

D G G I

N. 4 - 26-1-1979 ★ SETTIMANALE DI POLITICA ATTUALITÀ E CULTURA ★ SPED. ABB. POST. GR. II/70 - L. 500 

MONDIALE

WOJTYLA:
TO CHE
UNO HA MAI VISTO



intervista con il "figlio di Sabi
COME VINCERE
UCCIDERE

UN FAMOSO "CACCIATORE DI MICROBI" INDAGA CON

TARRO: IO SO COME VINCERE IL VIRUS CHE UCCIDE A NAPOLI

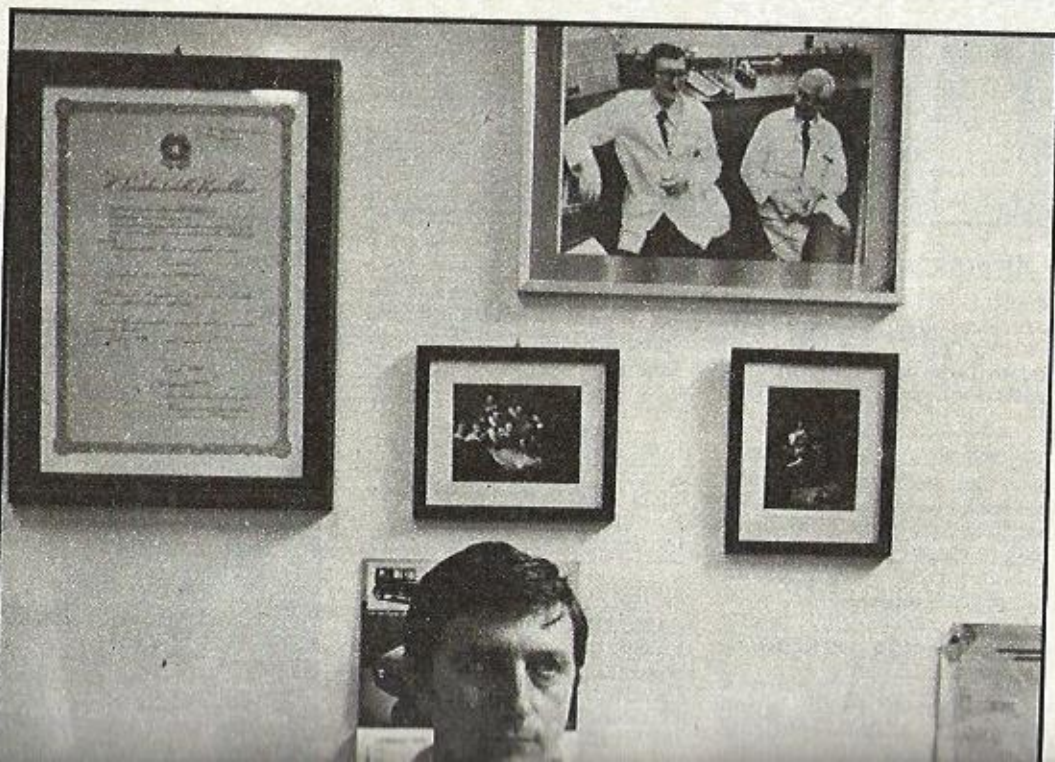
Il professor Giulio Tarro, primario del Centro di virologia dell'ospedale Cotugno a Napoli, ha accettato di accompagnare il nostro inviato in un giro fra i maggiori specialisti per un confronto di opinioni sulla terribile malattia che ha ucciso tanti bambini ● A conclusione dell'indagine, Tarro sostiene di aver individuato il virus ● « Si tratta del "virus sinciziale" che colpisce le vie respiratorie. Si può combattere con il vaccino », dice il noto studioso

Inchiesta di

WILLY MOLCO

Foto di PAOLO ROCCA

Napoli, gennaio
Napoli tiene a battesimo l'«Anno internazionale del fanciullo» contando i suoi bambini morti: sono una trentina, forse quaranta, forse di più. Il loro gracile organismo non ha saputo opporre resistenza a un misterioso morbo, ancora senza nome, che li ha spazzati via come briciole. Per adesso lo chiamano «o male oscuro». I sociologi fanno a gara nell'elencare le pietose condizioni di vita della città che detiene il primato nazionale del più alto tasso di mortalità infantile, con percentuale da Terzo Mondo; i politici, che non perdono mai occasione per fare passerella, lamentano la cronica deficienza delle strutture sanitarie; Roma sforna commissioni a getto continuo.



inadeguata, eccetera), le condizioni ideali per la sua diffusione. Comunque non sembra trattarsi di un agente ad alta contagiosità (la mappa è molto estesa nello spazio e nel tempo). Non penso che nel nostro caso la vaccinazione si possa riconoscere come causa della malattia: è possibile però ipotizzare che abbia provocato nei riguardi di questo agente sconosciuto uno stato di indebolimento temporaneo dei normali poteri difensivi tale da fare evolvere la malattia già contratta in modo più rapido e mortale».

