



ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
CLINICA FISIOLÓGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
DIRETTORE: PROF. E. MORELLI

F. BAGNOLI e D. PARMEGGIANI

**CONTRIBUTO ALLA CASISTICA
DELLE LESIONI TUBERCOLARI CUTANEE
DA INOCULAZIONE DIRETTA**

Estratto da ANNALI DELL'ISTITUTO «CARLO FORLANINI»
Anno IV N. 11-12 Pag. 833-842



ROMA
TIPOGRAFIA OPERAIA ROMANA
Via Emilio Morosini, 17

1940-XIX

CONTRIBUTO ALLA CASISTICA
DELLE LESIONI TUBERCOLARI CUTANEE
DA INOCULAZIONE DIRETTA

Dott. FELICE BAGNOLI e Dott. DOMENICO PARMEGGIANI

Abbiamo creduto utile portare un modesto contributo allo studio delle lesioni tubercolari cutanee da inoculazione diretta ed abbiamo raccolto 5 osservazioni che, in meno di due anni, si sono presentate alla nostra osservazione in questo Istituto.

Nella letteratura non sono molto numerosi i casi di tubercolosi cutanea da inoculazione diretta di materiale contenente bacilli tubercolari. Eppure, tenendo presente il gran numero di Ospedali specializzati per la cura delle forme specifiche, ci sembra non dovrebbe essere trascurato del tutto lo studio della possibilità di insorgenza di lesioni tubercolari cutanee prodotte da materiale infetto, accidentalmente venuto a contatto con la pelle.

Tali lesioni cutanee possono essere prodotte da bacilli tubercolari di tutti i tipi; e sembra infatti che esse siano più frequenti nei macellai, stallieri e cuochi, i quali maneggiano abitualmente carni di buoi, talora ammalati di tubercolosi (RIEHL, PALTAUF, BACCAREDDA, LEDERMANN). È da tenere presente inoltre che in alcuni casi l'inoculazione cutanea di bacilli di Koch si è presentata sotto forma di complesso primario ed in tale evenienza si è prodotta, come è caratteristica dell'inoculazione primaria, anche un'adenopatia satellite (PINETTI e REDAELLI).

In quanto alla localizzazione di queste lesioni possiamo dire che sedi preferite sono il dorso delle mani e le dita, ma non possiamo dimenticare, per ovvi motivi, che tutte le regioni possono esserne colpite.

Tali lesioni sono anche dovute a perforazione dei lobuli delle orecchie, a circoncisione da parte di rabbini tisiici, fregamenti con saliva nei tatuaggi, infezioni da aghi di siringa nei morfinomani tisiici (BRUNS).

Si sono avute anche localizzazioni sulla guancia in seguito ad eczema acuto (PHILIPPI e RODOLFO A.) e sulla regione mammaria in seguito a suzione da parte di persona malata di tubercolosi polmonare aperta (RONGICHTCH).

In passato si faceva distinzione tra tubercolosi genuine provocate dal bacillo di Koch e tuberculidi che sarebbero provocati dalle loro tossine. Però anche in questi ultimi si sono rinvenuti scarsi bacilli (eventualmente attenuati) e si è attualmente inclini ad ascrivere le singole forme alla diversità di reazione (o al grado di allergia in atto) dell'organismo colpito.

ZIELER ritiene la tubercolide come una reazione speciale cutanea dovuta ad ipersensibilità di questa nei tubercolotici per l'arrivo di bacilli tubercolari, che di regola vengono distrutti.

Di solito la tubercolosi da inoculazione si presenta sotto forma di tubercolo anatomico verrucoso o colliquato o di ulcera tubercolare, di cui descriveremo

più ampiamente in seguito le caratteristiche. La presenza dei bacilli tubercolari in questi focolai, per quanto non costantemente, è stata dimostrata più frequente che non nei casi di lupus ordinario, oltre alla prova diretta anche con le ricerche biologico-culturali sul materiale stesso prelevato chirurgicamente. CORNIL, RIEHL e PALTAUF avrebbero avuto sempre esito positivo dalla prova biologica.

Qualche studioso (KARG) sostiene che, oltre a scarsi bacilli, nel tubercolo anatomico, si trovano spesso dei cocchi piogeni che lo portano a suppurazione e sono quindi responsabili delle frequenti, ma non abituali, linfangiti che si accompagnano a questo tipo di lesione. È stata anche ricercata la bacillemia nei portatori di lesioni tubercolari cutanee, ma i risultati ottenuti dai vari AA. non sono concordi. ORO avrebbe infatti ottenuta la cultura del bacillo di Koch, mentre PAUTRIER L. M. avrebbe avuto sempre risultati negativi.

