as long as they are hospital patients is really an irrelevance. Some well-known gynaecologists boast of their technical skill in carrying even the most unpromising cases through to term: "I do not kill for social reasons" announced one of these. What matters is what happens, not in the ten days during which they are in hospital, but in the ten years after they have returned home. Their husbands will not be transformed into substantial wage-earners, the remorseful borough council will not produce the decent accommodation they had hoped to save for, the mother will not feel bursting with new energy and enthusiasm as she surveys her declining future prospects. Life will be as it was before, only a little worse.

The other large category of women seeking abortion are single girls deserted by their male partners. Their earning capacity is usually very low, their accommodation insecure, their families often hostile, disappointed or disapproving. To a striking degree, they seem themselves to come from disturbed backgrounds, and to have been starved of affection and a stable family life. Their problems are complex and often insoluble, given the small resources we have to cope with such cases. Abortion will not *cure* their problems, but it may provide an *alleviation*, give them a chance to make a recovery and try again. Virtually all their abortions are classified as due to "mental health" considerations. Paradoxically, they are seeking abortion because for once they have been shaken out of their fantasy lives and are viewing their own situation rationally, and see that it is pretty hopeless. The cases that really alarm the social workers and the psychiatrists are the girls who drift in and out, fail to turn up for an abortion that has been arranged, because they do not perceive how truly desperate their situation is. They hope to muddle through somehow or other. These are the real mental health cases, not those sufficiently alert and responsible to be casting around for a lifeline.

For either of these two broad categories of women to be compelled to have children, or further children, they know they cannot cope with, makes no kind of sense, either for them as individuals, or for society, which by forcing such an unwanted pregnancy to continue, is simply creating for itself a new set of social problems, and setting in motion a new cycle of misery and deprivation. This is,

to my mind, one of the most important justifications for the Abortion Act, though it is seldom discussed in these terms.

Of the 55,000 women who obtained legal abortions in 1969, just over 25,000 were single (46 per cent.) and just under 25,000 were married (45 per cent.) and about 5,000 were widowed, divorced or separated (9 per cent.).

As one would expect, the married women were older as a group than average, and very much more likely to be aborted under the medico-social grounds relating to the health of the existing children of the family. Less than 500 of the single women were thirty-five years or over, but 8,000 of the married women were thirty-five years or over. Six times as many married women as single girls were aborted under the medico-social clause. Ten times as many where this clause was associated with another ground for abortion. In 1969, more than half the married women aborted had three or more children. About 9 per cent. of single women had one child already.

Regional Variation

Table 4 shows that in 1968 the NHS abortion rate was two and a half to three times as high in the London area and Newcastle as in Liverpool, Sheffield and Birmingham. The proportion in 1970 was not much altered. But in all areas, more National Health Service abortions in relation to livebirths were being carried out. At the

TABLE 4

Hospital region	*NHS abortion rate/100 livebirths*			*Total abortion rate/100 livebirths*
	1968 (2nd half)	*1969*	*1970 (1st half)*	*1970 (1st half)*
London and Home Counties	4·0	6·0	7·9	18·9
Newcastle	4·0	5·7	7·6	7·7
Wales	3·0	5·1	6·8	6·8
South West	2·4	4·5	6·2	7·4
Manchester	2·7	4·3	5·7	5·7
East Anglia	3·3	4·3	5·8	6·6
Scotland	2·5	3·9	4·8	4·9
Oxford	2·6	3·6	4·8	5·0
Wessex	2·1	3·0	3·8	4·1
Leeds	1·6	2·8	3·6	3·7
Liverpool	1·3	2·4	3·4	3·4
Sheffield	1·3	2·4	3·6	3·7
Birmingham	1·5	2·2	2·4	10·3
Britain	2·6	4·2	5·5	9·2

two extremes, London and Birmingham, the big private clinics operate, and also the pregnancy advisory services. Nearly all the 45 per cent. of private abortions notified in 1970 were carried out in approved places in those two areas. In a recent paper, Sir George Godber, the Chief Medical Officer, notes that "the incidence of notified abortion does not correlate at all with the incidence of abortion generally". He remarks on the fact that Liverpool, with its low NHS abortion rate, "had the third highest rate of admissions for treatment after abortion, before the Act". In other words, a low NHS rate may mean a high emergency admission rate to local hospitals, possibly as the aftermath of criminal abortion. Or it may mean, as we know it does in Birmingham, that a large number of women are being driven into the private sector, either in their home town or in London. In 1968, of about 1,600 legal abortions carried out on Birmingham women, nearly 700 were carried out outside Birmingham, presumably in London clinics. By 1970, as we can see from the figures, the Birmingham P.A.S. had arrived, and local women no longer needed to travel to London for their private abortions.