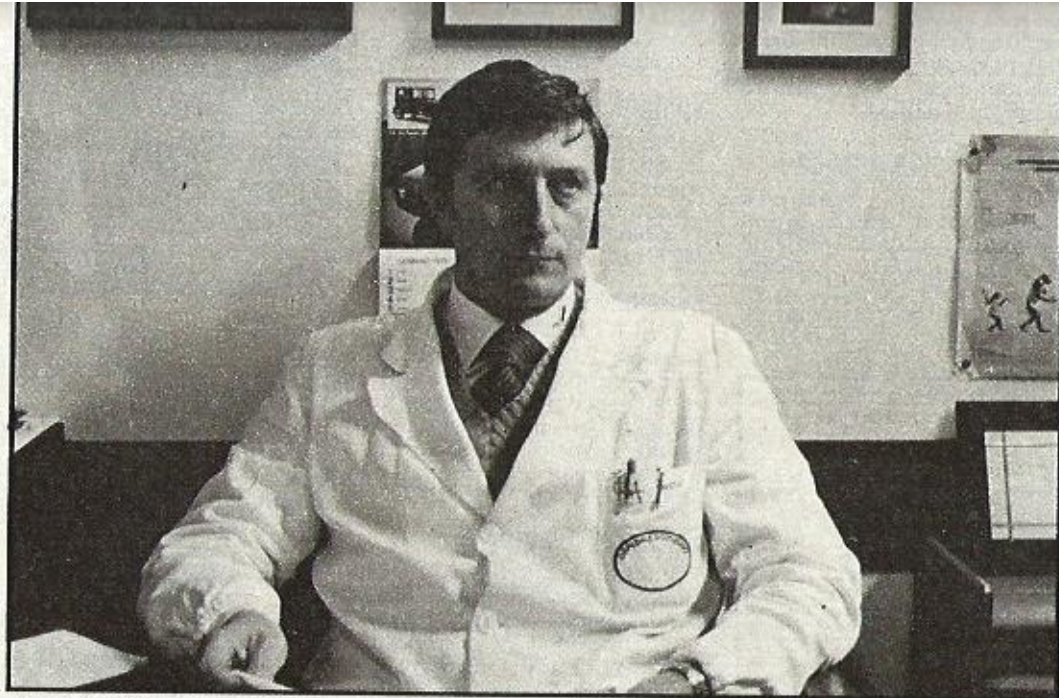
SENSIBILIZZARE I MEDICI

Per il professor Felice Piccinino, docente di virologia clinica alla I facoltà di medicina, « si tratta di un virus a trasmissione aerea, ad ampia diffusione e con scarsa aggressività, che in partico-

gara nell'elencare le pietose condizioni di vita della città che detiene il primato nazionale del più alto tasso di mortalità infantile, con percentuale da Terzo Mondo; i politici, che non perdono mai occasione per fare passerella, lamentano la cronica deficienza delle strutture sanitarie; Roma sforna commissioni a getto continuo.

La popolazione, stufo di sentire parlare solo quando si muore dei suoi « agglomerati malsani », dei « quartieri maleodoranti » e del « tessuto sociale disastroso », respinge per protesta, quando può, ciò che offrono le istituzioni: le aule scolastiche sono semideserte; le vaccinazioni, indicate in un primo tempo fra le cause del morbo, diminuiscono del sessanta per cento con prevedibili conseguenze future; i degenti vengono frettolosamente ritirati dagli ospedali per paura del contagio. Le madri, stringendo le loro creature al petto, piombano angosciate al « Pronto Soccorso » dell'ospedale Santobono nel momento più sbagliato e inutile: al primo accenno di raffreddore oppure quando il piccino è già in coma. Al panico si aggiunge il caos.