La fisionomia macroscopica delle lesioni da noi osservate è stata diversa da caso a caso.

Si trattava di soggetti sani, esenti da ogni forma di tubercolosi (personale dell'Istituto Forlanini: 2 medici e 3 infermiere).

Possiamo osservare che la tubercolosi cutanea da inoculazione accidentale, nei nostri soggetti, ha assunto aspetti clinici diversi quantunque il meccanismo di produzione sia stato sempre lo stesso. Tale azione si è esplicata o attraverso una ferita accidentale, prodotta da un corpo estraneo bacillifero (ferita con vetro, aghi infetti) o mediante l'innesto dei bacilli su soluzioni di continuo preesistenti degli strati epidermici.

Caso n. 1. — M. B. di anni 31. Medico.

Nel mese di novembre 1938, mentre praticava il lavaggio pleurico in un empiema tubercolare gli cadde del pus sul dorso della mano destra dove preesisteva una scalfittura. Dopo alcuni giorni notò la comparsa in detta sede di una piccola sporgenza rossastra ed acuminata, simile ad un foruncolo, che progressivamente andò aumentando di volume senza provocare dolore, nè febbre. In corrispondenza di essa la cute circostante, per un piccolo tratto, si era ispessita mentre il centro era costituito da un punto giallastro. Perdurando stazionaria tale affezione, dopo 2 mesi decide di affidarsi alle cure del chirurgo.

E. O. locale. — Nella regione dorsale della mano destra, in prossimità della radice del 5° dito, si scorge una tumefazione cutanea, del volume e forma di un cece, rosso violacea, dura ed indolente, sormontata al centro da un ascessolino a contenuto giallastro sul quale si trova una sottile pellicola di epidermide. Detto nodulo non si approfonda nel sottocutaneo. Assenza di linfangite e linfadenite consensuali.

Diagnosi. — Tubercolo anatomico della regione dorsale della mano destra con esito in rammolimento puriforme (ascesso freddo intradermico).

Cura. — Escissione e riunione dei margini sani. Guarigione immediata e definitiva.

Esame istologico. — Ad un epitelio modicamente ispessito, fa seguito ad un tratto, una grossa zona iperplastica. Al di sotto di questa il derma appare infiltrato da numerosi elementi istiocitari, sparsi diffusamente ed in parte riuniti in accumuli cellulari linfocitoidi. Fortissima reazione periavventiziale. In un punto un nodulo a carattere prevalentemente epitelioido con cellule plurinucleate tubercolari (v. fig. 1); altri noduli dello stesso tipo presentano anche fenomeni di evidente essudazione leucocitaria.

Caso n. 2. — R. M. di anni 40. Infermiera di corsia.

Il 7 giugno 1939 si è tagliata al terzo dito della mano destra con il vetro di un matriccio contenente materiale aspirato da caverna polmonare. La soluzione di continuo, a direzione trasversale e della lunghezza di circa 3 cm., sanguinò abbondantemente. Fu

medicata e fasciata. Per 15 giorni la ferita si mantenne aperta, non secernente. Ottenuta la cicatrizzazione la p. ha notato, lungo tutto il tratto del taglio, che i margini di questo erano divenuti callosi ed in un punto circoscritto si era costituito un ascessolino grande quanto una capocchia di spillo. Aperto con un ago dette esito ad una goccia di sostanza densa, caseosa. Nello spazio di 7 mesi la piccola raccolta si è ricostituita 3 volte, nella stessa sede, subendo sempre identico trattamento. Non ebbe mai nè dolore, nè febbre.

E. O. locale. — Sulla faccia palmare del terzo dito della mano destra in corrispondenza della falangetta, si nota una placca sporgente e biancastra (di aspetto calloso) disposta trasversalmente rispetto all'asse del dito lunga 3 cm. e larga 2.