There are generally thought to be two main reasons for regional variation. The attitudes to abortion, hostile or favourable, of gynaecologists (and over much of the Midlands and Liverpool they are generally thought to be hostile) and the distribution of resources. This varies widely. In Newcastle, for example, there are exactly twice as many consultant gynaecologists per million population as in Sheffield. Newcastle also has a much more favourable ratio of gynaecological beds (264 per million) than Sheffield (175). All this must affect performance.

Deaths After Abortion

According to the official statistics as set out in Table 5, throughout the 1960s there were between fifty and sixty deaths after abortion each year, with the exception of 1967.

These total figures are very small and subject to constant revision as coroners' death certificates come under increasingly rigorous scrutiny. Many deaths are not clearly defined as abortion deaths, or were not in the past, partly due to problems of definition, as when a woman dies of more than one cause, and also due to a reluctance to label a death as due to abortion unless this was obviously and irrefutably the case. There is also the problem of

misdiagnosis. Dr. H. R. M. Johnson* of the London Hospital Medical College analysed a series of 5,038 unnatural deaths discovered at autopsy carried out at the London Hospital between 1963

TABLE 5

Abortion Deaths: England and Wales

1961	54	1966	53
1962	57	1967	34
1963	49	1968	50
1964	50	1969	35
1965	52	1970	32 (provisional)

and 1967. Nine of these turned out to be caused by criminal abortion. These had originally been classified as death from natural causes. He comments: "The outstanding impression is one of unbelievable gullibility and stupidity of doctors asked to examine young women found collapsed at home or in the street, sometimes with a previous history of abdominal pain and vomiting. Obviously, for the most part, the information given by relatives and friends was deliberately false or misleading. . . . However, judging from the astonishing clinical causes of death suggested by attending doctors, they had clearly not considered, or had disregarded, the possibility of pregnancy and abortion in these cases." Dr. Johnson goes on to reflect: "The time taken by thorough autopsy work supplemented by special investigations such as analysis may well cause inconvenience or distress to relatives on social or religious grounds and earn the opprobrium of the police and coroner's officer. The pathologist must resist the pressures put upon him." I understand that the official deaths statistics are now being reviewed, and will presently be revised showing a straightforward decline in abortion deaths over this period, without the curious dip for 1967. All one can say at the moment is that as legal abortions have increased, abortion deaths from all causes have declined.

When you are dealing with figures that are very small and subject to constant revision, little purpose is then served by sub-dividing them into even smaller fragments. The important divisions are between deaths directly due to therapeutic abortions, deaths from spontaneous abortions, and the rest, which category includes criminal abortions and those whose cause is not clearly established.

* "The Incidence of Unnatural Deaths which Might have been presumed to be natural in Coroners' Autopsies" (*Medicine, Science & Law*, April 1969).

In 1969, the Office of Population Censuses and Surveys[*] gave ten deaths as resulting from legal abortion (of a total of 55,000 legal abortions), eight from spontaneous abortions, and seventeen from other causes. What seems to me to be significant about this is that the legal abortion death rate at nineteen per 100,000 is about the same as the maternal mortality rate for that year. At the very least, therefore, one can say that there is no evidence to suggest that legal abortion is more dangerous than childbirth.

This is an interesting and important observation. For in this country this was not widely believed outside the ranks of the Abortion Law Reform Association, until very recently indeed. Even the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, which might have been expected to know better, warned the Government in its report, "Legalized Abortion", published as recently as 1966, of the dangers, not of *criminal* abortion, but of *legal* abortion. ("Even to the expert working in the best conditions, the removal of an early pregnancy after dilating the cervix can be difficult, and is not infrequently accompanied by serious complications. . . . Even for the relatively healthy woman . . . the dangers are considerable.") Despite the criticisms made of the private sector, virtually none of the deaths have taken place there. The Chief Medical Officer's Report (1969) shows that abortions carried out in early pregnancy by dilatation and curettage are actually much safer than childbirth. The death rate for the former was nine per 100,000 and for the latter nineteen per 100,000. The danger arises when abortion is combined with female sterilisation. The hysterotomy operation is generally carried out with concurrent sterilisation. Its death rate is more than nine times the rate for abortion by dilatation and curettage, being eighty-four per 100,000. As the significance of these figures comes to be appreciated, female sterilisation as a concurrent operation will presumably become less common than it is now. (In 1969, only one out of ten hysterotomy deaths was *not* associated with female sterilisation. That year 22 per cent. of all abortions were carried out by hysterotomy.) Instead of thinking of all these simply as "abortion operations" it is probably more helpful for our purpose to consider them as quite separate operations, some of which (*e.g.*, dilatation and curettage and vacuum aspiration and Karman cannula) are safe and simple, and others of which (*e.g.*, hysterotomy and hysterectomy) are relatively dangerous and difficult.