A Napoli vive e opera il più illustre virologo italiano, uno dei pochissimi « cervelli » tornato in patria dopo avere affrontato la grande avventura americana: il professor Giulio Tarro. Sabin, inventore del vaccino antipolio, dopo averlo allevato per cinque anni nella sua équipe di ricerca, lo ha definito « my scientific son ». Oggi Tarro, appena quarantenne, è primario del reparto di virologia all'ospedale Cotugno.



ALLIEVO DI SABIN

Napoli. Il professor Giulio Tarro nel suo studio. Il giovane ricercatore, già noto per i suoi studi sul cancro insieme con il professor Sabin (l'inventore del vaccino antipolio orale, che vediamo nella foto sulla parete con Tarro), afferma dopo avere compulsato attentamente le schede a sua disposizione: « Il virus che ha ucciso i bambini si conosce da 20 anni ed è molto comune. Colpisce le vie respiratorie ».

Sono andato a cercarlo per chiedergli lumi sul « male oscuro ». Ero certo di trovarlo intento a studiare le cartelle cliniche dei bambini deceduti, con tutti i dati messi a disposizione dalle autorità sanitarie. Invece il professor Tarro era nel suo reparto, impegnato nel normale lavoro quotidiano. « Nessuno ci ha interpellato », ha ammesso, visibilmente contrariato, « e non me la sento di avanzare ipotesi astratte. Per quanto ho letto, posso soltanto constatare che si tratta di un virus ». Ho propo-

sto al professor Tarro di accompagnarmi nell'inchiesta e partecipare agli incontri con i maggiori clinici della città. Ha accettato, per puro interesse professionale, con l'umiltà di uno studente.

Nel riportare il linguaggio degli intervistati useremo il loro stesso linguaggio: che potrà riuscire ostico al profano, ma è necessario per garantire la serietà dell'analisi della situazione.

La prima tappa è stata l'ufficio del professor Marcello Piazza, direttore della clinica delle malattie infet-

tive alla II facoltà di medicina.

« Tutti parlano di virus ma io non me la sento di escludere che si possa trattare di un batterio », ha premesso il professor Piazza. « Si possono formulare varie ipotesi. La più probabile è che si tratti di un nuovo agente infettante importato, o di un agente già conosciuto ma mutato nelle sue caratteristiche di patogenicità. Tale agente avrebbe trovato a Napoli, per le già note ragioni (alta densità di popolazione, scarsa igiene, alimentazione