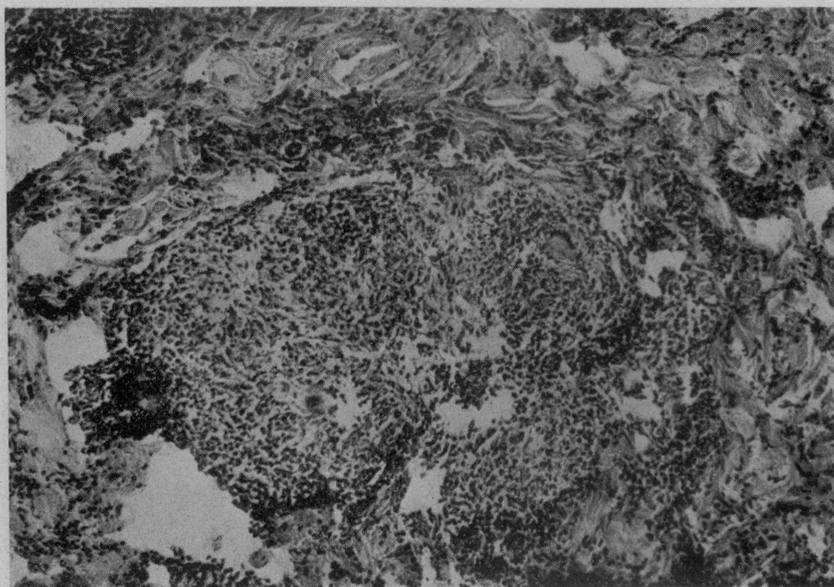


Fig. 1. — Caso n. 1.

La superficie è liscia, la consistenza duro fibrosa, indolente alla pressione; la base d'impianto interessa soltanto l'epidermide ed il derma. Sul lato radiale di detta placca si riconosce la presenza di un ascessolino intradermico, grande quanto un grano di miglio. Assenza di adenopatia.

Diagnosi. — Tbc. cutanea, sviluppatasi lungo tutto il tramite di una soluzione di continuo accidentale, con esito in parziale rammollimento puriforme. (Ascesso freddo intradermico).

Cura. — In anestesia locale novocainica si pratica asportazione con bisturi della placca e si esegue immediata riunione dei margini cutanei. Guarigione definitiva.

Esame istologico. — Si nota in mezzo ad una cute con epitelio modicamente ispessito una ulcerazione al cui centro esiste una essudazione leucocitaria circondata da un vallo fibroistiocitario con presenza di cellule epitelioidi e cellule giganti. Altri piccoli noduli epitelioidi con caratteri nettamente specifici si riscontrano anche nel derma, in punti distanti dalla ulcerazione.

Caso n. 3. — B. F. di anni 32. Medico.

Nel gennaio del 1937, mentre praticava un lavaggio pleurico in un empiema tubercolare, gli è caduto del pus sul dorso della mano sinistra affetta da ragadi causate dal freddo. Per non interrompere la toracentesi si è lavato solo ad intervento ultimato.

Dopo 10 giorni circa è apparso, nella zona di una suddetta ragade un nodicino rossastro e duro, che è andato sempre più aumentando di volume fino a raggiungere le dimensioni di un pisello. Tale lesione è rimasta poi stazionaria per 2 mesi senza provocare alcun disturbo.

E. O. locale. — Sulla faccia dorsale della mano sinistra in prossimità dello spazio tra 3° e 4° dito, si osserva un nodulo rotondeggiante, grande quanto un pisello, di colorito violaceo, di consistenza piuttosto dura; la superficie è irregolare, papillomatosa con fessure e con cristicine sottili di aspetto corneo, quali si osservano nelle verruche. Non è dolente ed interessa soltanto l'epidermide e il derma. Assenza di linfadenite e linfangite consensuali.

