



1341

Prof. G. PETRAGNANI

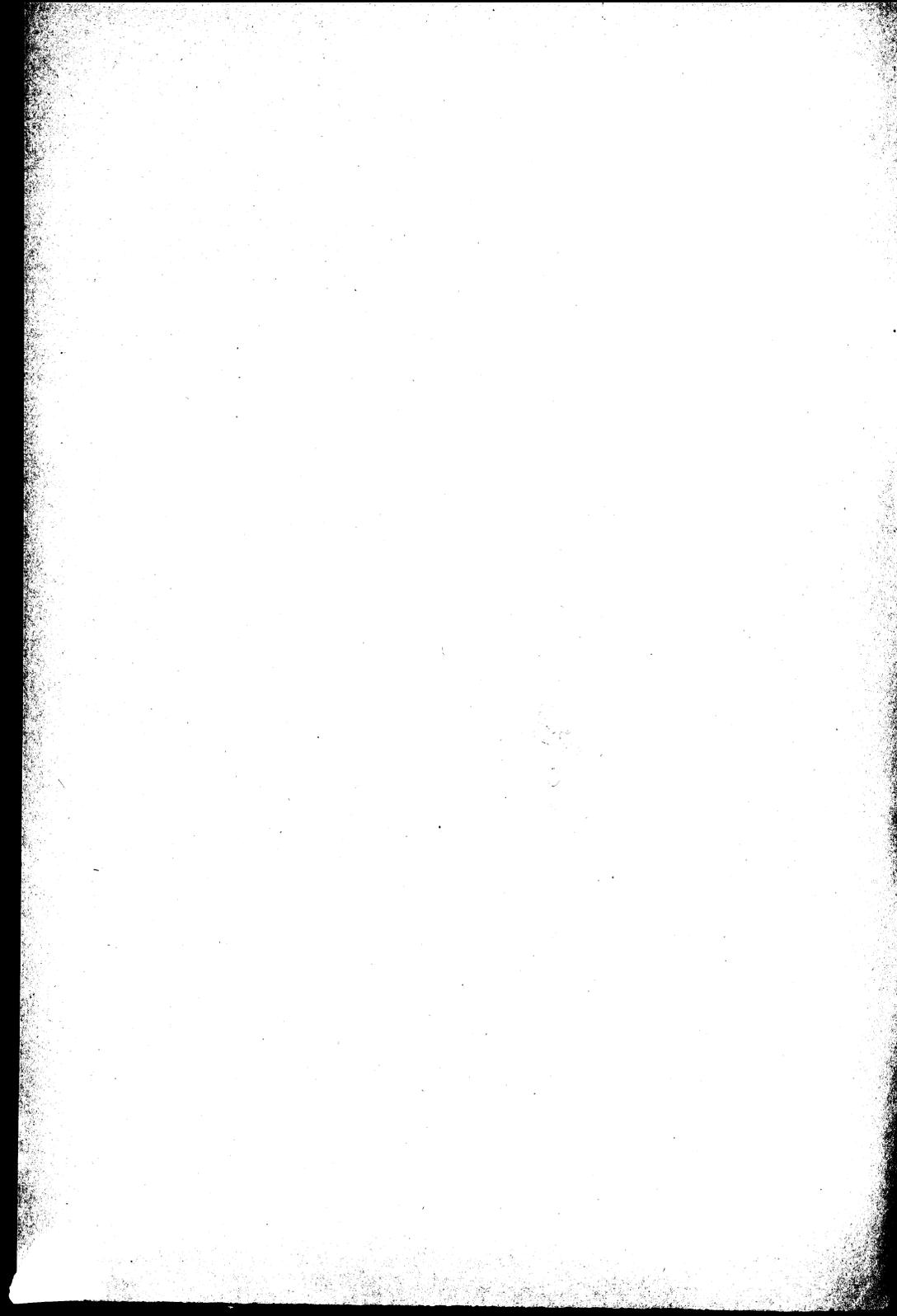
# La vaccino-profilassi antitubercolare