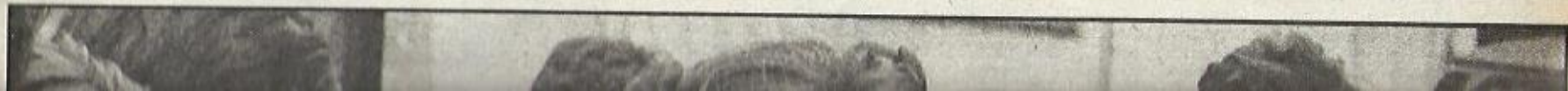
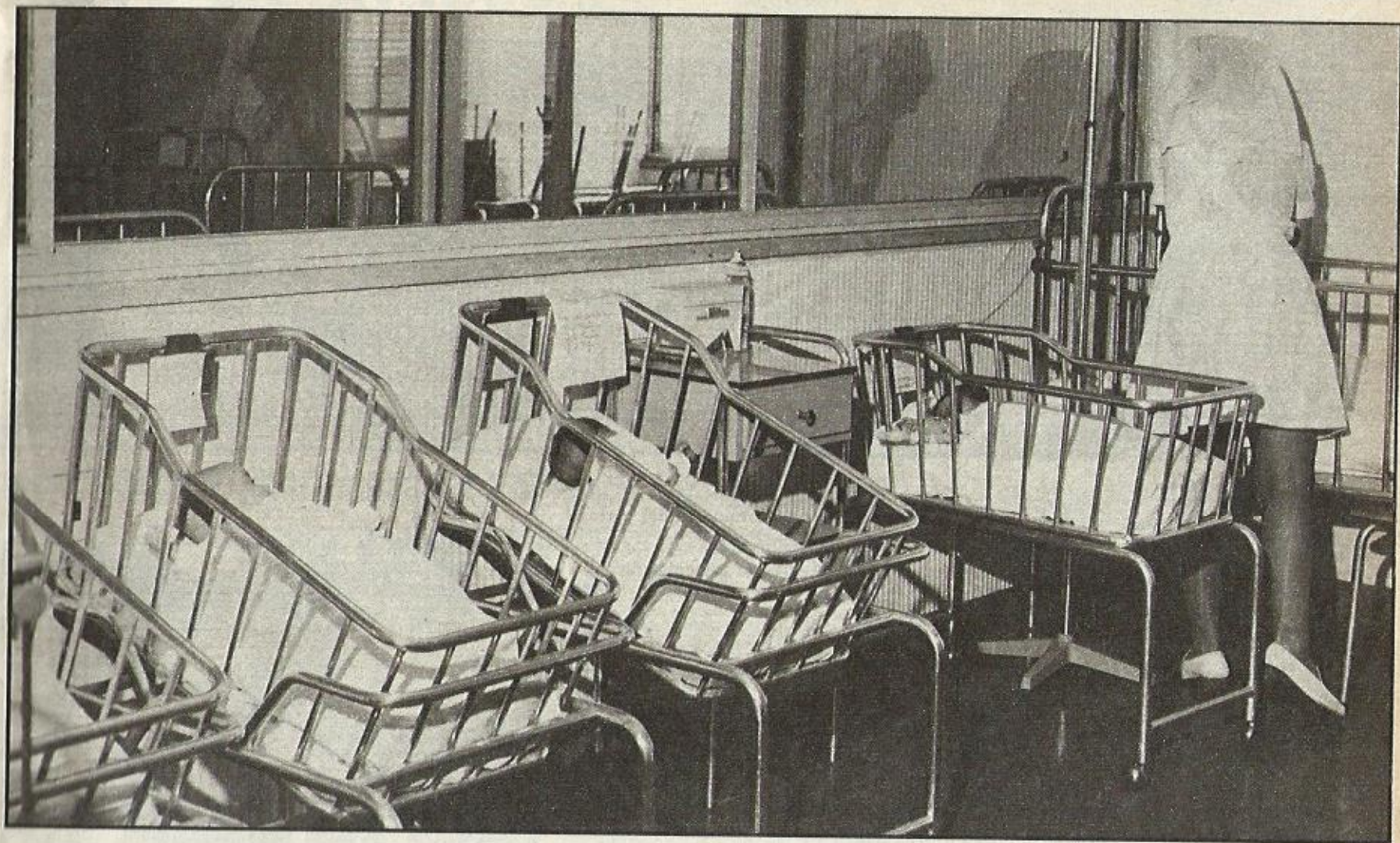
SENSIBILIZZARE I MEDICI

Per il professor Felice Piccinino, docente di virologia clinica alla I facoltà di medicina, « si tratta di un virus a trasmissione aerea, ad ampia diffusione e con scarsa aggressività, che in particolari condizioni epidemiologiche si è riattivato provocando casi mortali. La vaccinazione potrebbe avere agito in alcuni casi da elemento scatenante provocando un'alterata reattività. Non credo alla ipotesi del nuovo virus che dovrebbe fare fallire perché troverebbe un'immunità di base molto bassa. Se si accetta l'ipotesi di un virus, nella gamma di quelli possibili si può ipotizzare l'intervento di un enterovirus a tipo Echo oppure Coxsackie di tipo B che hanno alcune caratteristiche: 1) di essere molto diffusi nell'ambiente; 2) di colpire soprattutto bambini in tenera età; 3) di provocare a volte sindromi iperacute letali come la miocardite neonatale ».

Il professor Antonio Calabrese, titolare della cattedra di anatomia patologica del Policlinico e assessore alla Sanità del comune di Napoli, ha detto con una punta di polemica: « Riguardo al passato mancano adeguati reperti autopsici. Bisognerebbe sensibilizzare i medici affinché richiedano l'autopsia più spesso. A tale proposito è auspicabile che vengano modificate le norme attuali per consentire all'anatomopatologo di eseguire l'autopsia entro le ventiquattrore. Questo è molto importante ai fini degli accertamenti ».