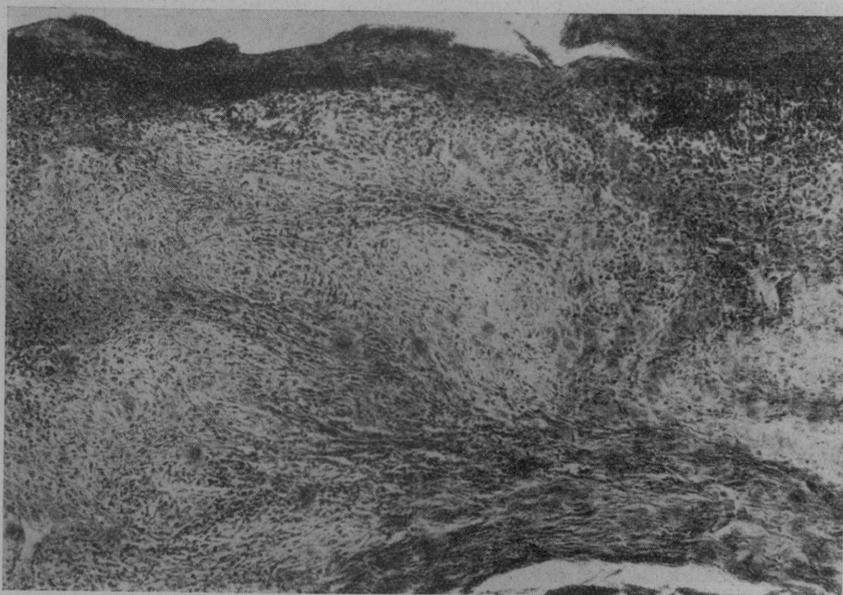


Fig. 2. — Caso n. 2.

Infiltrazione epitelioida lungo il tragitto della ferita.

Diagnosi. — Nodulo tubercolare verrucoso del dorso della mano sinistra.

Cura. — Asportazione con bisturi e riunione immediata. Guarigione rapida e definitiva.

Esame istologico. — Si tratta di una formazione verrucosa con ampie cripte epiteliali. Negli isolotti di derma visibili si nota l'esistenza di noduli epitelioidi con grosse cellule giganti tubercolari. Alcuni di questi noduli più superficiali presentano fenomeni di essudazione leucocitaria.

Caso n. 4. — M. G. di anni 28. Suora infermiera di corsia.

Alla fine di gennaio 1939 si è prodotta una piccola ferita superficiale al polpastrello del pollice sinistro, con vetrino contenente pus di provenienza cavitaria. Disinfettata subito con alcool la ferita si è cicatrizzata in 2 o 3 giorni. Dopo 10 giorni è apparsa nella sede corrispondente alla soluzione di continuo, una piccola sporgenza rossastra simile ad un foruncolo. Dopo 15 giorni ha accusato allo stesso pollice dolore irradiantesi alla regione dorsale della mano. È apparso contemporaneamente gonfiore ed arrossamento del dito senza febbre nè brividi. Fu diagnosticato un pateruccio e prescritti empiastri. Successivamente, essendosi formata una raccolta purulenta nel sottocutaneo, il 5 marzo

del 1939 fu praticata incisione che dette esito a circa 3 cm. di essudato giallastro piuttosto denso ed inodore. In seguito, per la presenza di ristagno, le sono state praticate, fino a tutto l'aprile 1939, altro otto incisioni e medicature con iodio. La secrezione però è persistita sempre abbondante e la ferita sanguinante ad ogni medicatura.

E. O. del pollice sinistro. — Si nota in corrispondenza del polpastrello una soluzione di continuo con il maggior asse in senso antero-posteriore, lungo 3 cm. a margini frastagliati, molli e sottominati; il fondo è irregolare, grigiastro con essudato sanioso ristagnante nei fornici prodotti dallo scollamento dei margini; si osservano qua e là granulazioni flaccide, cianotiche, che sanguinano facilmente al minimo tocco. La cute circo-

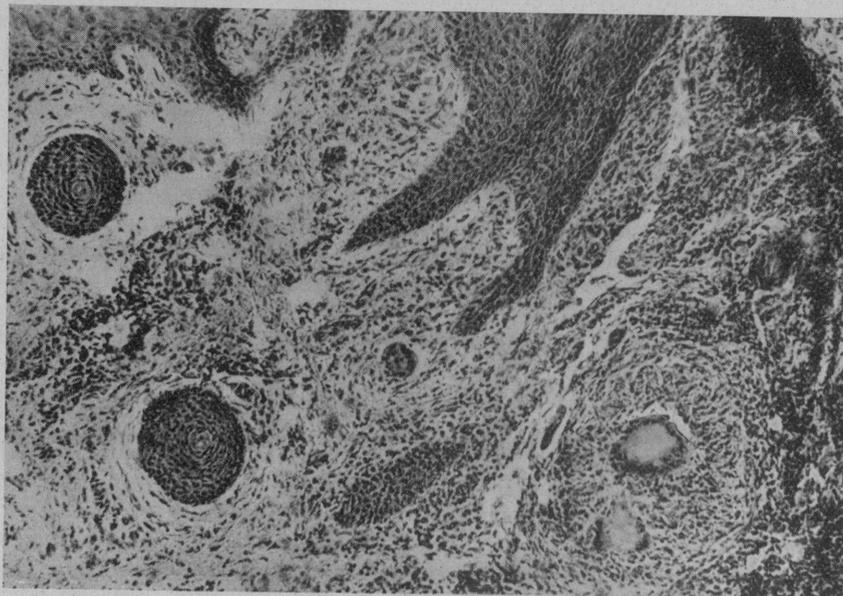


Fig. 3. — Caso n. 3. — Tbc. verrucosa.

stante presenta un colorito rosso-violaceo. Modica tumefazione del pollice in corrispondenza della seconda falange. Non si nota edema sulla regione dorsale della mano, nè strie di linfangite all'arto superiore o adenopatie consensuali. Si preleva un frammento del tessuto per biopsia, che mette in evidenza numerosi follicoli tubercolari.