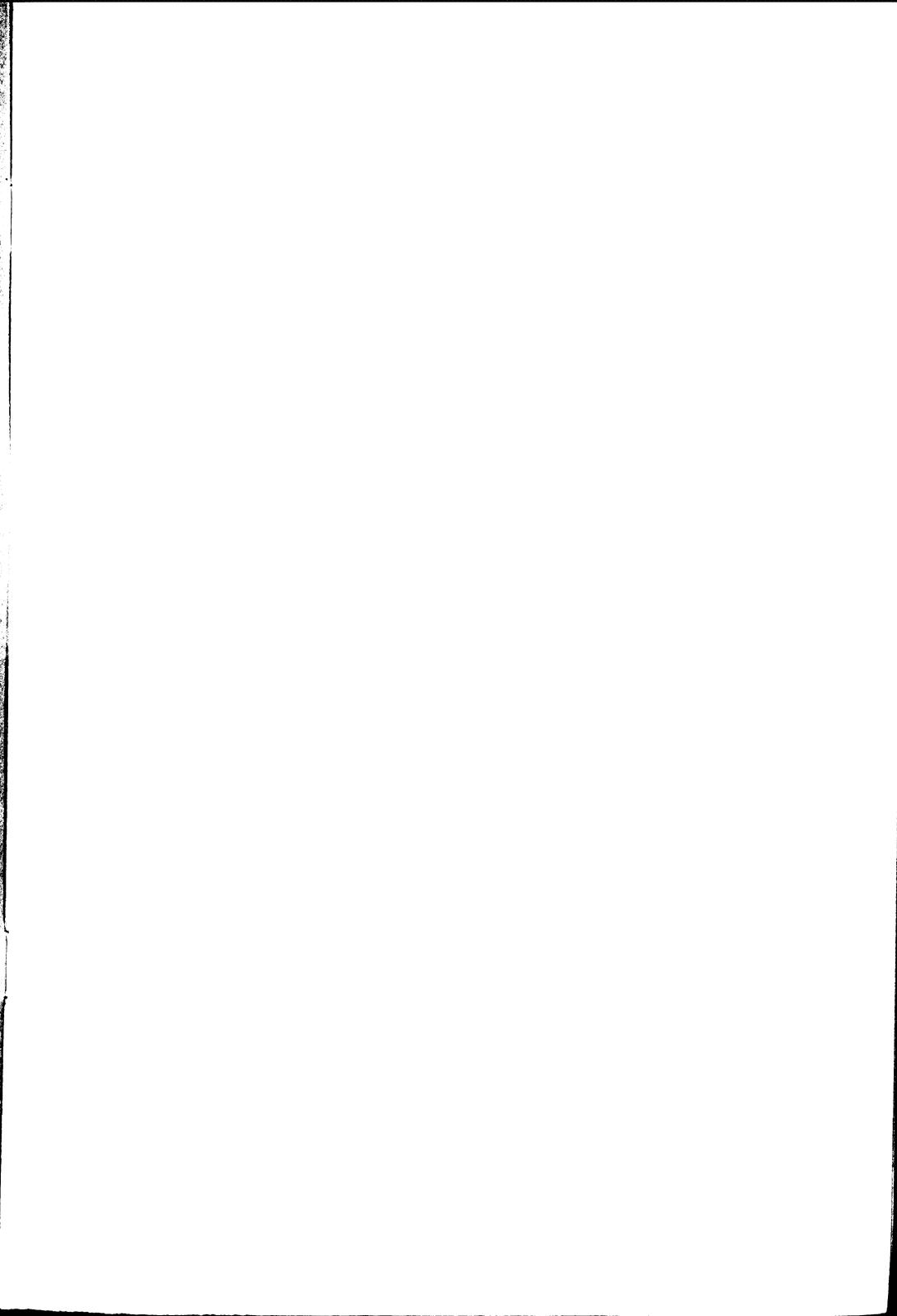
Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VIII, n. 11 - Novembre 1937-XVI