● *continuazione alla pag. 1*

L'INVIATO DI "OGGI" SULLA MORTE OSCURA DI 38 BAMBINI



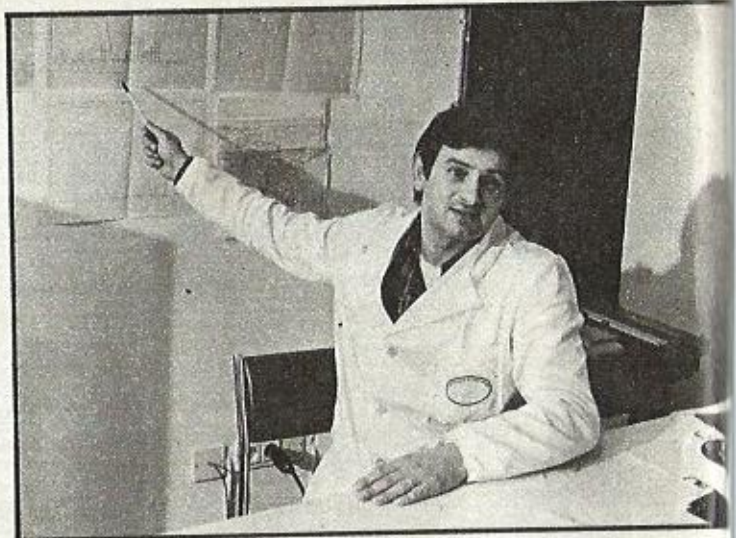


NELL'OSPEDALE DELLA MORTE

Napoli. In alto: una corsia dell'ospedale Santobono al Vomero, dove nel giro di undici mesi sono morti, per un male finora non identificato con sicurezza, ben trentotto bambini. Qui sopra, Maria Fontana, la madre di uno dei piccoli uccisi dal terribile morbo. Le piccole vittime presentavano tutte gli stessi sintomi: difficoltà respiratorie, vomito, febbre e convulsioni. Dopo un primo periodo di grande allarmismo che aveva indotto molti genitori a non far più ricoverare i loro bambini al Santobono, per timore del contagio, l'afflusso dei piccoli degenti sta tornando gradualmente alla normalità. L'ospedale Santobono è considerato il centro pediatrico più attrezzato di tutto il Mezzogiorno.



COSÌ TARRO SVOLG



Napoli. A sinistra, una coltura di cellule infettate col virus respiratorio sinciziale; qui sopra, il dottor Donato Greco, epidemiologo

• continuazione dalla pag. 12

menti virologici. Di molti casi del Santobono non abbiamo il riscontro autoptico perché a Napoli e nel Sud non esiste da parte dei medici la mentalità di verificare, con l'autopsia, la diagnosi clinica. Quella che stiamo vivendo è una triste storia. Non si può ancora dire con certezza che si tratta di un virus. Molto mi attendo dalle ricerche che sono state disposte sul siero dei soggetti sopravvissuti».

Il dottor Donato Greco, epidemiologo e assistente del Cotugno, dirige un gruppo di ricerca di quattro persone, incaricato di effettuare uno studio sulla storia naturale della malattia nel suo habitat sociale e culturale. Le

epidemia e con una mortalità molto elevata, 20-30 per cento dei casi. Erano colpiti bambini nei primi mesi o nei primi anni di vita e la morte avveniva per insufficienza cardiorespiratoria. Si trattava di una particolare forma di polmonite interstiziale.

«Voglio sottolineare come potrebbe essere affrettato trarre conclusioni prima che sia stato condotto uno studio epidemiologico-clinico e anatomo-istologico più accurato e prima d'aver valutato tutti quei fattori soggettivi e oggettivi (e tra questi non ultimi quelli economico-sociali e ambientali) che possono aver in qualche modo facilitato l'impianto e la moltiplicazione dell'agente patogeno e quindi l'intensità della sintomatologia e

all'antigene tetanico o difterico. Trattandosi del periodo giugno-settembre, non si può escludere che ci siano state condizioni subepidemiche di infezioni virali da enterovirus (virus Echo o coxsackiosi), che se danno come manifestazioni cliniche espressioni diarroiche (con turbe elettrolitiche) possono però in lattanti dare espressioni varie a carico dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso. Debbo sottolineare che in questi casi non sono stati eseguiti adeguati controlli virologici.

«Veniamo al secondo periodo che va da ottobre a dicembre '78. Nella I clinica pediatrica della facoltà da me diretta, in quel periodo sono stati ricoverati 45 bambini della prima infan-



...ano, dirige un gruppo di ricerca di quattro persone, incaricato di effettuare uno studio sulla storia naturale della malattia nel suo habitat sociale e culturale. Le prime conclusioni a cui il gruppo è giunto sono le seguenti: « Il virus non ha colpito famiglie con prole particolarmente numerosa (meno del 40 per cento ha più di tre figli e solo il due per cento ne ha più di dieci); i bimbi provengono dal proletariato, non dal più scadente livello di sottoproletariato come accadeva per il colera e il tifo (42 per cento di operai; 7 per cento di precari; 19 per cento di disoccupati); infine le condizioni igienico-sanitarie non sono disastrose ».