[*] Revised in 1969 Supplement on Abortion: "Only 9 of the deaths showed abortion as the underlying cause".

Abortion and Illegitimacy

In 1968, illegitimacy rates reached their highest peak since the war, at 8·5 per 100 births. Just under 70,000 illegitimate births were recorded, and abortions carried out on single (widowed, divorced and separated) women amounted to a rate of some 18,000 in the full year. In 1969, the illegitimacy rate fell slightly to 8·4. Just over 67,000 illegitimate children were born, but some 30,000 unmarried women were aborted. The provisional figures for 1970, 65,000 illegitimate births, show another similar small drop in illegitimacy rates to just under 8·3, whereas unmarried women receiving legal abortions amounted to some 47,000. Clearly, the number of single women aborted seems to have risen rapidly during the past three years, whereas the number of illegitimate births has declined very slowly. There are several possible explanations for this:

(1) The Abortion Act *coincided* with a rapid increase in illegitimacy.

(2) The Abortion Act actually *produced* a new wave of what the newspapers call "promiscuity" by appearing to reduce the penalties for immorality.

(3) A large number of single women were being aborted *criminally* before the Act who now obtain their abortions legally and appear in the official statistics for the first time.

(4) A large number of women were being aborted *privately* before the Act. These also now appear in the official statistics for the first time. This is the explanation favoured by Diggory, Peel and Potts in their paper "Preliminary Assessment of the 1967 Abortion Act in Practice" (*Lancet*, February 7, 1970), where they say:

> "The fact that the Act has not had an even more marked impact on illegitimate births may be taken as indirect evidence of the extent of unregistered private abortions before 1968. If the 20,000 terminations carried out on the unmarried during the first year of the Act had been added to the illegitimacy figures for that year the rate would have risen to 10·8 per total 100 births, a figure which would have taken more than five years to achieve on the basis of the prevailing trend."

Probably all these factors have some bearing on the present situation. The Abortion Act did come at a time when sexual morality was undergoing one of its periodic upheavals, so that it was to some extent caught up in the rising wave of illegitimate pregnancy. At the same time one can argue[*] that the new morality

[*] M. Simms, "Abortion and the Facts", *World Medicine*, January 27, 1971.

itself helped to produce the Abortion Act, at least as much as the other way round. This is one of those chicken-and-egg problems. Social trends are closely interwoven, and how you choose to unravel them depends largely upon pre-existing moral, religious, political attitudes. I think it highly probable that in the past some single women were aborted illegally who are now aborted legally, and quite certainly many were aborted privately before the Act, as about half still are. Of 13,000 unmarried women aborted in 1968, 7,000 were aborted in private clinics. The NHS serves most of the married women. Of the 10,000 married women aborted in 1968, 8,000 went to the NHS. In 1969 the proportions were similar. They are, as we have seen, older, and have more children, are more harassed and so perhaps have more excuse for carelessness about birth control. If this is so, then perhaps there is some rough justice in the present system. The young unmarrieds might be said to be suffering to a greater degree from "self-inflicted injuries". And they are the ones who are more likely to have to pay for their abortions. Where medical resources are rationed, and priorities essential, this state of affairs may not after all be indefensible.

The Consequences of Reform

Reform has presented us with one important problem in the public sector, and another one in the private sector. These problems are obvious, simple, easy to define, and in consequence much talked about and steal the headlines. The problems that the Abortion Act has solved, the benefits it has brought in its wake, are, by their very nature, more complex, more difficult to define and quantify, and therefore receive much less attention. They are not the less real on that account.

Problems in the Public Sector

The main problem in the NHS is that the gynaecological departments of some hospitals are apparently under heavy strain. At least this is what a considerable number of gynaecologists repeatedly state. This does not, however, receive striking confirmation from the official statistics in Table 6, though these may not be an entirely reliable guide for the reasons stated in the Chief Medical Officer's Report.