Diagnosi. — Tuberculosis colliquativa del pollice sinistro (ascesso freddo del sottocutaneo) manifestatasi sotto forma di patereccio banale.

Cura. — Escissione larga e profonda del focolaio fino a raggiungere tutt'intorno il tessuto sano, senza sutura. Si ottiene così la guarigione in 15 giorni con cicatrice leggermente retraente e determinante un appiattimento del polpastrello del pollice.

Esame istologico. — Nella cute ispessita si nota una ulcerazione che presenta al disotto dello strato essudativo evidenti noduli tubercolari con cellule giganti.

Caso n. 5. — P. N. anni 30. Infermiera di camera operatoria.

Nel giugno del 1937, nel lavare dei ferri chirurgici adoperati in un empiema tubercolare, si è punta con un ago al polpastrello del pollice destro. Non si è disinfettata attribuendo poca importanza alla piccola puntura. Dopo 12-13 giorni ha cominciato ad avvertire nella sede della puntura dolore tensivo, congiunto a modica tumefazione ed arrossamento del dito. Dopo 15-16 giorni si è costituita una sporgenza rossa, sormontata

al centro da un punto giallastro mentre sono regredite la tumefazione e l'arrossamento del dito. Tale nodulo è stazionario ed indolente da più di un mese. Non ha avuto mai febbre.

L'esame obiettivo del 1° dito della mano destra mostra in corrispondenza dell'apice un nodulo cutaneo, grande quanto un pisello, di colorito rosso vinoso, a contenuto grigio giallastro. Al centro è ricoperto da una sottile pellicola epidermica. Detto nodulo alla periferia è duro, indolente alla pressione. La sua base occupa tutto lo spessore della cute, mentre il sottocutaneo è indenne. Non si palpano gangli nelle stazioni viciniori.

Diagnosi. — Tubercolo anatomico del 1° dito della mano destra con esito in colliquazione puruloide (ascessolino freddo intradermico).

Cura. — Si pratica prima una semplice incisione, che non apporta alcun miglioramento alla lesione. Dopo 7-8 giorni, in anestesia locale, si escide con bisturi il nodulo ottenendo la guarigione definitiva.

Esame istologico. — Nodulo verrucoso ampiamente ulcerato con presenza nei bordi dell'ulcera ed anche nelle parti più profonde del derma di tipici noduli tubercolari.

Le forme anatomiche da noi riscontrate sono state assai varie per manifestazione, decorso, diffusione.

Un caso di tubercolo verrucoso, tre con formazione di ascessolini freddi intradermici ed uno sotto forma di patereccio banale per propagazione dell'infiltrazione nel sottocutaneo.

Questa ultima forma clinica, in cui il processo specifico dalla cute si è propagato al sottocutaneo è di una eccezionale rarità.

Infatti nella letteratura sono descritti noduli o tuberosità tubercolari del sottocutaneo propagati soltanto da processi ossei, glandolari e tendinei.

La tubercolosi verrucosa è la forma più nota di inoculazione cutanea: verruca necrogenica o *tuberculum anatomicum*.

I bacilli, come è avvenuto nei nostri casi, si inoculano attraverso piccole lesioni cutanee preesistenti, a sede quasi esclusiva sul dorso delle mani e sulle dita. Dalle nostre osservazioni può essere confermata la descrizione classica.

Le verruche anatomiche formano dei noduli iperemici bluastri a carattere papillomatoso, coperti da crosticine superficiali di aspetto corneo, riposanti sopra una base indurita, che comprende tutto lo spessore della cute.

Non sono dolorosi spontaneamente; talora con la pressione si risveglia una certa dolenzia. Solo l'esame istologico permette di riconoscerne la natura tubercolare.

