

Dott. M. GIUFFRÈ

# Sopra due casi di sarcomatosi telangectasica cutanea idiopatica generalizzata

*(Osservazioni cliniche ed istopatologiche)*

nik.  
B  
58  
33

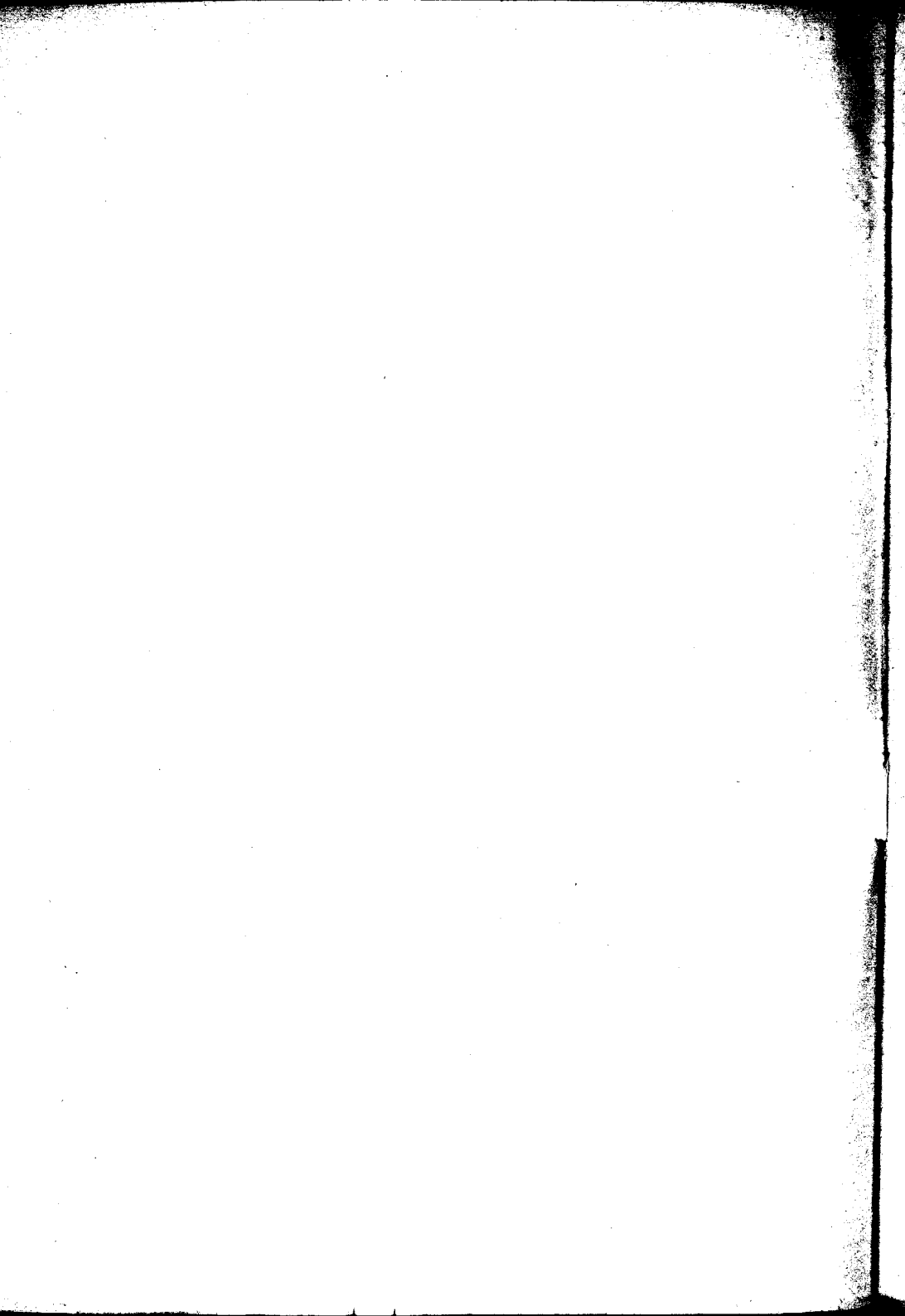
Estratto da *Tumori*, Anno XI, fasc. III



ROMA  
TIPOGRAFIA DEL SENATO  
DEL DOTT. G. BARDI

1925

*Al Chiarissimo*  
*Prof. G. Engel*  
*devo emerggio*  
*M. Giuffrè*



Dott. M. GIUFFRÈ

---

Sopra due casi di sarcomatosi  
telangectasica cutanea idio-  
patica generalizzata