Table 6 below gives the number on gynaecology waiting lists in England and Wales by regional hospital areas for the years 1967–69. Due to a change in definition to meet the modern concept of what constitutes a waiting list the figures for 1969 are not strictly

TABLE 6

Numbers on Gynaecology Waiting Lists
England and Wales 1967–69 by Regional Hospital Areas

Region	Numbers on waiting list Dec. 31, 1967	Dec. 31, 1968	Dec. 31, 1969
England and Wales	83,297	82,787	89,470
Newcastle	3,212	2,954	4,043
Leeds	3,343	3,317	3,781
Sheffield	8,092	8,324	9,012
East Anglia	2,232	2,409	2,620
North West Metropolitan	5,113	4,906	5,258
North East Metropolitan	4,660	3,987	3,808
South East Metropolitan	5,156	4,735	4,833
South West Metropolitan	4,131	3,967	3,883
Oxford	2,749	2,562	2,909
South Western	5,032	6,316	7,136
Birmingham	7,184	6,983	7,423
Manchester	9,532	9,985	11,201
Liverpool	2,983	2,625	2,922
Wessex	3,088	2,688	2,823
Wales	5,363	6,330	6,245
Provincial Teaching Hospitals	7,302	6,826	6,984
London Postgraduate Teaching Hospitals	112	227	231
London Undergraduate Teaching Hospitals	4,013	3,646	4,758

comparable with previous years. The apparent effect of this change in definition would be to increase the numbers on waiting lists."

There would seem to be little problem if all the roughly 450 consultant gynaecologists did an equal share of NHS abortions. As there were 46,000 NHS abortions in 1970, this would have worked out at about two abortions per week per head. "Distributed among all NHS hospital doctors in gynaecology and obstetrics the work load was less than one abortion per week." (C.M.O. 1969, p. 96.) Not an overwhelming load, you might think. It seems likely, however, that many, perhaps half of all gynaecologists, do very few abortions indeed, and some of the rest do anything up to six or eight a week. What causes the bottleneck is that the women sometimes present late, and then tend to have social assessments, though this is often unnecessary, and then sometimes see another specialist, most often the psychiatrist (this too is often unnecessary) as well as the gynaecologists. All this takes up valuable time, and results in many patients being operated much later than is desirable or economical, since after twelve weeks of pregnancy, abortion is a bigger operation, taking up more specialist attention, and occupying

a hospital bed for much longer. In 1969, more than one-third of all abortions were carried out after twelve weeks of pregnancy. The late abortions are carried out overwhelmingly in the NHS.

I personally believe that if we had about half-a-dozen specialist abortion units scattered about the country, we could cope with the abortion problem in the most efficient way possible and remove this burden from the gynaecological departments of the NHS. The view is not widely shared, because this would remove the abortion operation from the mainstream of obstetrics and gynaecology, which on general grounds is thought to be undesirable. This objection seems to me to have some force, but not to be overwhelming. If the Birmingham Pregnancy Advisory Service, started initially by a group of well meaning but, in those days, though no longer, inexperienced amateurs, can filter 8,000 cases through its nursing homes each year (and this year the figure will be substantially higher), then it should not be beyond the capacity of the NHS to organise something similar, with its vastly greater resources. It is largely the political will that is lacking. Abortion units would obviously be controversial, and there is already more than enough controversy surrounding this subject. Moreover, the present trend is towards concentration into larger units within the NHS, and separate abortion units would run against this tide.

Despite all this, it remains to be said that this problem of overcrowding is essentially a temporary one—which is not to minimise the aggravation and strain it is causing at present in many places particularly to nurses. But new techniques are coming along, notably the use of the Karman cannula, which will revolutionise what one might call "abortion technology" and transform abortion into the simplest kind of out-patient procedure. This particular method has been used with great success in the United States for the past two years, and is now being tried out in two London centres. It will probably be in common use within five years at the most. Then it will only be the late and complicated cases that will require hospitalisation at all.

Problems in the Private Sector

These are too well known to need much reiteration. The popular Press finds a constant source of inspiration in this subject. A handful of doctors in private practice are making a great deal of money out of abortion. They always did—long before the Abortion Act was ever dreamt of. Hence the euphemism "Harley Street abortion".

But, such was the taboo against public discussion of abortion in the past, that this well-known practice rarely hit the headlines. One of the great (albeit unquantifiable) virtues of the Abortion Act is that it has made all these problems public knowledge, and with public understanding and discussion comes a desire to rectify abuses, not simply to conceal them.