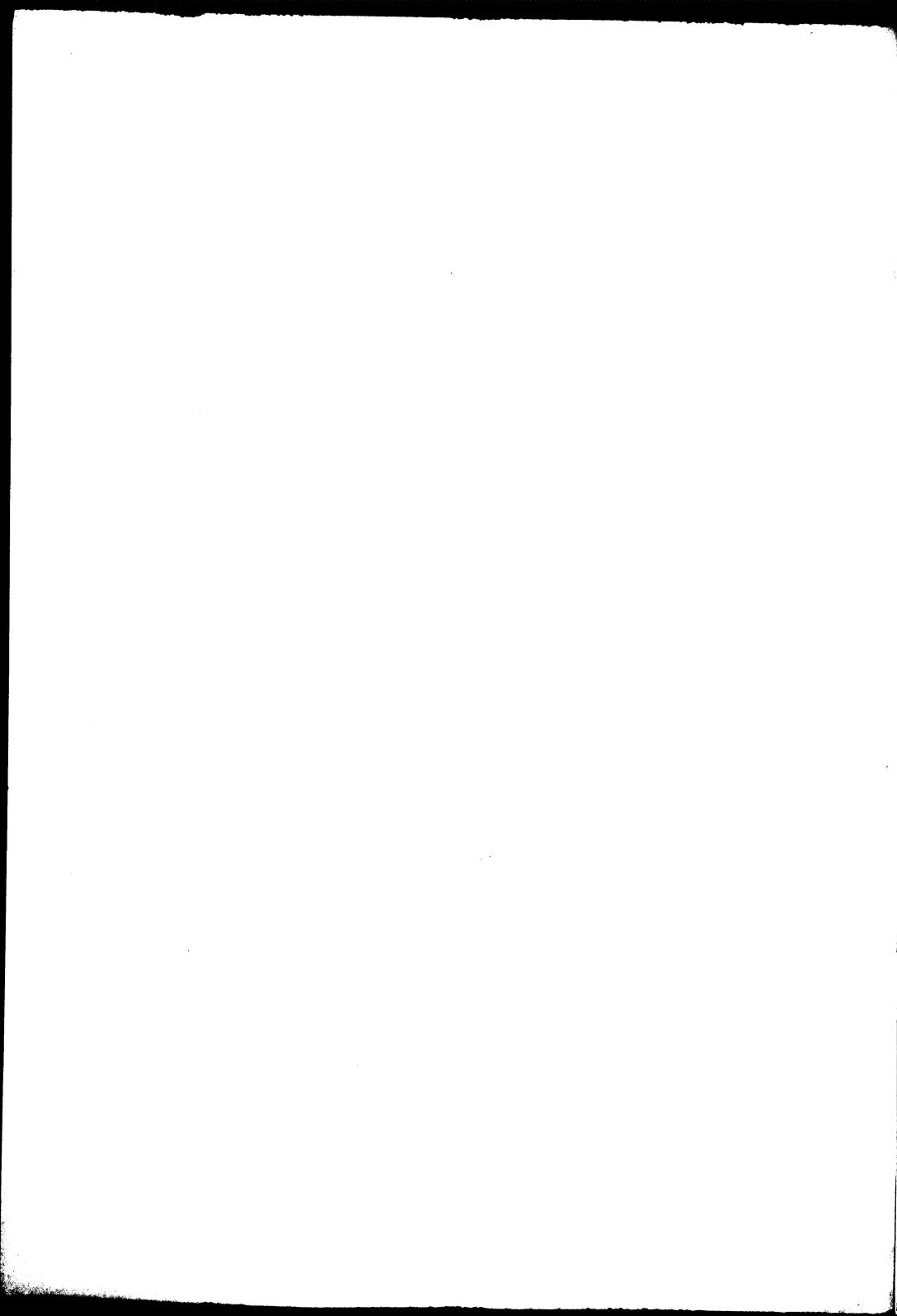


STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA

Heer  
P  
55  
57







Prof. G. PETRAGNANI

# La vaccino-profilassi antitubercolare

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", Anno VIII, n. 11 - Novembre 1957-XVI