In 4 dei nostri casi il tubercolo anatomico ha dato esito in colliquazione: 2 casi presentatisi come un ascessolino intradermico circoscritto; 1 caso con innesto tubercolare su un taglio per tutta la sua lunghezza e rammollimento puruloide in un punto solo. In questi 3 casi il contenuto delle pustole aperte dopo la larga escissione del focolaio in tessuto sano, è risultato sempre costituito da una massa caseoso-purulenta, piuttosto compatta, prodottasi per necrosi del tessuto tubercolare al centro.

In un quarto caso si è determinata la propagazione dell'infezione tubercolare nel sottocutaneo del pollice, in modo da simulare il quadro di un patereccio ad evoluzione locale acuta.

Senonchè l'assenza di manifestazioni generali (febbre, brividi, ecc.) la lunga durata dell'affezione, la tenace resistenza al trattamento locale, l'ulcerazione a margini policiclici scollati ed a fondo giallastro, l'abbondante secrezione saniosa e la facilità a sanguinare del tessuto infiltrato, hanno indotto in noi il sospetto di una infezione tubercolare esogena, avvalorata da un dato anamnestico importante quale la piccola lesione con materiale inquinato da pus tubercolare. Infine è bene ricordare che il processo specifico propagatosi

al sottocutaneo (sia dalle parti profonde: glandole, guaine tendinee, ossa; sia dalla superficie: epidermide), tende con una certa rapidità al rammollimento con formazione di ascessi e di ulcerazioni (tubercolosi colliquative).

Alle nostre forme anatomo-clinicamente diverse, corrispondono quadri istologici anch'essi diversi.

Nella verruca tubercolare abbiamo osservato un ispessimento delle papille del derma ed ipertrofia dei vari strati dell'epidermide, in confronto con l'aspetto macroscopico papillomatoso.

Inoltre nel derma si sono rinvenute cellule giganti.

Nelle forme con rammollimento puriforme invece, queste sono state abbondantissime e nel caso presentatosi come un patereccio è stato invaso anche il sottocutaneo da formazioni tubercolari.

Il periodo che intercede dall'avvenuta inoculazione di bacilli tubercolari alla insorgenza di manifestazioni locali (periodo che potremo chiamare di incubazione) in tutti i nostri casi è oscillato tra i 10 ed i 15 giorni.

La lesione cutanea ha avuto sempre una evoluzione benigna con andamento cronico (della durata di vari mesi), rimanendo localizzata. In nessuno dei nostri casi si sono verificate linfangite e linfadenite consensuali, nè tubercolosi generalizzata.

Concludendo possiamo dire che la natura tubercolare della malattia cutanea da inoculazione, deve essere sospettata quando sia preesistita nella stessa sede una soluzione di continuo e quivi sia caduto del materiale infetto oppure l'agente stesso inquinato abbia determinato contemporaneamente la ferita e l'inoculazione. La diagnosi è resa verosimile ancora dalle particolarità cliniche (mancanza di febbre, brividi, ecc.), assenza di dolore locale, la sede caratteristica (sempre le mani e le dita), la stazionaria persistenza della lesione, il suo lungo decorso, la mancata efficacia delle cure locali (incisioni, applicazione di pomate e di antisettici).

L'accertamento è stato sempre dato dalla biopsia con la dimostrazione nelle lesioni della tipica struttura istologica. Infatti in alcune forme è stata dimostrata la presenza di abbondanti cellule giganti di LANGHANS; in altre cellule epitelioidi in via di raggruppamento caratteristico a costituire le cellule giganti.

Nei 4 casi in cui si è avuta colliquazione del tubercolo abbiamo praticato la prova biologica e culturale, che sono state sempre negative per il bacillo di Koch.

Il che spiegherebbe come il bacillo abbia agito come corpo estraneo ed il fatto confermerebbe la sentenza di E. HOFFMANN che « la cute è la tomba del bacillo di Koch ».

Per quanto riguarda la cura possiamo dire che tutti i focolai cutanei sono stati trattati con metodo chirurgico: la escissione totale fino al tessuto sano e la sutura immediata ci hanno dato la guarigione nel modo più rapido.

Essa è pertanto raccomandabile, perchè in qualche caso si è visto apparire, in seguito a tubercolo anatomico, linfangite tubercolare con ascessi freddi multipli lungo i linfatici colpiti o adenopatia tubercolare e talora la inoculazione accidentale ha servito da porta d'ingresso al bacillo di Koch che ha invaso l'organismo intero (tubercolosi generalizzata) ed ha determinato la morte per tubercolosi polmonare, ossea, meningea.