Il professor Paolo Altucci, docente ufficiale di clinica medica alla I facoltà di medicina, è anche direttore del « servizio regionale salmonellosi e infezioni enterovirali ».

« Sarei propenso a imputare detta sintomatologia a un virus », ci ha detto, « e più probabilmente a un virus respiratorio che non a un enterovirus. Sono i primi infatti gli agenti patogeni capaci di interessare più frequentemente l'interstizio polmonare, che nei neonati e nei lattanti sembra essere maggiormente rappresentato, con infiltrazione linfo-monocitoide e plasmacellulare tipica cui può sovrapporsi una infezione secondaria da parte di più comuni agenti etiologici ».

« A tale proposito mi sovrappone una malattia segnalata negli Stati Uniti da Adams, nel 1941, dovuta a un virus non ancora identificato e sconosciuta in Europa fino a oggi, manifestatasi in forma

simili a quelli economici, sociali e ambientali) che possono aver in qualche modo facilitato l'impianto e la moltiplicazione dell'agente patogeno e quindi l'intensità della sintomatologia e purtroppo anche la morte di tanti piccoli bambini ».

Secondo il professor Ernesto Catena, direttore sanitario della I facoltà e titolare della cattedra di malattie dell'apparato respiratorio, « non siamo in tutti questi casi di decessi di fronte a un medesimo agente patogeno, perché non c'è in questo momento un'epidemia acuta di un agente virale di tipo respiratorio. Il polmone è un organo a contatto con l'esterno e reagisce anche in senso immunologico. E proprio in quanto via di accesso si è trovato a contatto con qualche agente patogeno, insomma ha agito da filtro ».

L'ultimo intervistato è stato il professor Giulio Murano, direttore della I clinica pediatrica della I facoltà di medicina di Napoli.

« La vicenda va divisa in tre periodi », ha premesso il professor Murano: « il primo che va, per la concentrazione dei casi, da giugno a settembre '78; un periodo intermedio che va da ottobre a dicembre '78; l'ultimo con la concentrazione dei casi dal 25 dicembre a oggi ».

« Nel primo periodo si è ipotizzata un'eventuale responsabilità vaccinale, ma i controlli effettuati sulle siringhe impiegate e sul vaccino medesimo a opera dell'Istituto superiore della sanità portano a escludere che le manifestazioni presentate dai bambini, che erano lattanti o da poco svezzati, possano riportarsi direttamente

« Veniamo al secondo periodo che va da ottobre a dicembre '78. Nella I clinica pediatrica della facoltà da me diretta, in quel periodo sono stati ricoverati 45 bambini della prima infanzia o lattanti colpiti da affezione respiratoria acuta. In questi soggetti molto spesso l'indagine radiologica ha posto in evidenza una "pneumopatia interstiziale" da riportarsi con probabilità a infezioni virali. Questo episodio intermedio può forse porsi in rapporto con l'inizio di una virosi che per contagio interumano successivo è esplosa con maggiore entità nei bambini di prima infanzia e lattanti. Anche qui mancano ricerche virologiche ».

SCONCERTANTE SCOPERTA

« Ed eccoci all'ultimo episodio. Per quanto mi riguarda personalmente debbo dire che nel periodo 25 dicembre '78-7 gennaio '79 sono stati ricoverati nella mia clinica 22 lattanti con virosi respiratorie. Di questi ventidue, nove sono stati dimessi o ritirati dai familiari e solo uno era in gravi condizioni. I rimanenti, rimasti degenti, sono migliorati nelle condizioni generali e nelle condizioni respiratorie. La sintomatologia clinica di questi casi è stata quella di "forma respiratoria bassa" con una scarsa sintomatologia semiologica polmonare e un'intensa sintomatologia funzionale. In questi bambini, l'esame radiologico ha presentato una sindrome interstiziale polmonare. Pur non avendo la competenza



Napoli. Giulio Tarro discute con il professor Paolo Altucci, direttore del « servizio regionale salmonellosi e infezioni enterovirali ».