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



---

L'argomento della vaccino-profilassi antitubercolare, posto fra i temi di relazione di questo Congresso, ha per me particolare interesse, perchè il Ministro per l'Interno, che è in Italia il supremo tutore della Sanità pubblica, pur nel conforto del progressivo decrescere della mortalità tubercolare nel Regno — che da un quoziente specifico di oltre il 2‰, è sceso oggi a 0,87‰ — a ben giusta ragione mi ha chiesto se nell'ulteriore prosiegua della lotta contro la tubercolosi, si potesse oggi fare qualche affidamento sulla vaccino-profilassi.

La malattia tubercolare ha un esordio ed uno sviluppo completamente diversi da tutte le altre malattie infettive. Al suo contagio segue una infezione latente nella maggioranza dei casi, con piccoli ed incogniti episodi a focolai minimi o complessi, in ordine al ricorrere delle reinfezioni più o meno massive ed alle altre cause inerenti al clima, al vestiario, al lavoro, alla nutrizione, alla vita sociale. Gli individui che tale infezione portano per anni, pur senza cadere in fase di vera malattia, non acquisiscono, oltre l'allergia, una vera immunità. La stessa legge di MARFAN è ancora posta in dubbio da molti.

Non essendovi una sicura immunità dopo una infezione tubercolare spenta, non si può dare alla vaccinazione antitubercolare, anche alla più perfetta che si possa immaginare, la visione ottimistica di quella jenneriana, che, applicata sistematicamente e rigorosamente ha fatto scomparire da noi l'endemia vaiolosa che prima mieteva numerose vittime.

La speranza sulla vaccino-profilassi antitubercolare va dunque contenuta entro limiti, in senso relativo, più modesti; ma, data la immanità del flagello tubercolare che incombe su tutto il nostro mondo, vi è da ritenere che anche un successo relativo possa apportare enorme sollievo e giustificare tutti i nobili sforzi che da ogni parte si fanno.

Ove solo fosse possibile elevare la soglia di recettività del neonato, quella dei ragazzi e dei giovanetti nelle crisi di crescita, ed anche degli individui adulti nelle varie contingenze che provocano abbassamento delle capacità allergiche generali, si guadagnerebbe molto.

Quale metodo seguire? Bisogna introdurre vaccini vivi o vaccini morti?

E' un dilemma su cui si discute da tempo, ed anche in questo Congresso abbiamo or ora inteso sostenitori e dinegatori dei vaccini vivi e sostenitori dei vaccini uccisi.

Il Consiglio Superiore di Sanità del Ministero dell'Interno, di recente interrogato in proposito, dopo ampia discussione, presente il Sottosegretario di Stato, ha espresso l'opinione che si debba iniziare la vaccino-profilassi con vaccini sicuramente innocui.

Il mio parere, espresso del resto da oltre 12 anni, è che un vaccino vivo è utile solo quando ha proprietà patogeniche attenuate ma specifiche. Con ricerche sistematiche, fatte in questi ultimi anni con la collaborazione di numerosi allievi, ho avuto la riprova sperimentale di questa affermazione, giacchè impiegando B. K. di colture rugose attenuate ma ancora tubercoligene ed in grado di uccidere qualcuna delle cavie iniettate con una determinata dose, e ceppi lisci (ottenuti con speciali metodi dissociativi) ho potuto vedere che effettivamente solo nelle cavie trattate con i ceppi determinanti un processo infiammatorio nodulare, si ha allergia alla tubercolina ed un certo grado di maggiore resistenza alla infezione con una dose letale minima di B. K. virulenti. Quelle trattate con bacilli acido-resistenti tipo liscio, non presentavano, invece, allergia, nè conseguentemente una dimostrabile difesa contro la successiva infezione con B. K. virulenti.