Se le escissioni dovessero essere molto estese è suggerito di ricoprire la perdita di sostanza con plastiche, anzichè lasciare granulare il focolaio e farlo guarire per seconda intenzione. Riguardo alla profilassi si può notare come la disinfezione anche accurata e forse immediata delle piccole ferite con antisettici chimici (iodio, alcool, acqua ossigenata) non sia riuscita nella totalità dei nostri casi ad evitare la formazione di lesioni tubercolari cutanee.

Richiamiamo perciò l'attenzione dei medici e delle infermiere sulla possibilità non tanto rara delle inoculazioni accidentali ed insistiamo sull'uso dei guanti di gomma in tutti gli interventi che espongono le mani (specie se esistono piccole lesioni) al contatto di materiale infetto.

E tanto più sono necessarie misure precauzionali onde evitare inoculazioni accidentali in quanto che nessun antisettico chimico (che pur precocemente è stato da qualcuno dei nostri soggetti adoperato a scopo profilattico) è in grado di evitare la formazione di lesioni tubercolari.

E se avviene formazione di tubercolosi cutanea fare asportare il più precocemente possibile il focolaio infetto che potrebbe essere causa di diffusione locale e generale.

RIASSUNTO

Gli AA. hanno studiato 5 casi di tubercolosi cutanea da inoculazione diretta, occorsi alla loro osservazione e presentatisi con fisionomia diversa macro e microscopicamente. Hanno osservato che è trascorso sempre un periodo da 10 a 15 giorni dall'avvenuta inoculazione alla formazione della lesione specifica cutanea; che il pus tubercolare è sempre stato la causa della lesione; che in nessuno di questi casi si è avuta diffusione del processo tubercolare; che non si sono mai avute linfangite o linfadenite consensuali; che nei 4 casi in cui si è avuta colliquazione del tubercolo le prove biologiche e culturali sono state negative per la ricerca del bacillo di Koch; che nessun antisettico chimico ha evitato l'insorgere della lesione cutanea; che con la escissione totale, fino ai tessuti sani, del focolaio infetto si è avuta rapida e completa guarigione.

Dal punto di vista sociale richiamano l'attenzione del personale sanatoriale a raddoppiare le precauzioni nell'espletamento di alcune mansioni esponenti al contatto di materiale infetto.

RÉSUMÉ

Les AA. ont étudié 5 cas de tuberculose cutanée, d'après inoculation directe, parvenus à leur observation et qui se sont présentés avec une physiologie différente macroscopiquement et microscopiquement. Ils ont observé que dans tous les cas il se passe 10-15 jours du moment de l'inoculation à la formation de la lésion spécifique cutanée: que le pus tuberculaire a toujours été la cause de la lésion: que dans aucun de ces cas on a eu diffusion du processus tuberculaire: qu'on a jamais eu lymphangite ou lymphadénite consensuelles: que dans les 4 cas où on a eu colliquation de tubercule, les épreuves biologiques et culturelles ont été négatives pour la recherche du bacille de Koch: qu'aucun antiseptique chimique n'a pu éviter la formation de la lésion cutanée: qu'avec l'abscission totale, jusqu'aux tissus sains, du foyer infecté on a eu une guérison rapide et complète.

Du point de vue sociale ils appellent l'attention du personnel sanatoriale pour qu'il redouble les précautions dans l'achèvement de certaines tâches qui l'exposent au contact de matériel infecté.

ZUSAMMENFASSUNG

Verff. untersuchten 5 Fälle von Hauttuberkulose infolge direkter Inokulation die unter ihre Beobachtung gelangten und eine verschiedene makro- und mikroskopische Physiognomie zeigten. Sie beobachteten dass immer

10-15 Tage vom Moment der Inokulation bis zur Bildung der spezifischen Hautläsion verstrichen; dass der tuberkulöse Eiter die Ursache der Läsione war; dass in keinem dieser Fälle eine Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses stattfand; dass niemals eine entsprechende Lymphangitis oder Lymphadenitis vorkam; dass in den 4 Fällen bei denen eine Einschmelzung des Tuberkels stattfand, die biologischen und kulturellen Versuche für den K. B. negativ waren; dass kein chemisches antiseptisches Mittel das Auftreten der Hautläsion verhinderte; dass nach totaler Herausschneidung bis auf die gesunden Gewebe des Infektionsherdes, eine vollkommene Heilung folgte.