Only 3 per cent. of women have their babies privately. But 45 per cent. have their abortions privately. This is not free choice or preference on their part. They are driven to seek privately what they cannot obtain on the NHS. Until public or P.A.S. facilities are increased (and P.A.S. facilities are about to be increased) the pressure of demand will drive prices up to remain higher than they *need* be (though not higher than they *used* to be, because, relatively, private abortion seems to have become cheaper, for a variety of reasons). The General Medical Council could do much to discipline offenders, but has in fact done very little. Even notorious abortion practitioners have been allowed to creep back into practice after very short periods of suspension. Why the GMC should have been so ineffective so far is a mystery to many people.

I am bound to say in this connection that I think we were mistaken not to press for a residential qualification at the time the Abortion Act was passing through Parliament. Most of the well-publicised scandals, with all their attendant political problems, have resulted from foreign women seeking abortion in Britain. According to the official statistics, these comprise about 9 per cent. of all abortions, but these are overwhelmingly concentrated in the private sector (23 per cent. in 1969) and have in my view seriously distorted the price mechanism there.

Conclusions

Academics like laboratory situations in which the effects of an activity can be precisely measured and assessed. The effects of the Abortion Act are not susceptible to this kind of treatment—at least not yet, and I doubt whether they ever will be. Our knowledge of the abortion situation in this country, as it existed before reform, is sketchy and unreliable, and subject to widely differing interpretations. As yet, we cannot very clearly assess the Act's impact on population growth, on illegitimacy, or health. We do not know how abortion morbidity compares to maternal morbidity. On its moral impact, we can never agree. The *Church Times* recently (March 12), reviewing a book on abortion,[1] which has a foreword

[1] K. Hindell and M. Simms, *Abortion Law Reformed* (1971).

by Mr. David Steel, M.P., had this to say: "Mr. Steel here affirms that his Act 'has increased the sum total of human happiness in Britain today'. *Even if true*, this affirmation may be thought to afford inadequate justification of the practice which it seeks to justify." Which is a sobering thought indeed. Or take another example. The Abortion Act has given enormous impetus to research into simpler methods of abortion. As a result we have in the last three years seen simple operation techniques developed and also chemical abortifacients now undergoing clinical trials, which will ultimately enable women to abort themselves if they so desire, without seeking help or advice from anyone. Is this the best thing that has ever happened in the context of abortion, or the worst? That depends on one's point of view. In the eyes of history, it is certainly the most important consequence of reform. There is no commonly accepted moral criterion by which to judge the Abortion Act, and those who hold to the strongest moral convictions on either side, are unlikely to be much influenced by such facts as can at present be assembled. This is because people do not alter their fundamental attitudes to moral issues, unless the consequences are startling and horrific. But, the degree of variation that can be expected to result directly and immediately from the Act is relatively small. Let me give some examples: If abortion deaths drop from fifty in 1968 to forty in 1970, instead of to just over thirty as we hope, will this marginal change transform many people's view of the Act? I doubt it. If abortion emergencies decline gently, instead of rather more rapidly, will this change deeply held opinions on either side? I doubt it. If abortion emergencies actually rose by, say, 30 per cent., this would be sufficiently startling to force us to take stock. But, no-one seriously expected this to happen, or anything like it, and it has not, so this notion need not detain us very long.

It seems highly probable that without the Act the situation would have steadily deteriorated. Deaths would have declined, if at all, very slowly. Emergencies would certainly have increased as criminal abortions and back-street surgery abortions rose, as without question they would have done in consequence of the more permissive sexual attitudes in our society which have prevailed independently of the Act, and changes in the status of women. This would have proved an increasingly intractable public health problem, as it is doing in so many Roman Catholic countries today, where criminal abortion rages in epidemic proportions. Moreover, there would not have

been the impetus to birth control, for the first time supported by substantial government money, which has resulted from the Abortion Act at last bringing into clear view the full extent of the problem of uncontrolled fertility. Simply to avert a nasty situation is a virtue too, albeit a negative one. There is much to be said for negative virtues. The best thing that can be said for democracy, after all, is the things that do *not* happen to you under it—the negative virtues of *not* being imprisoned without fair trial, and of *not* being tortured by the secret police. To prevent a long-term deterioration in a situation, is *not* trivial.