In sintesi, dunque, dovendo credere che un vaccino vivo antitubercolare, per essere attivo, debba svolgere negli individui trattati un processo di infezione specifica benigno, a carattere regressivo, e per quanto io sia fra quelli che hanno attribuito a un banale errore l'incidente di Lubecca col B.C.G., devo pensare che un vaccino vivo che abbia la capacità di determinare l'allergia alla tubercolina (cosa questa ancora discussa per il B.C.G.), dà certamente dei focolai benigni che, se stimolano utili processi reattivi cellulomurali nella enorme maggioranza dei bambini, possono però bene esplodere come malattia mortale in uno fra tanti che abbia una soglia bassa di recettività.

Questa ipotesi non può essere esclusa quando si pensi alla somma delle condizioni organiche o dell'ambiente che possono rendere recettivo l'organismo anche a comuni saprofiti.

Anche se questa evenienza è eccezionalmente rara, dell'ordine di 1:1000 o 1:10.000, alla mia sensibilità questo rischio, del tutto indifferente in una vaccino-profilassi zootiatrica, appare un enorme ostacolo alla attuabilità della vaccinazione antitubercolare con bacilli vivi.

Per queste considerazioni, riprendendo gli studi del MARAGLIANO, vero pioniere della vaccino-profilassi antitubercolare, ho ricercato e sperimentato da anni un vaccino integrale, ottenuto con metodo razionale, senza azioni denaturanti (*anatubercolina integrale*) ed ho dimostrato che esso è innocuo,

mentre è in grado di provocare, negli animali indenni, focolai benigni al punto di iniezione e spiccata e durevole allergia alla tubercolina.

Vari clinici, poi, hanno osservato gli stessi fatti anche nel bambino, ed il collega SALVIOLI, che ha sperimentato con la più serena obiettività questo vaccino in una numerosa casistica, ha potuto dimostrare che, oltre l'allergia, vi è qualche cosa che dimostra la protezione contro il contagio tubercolare. Egli ha documentato le sue prove e ci ha mostrato i focolai che sorgono al punto di innesto del vaccino.

Essi possono apparire un po' fastidiosi per il bambino, giacchè si formano alcune volte come piccoli ascessi freddi, al punto di inoculazione, che impiegano oltre un mese a risolversi. Egli ha anche sperimentato comparativamente vari metodi di introduzione.

Il metodo per preparare l'*anatubercolina* è stato da me reso di pubblica ragione, per cui tutti possono produrla.

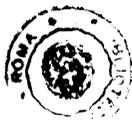
Pensino i clinici pediatrici a cercare la via migliore di introduzione; mi sia oggi concesso l'alto onore di fare loro una *comunicazione preventiva sulle esperienze, che ho in corso, di vaccinazione per via aerogena a mezzo di un nebulizzatore*, capace di diffondere negli ambienti, allo stato di nebbia, qualunque vaccino o medicamento sotto il soffio di aria compressa a più atmosfere.

Le prove sono avviate sulle scimmie e sui conigli, ma già qualche prova è stata fatta su me e su alcuni collaboratori direttamente. Non si tratta infatti di una vaga ipotesi, giacchè sin dal 1922 io riferii sulla possibilità di provocare fenomeni anafilattici per via nasale, e nel 1927 dimostrarai, assieme al mio aiuto CASTELLI, che la via nasale si presta alla vaccinazione antidifterica.

Il poter ora sostituire all'istillatore o al piccolo insufflatore, un nebulizzatore che con la fine dispersione lascia giustamente pensare ad una profonda penetrazione nelle vie respiratorie, dà motivo di credere che questa nuova via possa segnare un notevole vantaggio per le vaccino-profilassi collettive.

---

55596



12-10-1919