Vom sozialen Gesichtspunkt machen Verff. das Sanatoriumpersonal darauf aufmerksam, bei Ausübung gewisser Arbeiten durch die es mit infiziertem Material in Berührung kommt, verdoppelte Vorsicht anzuwenden.

SUMMARY

The authors have studied 5 cases of cutaneous tuberculosis from direct inoculation brought under their observation, and presenting a different physiognomy macro- and microscopically. They have observed: that a period of 10-15 days has always passed between the inoculation and the formation of the specific cutaneous lesion; that the tubercular pus has always been the cause of the lesion; that in none of these cases has there occurred the diffusion of the tubercular process; that there has been no consensual lymphangitis or lymphadenitis; that in 4 cases in which colliquation of the tubercule has taken place, the biological and cultural tests have been negative in regard to the Koch bacillus; that no chemical antiseptic has prevented the formation of the cutaneous lesion; that with the total excision of the infected focus down to the healthy tissues, there has always been a rapid and complete cure.

From the social point of view, the attention of sanatorial staffs is called to the necessity of redoubling precautions on all occasions offering contact with infected material.

BIBLIOGRAFIA

- PATRIER L. M. — Sul valore dell'ultravirus tubercolare nella Tbc. cutanea. « Riforma medica », 1938, n. 4.
- MARICONDA G. — Lesione tubercolare a tipo verrucoso di un dito di una mano con linfoangite sporotricoide dell'avambraccio e del braccio. Bologna, « Archivio it. di Dermat. Sifil.-Vener. », 1938, n. 1.
- COLLINELLI G. — Statistica delle tubercolosi cutanee osservate presso la Clinica dermosifilopatica di Bologna, anni 1896-1932. « Arch. it. di Dermat. Sifil.-Vener. », 1935, v. XI, fasc. II.
- ORO A. — La bacillemia nel corso della Tbc. cutanea.
- ARTOM A. — Tbc. primitiva della pelle. « Società it. di Dermat. e Sifil. », 1932, fasc. I.
- BACCAREDDA A. — Sopra un gruppo di casi di Tbc. verrucosa. « Soc. it. di Dermat. e Sifil. », 1932, fasc. II.
- DEL FATTORE G. — Contributo alla conoscenza della Tbc. ulcerosa della cute e delle mucose. « Il Dermosifilografo », n. 7, 1932.
- PISACANE C. — Sopra un caso di Tbc. cutanea a tipo sarcoide. « Soc. it. di Dermat. e Sifil. », 1932, fasc. 2.
- PINETTI P. — Discussione su di un caso di complesso primario della cute. « Soc. it. di Derm. e Sifil. », 1936, n. 2.

- REDAELLI E. — Tbc. ulcerosa della gamba costituitasi in sede di linfangite tbc. Complesso primario della cute. « Soc. it. di Derm. e Sifil. », 1936, n. 2.
- MILDONIAN A. — Forme non comuni di Tbc. cutanea. « Soc. it. di Derm. e Sifil. », 1937, n. 1.
- LISI F. — Esiste un quadro di infezione tbc. primitiva a focolai colliquativi multipli cutanei « Soc. it. di Derm. e Sifil. », 1937, n. 1.
- LEDERMANN K. G. — Statistische Untersuchungen über Tuberculosis verrucosa cutis. « Arch. f. Dermat. », 1932, 167.
- STURZ, KONRAD. — Humane und bovine hauttuberkulose. « Arch. f. Dermat. », 1933, 169.
- PHILIPPI e RODOLFO A. — Primare tuberkulose infektion der haut. « Rev. chil. Pediatr. », 1934, 5.
- MALLINE KRODT-HAUPT A. St. v. — Die regionale Verteilung der hauttuberkulose und ihre Ursachen. « Med. Klin. », 11, 1937.
- MONTGOMERY. — Histopathologie verschiedener typen der hauttuberkulose. « Arch. of. Derm. », 1937, 35.
- RONGICHITCH O. S. — Tbc. primaria della cute. « Arch. Dis. Childh. », 1937, 12.
- JAVOROVSKAIA ALEXANDRA D. e GEORGES N. BARANOWSKY. — Primary cutaneous tuberculosis. « Urologie Rev. », 1937, 41.
- MAIRE, G. S. BORY et H. R. BLOCH. — Tuberculose verruqueuse du dos du pied. « Bull. Soc. Franc. Dermat. », 1936, n. 3.



59672

1961

1962