di virologo, e qui chiedo l'aiuto del professor Tarro che solo potrà dare una risposta definitiva, penso che in rapporto al periodo stagionale dicembre-gennaio, l'eventuale infezione virale possa essere riportata a virus a peculiare localizzazione respiratoria e precisamente ai tipi del mixovirus (influenza, parainfluenza), adenovirus, rheovirus (respiratorio enterico). Questi virus e particolarmente quelli influenzali danno com'è noto una espressione respiratoria di tipo interstiziale con grave compromissione dello stato generale nei lattanti, spesso con manifestazioni encefaliche, talora epatiche (anche con aumento ma non inversione delle transaminasi), talora emorragiche e miocardiche. Per questi bambini, da pediatra debbo sottolineare l'opportunità di fare uso di immunoglobuline (gammaglobuline di qualsiasi casa) a dosi generose, antitermici (aspirine), eventualmente antibiotici. Soltanto le indagini virologiche chiariranno il problema della individuazione delle cause o degli agenti ».

Il professor Tarro ha ascoltato con molta attenzione, quasi con diligenza, le ipotesi formulate dai colle-

ghi, talvolta intervenendo per avere chiarimenti. A conclusione degli incontri, è tornato nel suo laboratorio di ricerca al Cotugno e ha chiesto ai suoi collaboratori di portargli le schede del 1978 che si riferivano a tutti gli esami compiuti sui prelievi di sangue e di liquor inviati direttamente dagli ospedali cittadini. « Voglio controllare », mi dice, « se ci sono stati trasmessi sieri di lattanti o di bimbi nella prima infanzia con diagnosi di nevrassiti (encefalite o meningite) con cui è stato in un primo tempo indicato il malanno di cui ci occupiamo ».

Inizia a questo punto il lungo lavoro di selezione del professor Tarro. Per un intero giorno e buona parte della notte seguente lo osservo in silenzio, mentre nello studio della sua casa ricopia nomi, appone crocette, confronta schede coadiuvato da un solerte aiutante.

Ha già riempito una decina di fogli con tabelle orizzontali quando, finalmente, alza la testa ed esclama: « Un primo esame delle schede dei trentatré soggetti che presentano le caratteristiche indicate, e riempite con i dati raccolti dal mio reparto, rivela la presenza di un titolo a concentrazione elevata

PER "OGGI" L'INCHIESTA SUL VIRUS MALEDETTO



Napoli. Il professor Giulio Tarro, a destra, durante l'incontro con il professor Giulio Murano, direttore della prima clinica pediatrica dell'università di Napoli.



Napoli. Un altro momento dell'indagine di Tarro. Eccolo con il professor Calì, titolare di anatomia patologica e assessore alla Sanità del comune di Napoli.



Napoli. Felice Piccinino, docente di virologia clinica alla prima facoltà di medicina dell'università con Tarro.



Napoli. Tarro col professor Ernesto Catena, titolare della cattedra di malattie dell'apparato respiratorio.



Napoli. E infine Tarro con il professor Marcello Piazza, direttore della clinica delle malattie infettive.



Napoli. Felice Piccinino, docente di virologia clinica alla prima facoltà di medicina dell'università con Tarro.



Napoli. Tarro col professor Ernesto Catena, titolare della cattedra di malattie dell'apparato respiratorio.



Napoli. E infine Tarro con il professor Marcello Piazza, direttore della clinica delle malattie infettive.

di anticorpi nei riguardi di un medesimo virus respiratorio. L'esame che rivela tale virus non è stato sempre effettuato perché non è stato sempre richiesto. Qualche volta è stato eseguito di nostra iniziativa. Nei casi in cui è stato compiuto l'accertamento, la percentuale di positività è elevatissima. Sui sei casi analizzati per richiesta del Cardarelli, cinque presentano una medesima caratteristica virologica. Premesso che non so con certezza quali schede si riferiscano ai casi del Santobono (e neppure quali sono sopravvissuti e quali deceduti) ho però motivo di ritenere che almeno una parte di essi sia da includersi in quelli oggi in esame. Dalla lettura dei nostri moduli, che in gran parte presentano una stessa diagnosi di encefalite, riscontro una elevata concentrazione di anticorpi nei riguardi del virus respiratorio sinciziale.