The Abortion Act has prevented the births of many children unwanted by their mothers. Consequently, those who believe that the foetus has a right to life from the moment of conception regard the Act as a disaster, irrespective of any benefits it may have brought in its wake. There has been research to show that children unwanted by their mothers fare badly compared with those who were wanted.* It would be amazing if it were otherwise. Moreover, the rejected child has a greater chance of proving a heavy social and financial burden to the community. But arguments originating in either human happiness or in cost benefit must both be equally irrelevant in the face of religious dogma. But there are dogmas on the reform side too, though these happen to be moral rather than theological in origin. They cannot be proved, they can only be asserted. Examples are that, a woman has a right to make the abortion decision for herself, and that the society that allows this personal liberty is a more civilised society than others that do not and drive abortion underground; that a woman has a right to decide about her own marriage, even if it can be proved that arranged marriages turn out "better" (by some agreed criterion); that a woman has a right to vote, even if it can be proved that Switzerland was "better" governed before women were allowed to vote, and so on. Clearly, even such basic beliefs *might* be undermined if their consequences proved too outrageous. If Switzerland now rapidly declines into a police state, one might think twice about the wisdom of women's suffrage, at any rate as it applies to Switzerland.

It is quite a salutary exercise to ask oneself of any social reform that one strongly supports, what *kind* of facts might cause one to

* See the classic study by H. Forssman and I. Thuwe, "One Hundred and Twenty Children Born after Application for Therapeutic Abortion Refused", *Acta Psych. Scand.*, 41:71, 1965.

change one's mind. It would not take much to change my mind about Sunday Observance reform; it would take a great deal to change my mind about abortion law reform. Many people feel this way, and this is why such facts as we can assemble do not have the power to convince that they might have in other fields, and why the controversy will be with us for many years yet.*

* The main statistical sources used in this paper are: *Registrar-General's Quarterly Returns* 1968-70; *Registrar-General's Statistical Review* 1968, 1969 (Supplement on Abortion); *Annual Reports of Chief Medical Officer*, DHSS 1968, 1969; *Health Bulletins* (Scottish Home and Health Department) 1968-70.

IS CHILE RED?

WILLIAM R. LUX

In October 1970, for the first time in the history of the Western Hemisphere, a socialist was elected President in Chile in a free and open election. Stunned Americans are still asking how this could possibly have happened. What was the structural basis of Dr. Salvador Allende's election?

In the twentieth century, with the emergence of new social groups created by post-first world war economic transformation, the masses arrived politically in Chile. The Communist, Radical, Socialist (and later the Christian Democratic) Parties became the vehicles for political action as the masses challenged the traditional parties. A popular leader was elected in 1920. Social advances were made that continued even under the eight-year period of military rule. In 1938 a Popular Front of Radicals, Socialists and Communists elected the President. (The Radicals, dominant in the 1942-58 period, are at the present almost non-ideological and only radical in name. As a party they do not exert the political influence that the Communists and Socialists are capable of demonstrating.) Then in 1964 Eduardo Frei Montalva was elected President by a coalition of Christian Democrats, Socialists and Communists. And in the 1970 campaign, restive forces united behind a Socialist, Dr. Salvador Allende. The Movimiento de Acción Popular Unitaria (MAPU), usually referred to as the Popular Unity alliance, was comprised of Socialists, Communists, the official Radical Party, two splinter Marxist parties, and Christian Democrats who bolted the party. This collection claimed, based on the 1969 congressional elections, 42 per cent. of the electorate.

On election day Allende received 36·3 per cent. of the vote—1·7 per cent. less than he received as a presidential candidate in 1964. The Conservative Party candidate (and former President) Jorge Alessandri received 35·6 per cent. Under the constitution, since no candidate received a majority of the votes cast, the Chilean Congress was required to choose between the two candidates receiving the most votes. Between September 4 and October 24 there was, as one might well imagine, considerable speculation and horse-trading. Finally, with the support of the Christian Democrats, who had

* The author was formerly Director of Training in Latin America for the Peace Corps, and now teaches history at the University of Alabama, Huntsville.

Proposta in Gran Bretagna per vietare l'aborto alle straniere

Londra, 7 febbraio

Una nuova polemica sull'aborto si profila in Gran Bretagna con la possibile approvazione che sarà proibito alle donne straniere non residenti nel paese di recarsi in Inghilterra al solo scopo di interrompere la maternità.

Un deputato laburista James White, ha presentato al Comuni una proposta di legge che modifica la legge sull'aborto in vigore da sette anni, introducendo criteri più rigidi, e in particolare: l'intervento può essere compiuto al massimo dopo 20 settimane (o 24 in casi estremi) dal concepimento, contro le attuali 28; l'intervento non può essere eseguito su straniere che non risiedano da almeno 20 settimane in Gran Bretagna.

ASSR

242