*(Osservazioni cliniche ed istopatologiche)*

---

Estratto da *Tumori*, Anno XI, fasc. III

---

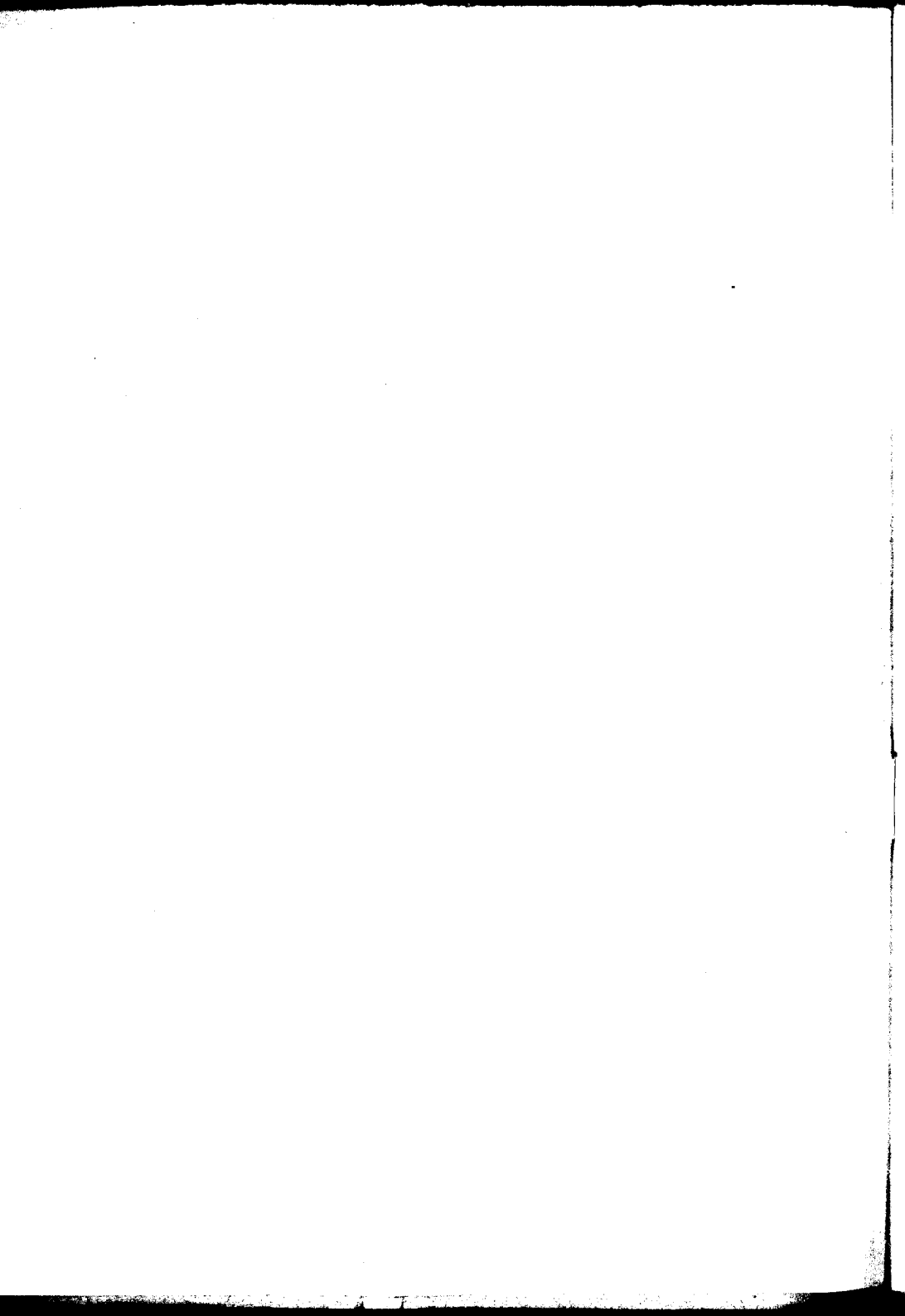
ROMA

TIPOGRAFIA DEL SENATO

DEL DOTT. G. BARDI

---

1925



---

Dott. M. GIUFFRÈ

Sopra due casi di sarcomatosi telangectasica  
cutanea idiopatica generalizzata

(*Osservazioni cliniche ed istopatologiche*)

---

Mentre è ancora incerta l'interpretazione di questa dermatosi, ho creduto degno di interesse rendere noti i seguenti due casi che sono caduti sotto la mia osservazione per cortesia del prof. M. Cipolla e che ho potuto seguire per molto tempo.

*Caso I.* — A. Giovanni, di anni 61, calzolaio, da Palermo. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare, riguardo alla malattia attuale. A 7 anni ebbe il morbillo. A 25 anni sposò. La moglie ha avuto dodici gravidanze di cui 11 seguite da parto eutocico ed una da aborto procurato. Un figlio morì di difterite, dieci sono viventi e sani. A 33 anni soffrì di dolori articolari, accompagnati da tumefazione, soprattutto a carico dell'articolazione del ginocchio e delle articolazioni metatarso-falangee. Detti disturbi, che non si accompagnavano a febbre, sparirono in qualche mese in seguito a cura iodica. Nel settembre 1922 soffrì di accessi di affanno che insorgevano la sera dopo cena. Questi accessi, che si ripeterono 4 o 5 volte, scomparvero presto spontaneamente. Nella stessa epoca cominciò a soffrire di corizze frequenti, che insorgevano senza alcuna causa apprezzabile.