Mi mostra un capitolo di un trattato da lui stesso redatto nel quale un intero paragrafo è dedicato al «virus respiratorio sinciziale». Ricopio alcune frasi: «Già chiamato agente della corizza dello scimpanzé. Dopo il suo isolamento, fa parte del genere pneumovirus della fa-

miglia dei paramixoviridae. Si contagia per via aerea (goccioline del Pflügge) e dopo una incubazione di 4-9 giorni, durante i quali avviene la prima moltiplicazione nelle vie aeree superiori. Si può avere una affezione dei bronchi e soprattutto dei bronchioli e dei polmoni nel 50 per cento dei bambini al di sotto degli otto mesi di vita, mentre nei bambini e negli adulti, a causa delle ripetute esposizioni al virus, si ha una affezione mite, per lo più senza febbre, delle prime vie respiratorie. Per quanto riguarda la diagnosi di laboratorio, l'isolamento del virus viene fatto in colture di tessuto seminate con materiale ottenuto da tamponi faringei. È importante non congelare il materiale di semina perché altrimenti il virus verrebbe inattivato».

Nota che il materiale di cui dispone l'Istituto superiore della sanità è già stato congelato per consentirne il trasporto da Napoli a Roma: perciò il virus respiratorio sinciziale eventualmente presente è certamente stato inattivato. Chiedo: «Professor Tarro, perché queste considerazioni che lei ha tratto dalla lettura delle schede non sono state fatte direttamente al Santobono?».

Risponde: «Perché i risultati delle indagini virologiche da noi effettuate sui prelievi non sono mai stati richiesti alla nostra direzione sanitaria. Neanche dopo l'allarme degli ultimi giorni».

Il professor Tarro illustra le caratteristiche del virus respiratorio sinciziale che indica senza esitazioni quale agente patogeno del «male oscuro».

VIRUS NON AGGRESSIVO

«È un virus comune, che si conosce da vent'anni. È diffuso negli adulti che hanno anticorpi (nel 95 per cento dei casi) e non provoca manifestazioni gravi. Nei neonati (fino a un anno di età) che non hanno anticorpi e nemmeno resistenze periferiche può essere letale. A dimostrazione di ciò, nessun neonato sotto i tre mesi è deceduto a seguito del misterioso virus: infatti nei primi tre mesi di vita i neonati sono dotati degli anticorpi materni. Questo porta anche a un'altra conclusione: non può trattarsi di un nuovo virus perché in questo caso neppure la madre possiede-

rebbe gli anticorpi che viceversa hanno protetto il neonato nei primi tre mesi.

«Non si tratta neppure del Coxackie perché è un enterovirus, ossia un virus che ha il suo tropismo nell'apparato gastrointestinale anche se poi le sue lesioni saranno altrove (tipo encefaliti, miocarditi, meningiti) e usa l'apparato respiratorio solo come via di entrata e uscita. In base ai dati in nostro possesso non ci sono queste lesioni all'infuori dell'apparato respiratorio».

Domando al professor Tarro perché è stata colpita la Regione Campania, e la città di Napoli in particolare. Risponde: «Si tratta di un virus solitamente non aggressivo, che ha raggiunto una forma particolarmente virulenta a contatto con certe condizioni ambientali».

Il professor Tarro precisa inoltre che l'azione letale non è fulminea come si vorrebbe far credere perché «i prodromi del virus si hanno una decina di giorni prima dell'ultima fase (caratterizzata da febbre alta, vomito, convulsioni e coma) e si manifestano con tosse e qualche linea di febbre».

Chiedo: «C'è una terapia?». «Certamente», risponde il

professor Tarro, «e prima ancora esiste, in sede preventiva, un vaccino: il vaccino di Chanock, dal nome di un ricercatore americano del Walter Reed Hospital, da inocularsi nei primi tre mesi. In sede terapeutica, si devono praticare iniezioni di gammaglobuline, anticorpi utili a combattere anche altre malattie. È consigliabile l'«Interferone», sostanza prodotta dalla cellula infettata dal virus, che inibisce l'attacco della cellula da parte dello stesso e di altri virus. Si possono iniettare ancora sostanze antivirali prodotte da altre mucose di tipo secretorio».

Dunque, il professor Tarro dà un nome al «male oscuro». Non ha la presunzione di avere inventato nulla: l'ha individuato, studiando a tavolino le schede compilate dal suo reparto virologico, nei mesi scorsi.

Per le analisi sugli ultimi sieri, nessuno ha pensato a lui: «Comune, Regione e amministrazione ospedaliera hanno preferito inviare i reperti ad altre sedi, assai più lontane, annullando quasi le possibilità dell'isolamento e dell'identificazione del virus», constata amareggiato.

Willy Molco