La malattia attuale ebbe inizio nell'ottobre 1922. Egli notò allora in corrispondenza della guancia destra e del padiglione auricolare d. la presenza di macchie color rosso-vinoso, di grandezza e forma varia, che a poco a poco divennero lievemente sollevate sulla cute circo-

stante. Nessun disturbo della sensibilità. Poco tempo dopo si accorse della presenza di macchie simili agli arti, soprattutto nelle porzioni distali. L'eruzione si estese a tutto il corpo, ma prevalentemente agli arti dove per la confluenza di singoli elementi vennero a formarsi delle chiazze di forma irregolare. Al viso si andarono formando a poco a poco dei noduli di colorito rosso bruno, poco sollevati sulla cute circostante. L'infermo ha notato un progressivo decadimento dello stato generale, debolezza muscolare, anoressia, stitichezza e diarrea alternantisi; mai febbre.

Non ha abusato di Bacco e di Venere; non ha abitato locali umidi.

ESAME OBIETTIVO (agosto 1923).

T. 36°5' P. 74 R. 18 Peso kg. 47.500

Individuo di costituzione mediocre, scheletro ben sviluppato. Stato della nutrizione scadente; il pannicolo adiposo è scarso e la pelle si solleva in pieghe alte e poco elastiche. Muscoli gracili, ipotrofici ed ipotonici. Mucose visibili pallide. Apparuccio ghiandolare linfatico normale.

*Sistema nervoso.* — Riflessi superficiali e profondi normali. La sensibilità cutanea è normale.

*Apparato respiratorio.* — Nulla degno di nota all'ispezione, alla palpazione ed alla percussione. All'ascoltazione si riscontra respiro aspro.

*Apparato circolatorio.* — Cuore nei limiti normali. All'ascoltazione lieve rinforzo del 2° tono sulla polmonare.

*Apparato digerente.* — Addome di forma e volume normale: nessun fatto degno di nota. Stomaco nei limiti normali.

*Milza.* — Il margine inferiore si palpa a due dita trasverse al di sotto dell'arcata costale, lungo l'emiclaveare. Consistenza lievemente aumentata. Limite superiore al 7° spazio intercostale lungo l'ascellare media. Diametro trasverso massimo cm. 9.

*Fegato.* — Il margine inferiore deborda leggermente dall'arcata costale; consistenza duro-elastica.

*Esame della dermatosi.* — Il cuoio capelluto non presenta alcuna alterazione. Sulla faccia si notano delle chiazze, di colore rosso-bluastro, che non scompaiono alla pressione, in corrispondenza delle quali la palpazione dimostra un aumento di consistenza. È facile constatare la presenza di noduli di varia grandezza che interessano la cute ed il sottocutaneo. La pelle delle palpebre presenta aree irregolari d'infiltrazione; la congiuntiva palpebrale è iperemica.

La cute delle orecchie è irregolarmente ispessita, di consistenza aumentata, di colorito rosso-bluastro.

Sulla mucosa buccale, in corrispondenza del palato duro, si nota una chiazza circolare, del diametro di circa un centimetro, di colorito bluastro, nettamente rilevata sulla mucosa circostante.

Sulla cute del collo si riscontrano numerosi noduli di grandezza varia, poco rilevati sulla superficie cutanea, ma bene apprezzabili con la palpazione: sono aderenti alla cute ed occupano prevalentemente il derma. La pelle che li ricopre è di colore rosso-bluastro e la consistenza è aumentata.

Sul tronco e sugli arti la dermatosi si presenta sotto forma di elementi papulosi, scarsi di numero sul tronco, più frequenti verso la radice degli arti e numerosi sugli arti. I più giovani hanno un diametro di qualche millimetro, sono leggermente rilevati sulla pelle circostante, isolati, di colorito rosso vivo, a superficie liscia e provvista di peli. Con la pressione diascopica impallidiscono e con la palpazione fanno riconoscere una consistenza quasi normale. Dalla confluenza di elementi a sviluppo inoltrato risultano chiazze di forma irregolare, grandezza varia, e di colorito vario dal rosso-bruno al bruno, che non si modifica colla pressione diascopica. La consistenza è notevolmente aumentata. Alcune mostrano al centro una superficie alquanto depressa e di colorito pallido. La massa neoformata non si approfonda nel sottocutaneo. Oltre agli elementi prima descritti ed a questi ultimi se ne trovano altri di aspetto alquanto diverso che però debbono considerarsi come stadi di evoluzione della stessa lesione.

Alla regione lombare destra ed alla regione glutea sinistra la palpazione accurata fa riconoscere la presenza di qualche nodulo a sede

ipodermica, della grandezza di un piccolo pisello; la pelle sovrastante mostra un lieve colorito giallo-verde ed ectasia dei fini vasi.

Elementi papolosi si rinvengono pure sullo scroto e sulla cute dell'asta.

La palma delle mani e la pianta dei piedi sono risparmiate.

Nessun disturbo subiettivo della sensibilità. Tutte le forme della sensibilità (tattile, termica, dolorifica, barica) sono ben conservate.

#### RICERCHE DI LABORATORIO.

Pressione sanguigna m. (Riva-Rocci): 112 mm. Hg.

Cutireazione ed intradermoreazione alla tubercolina: — — —

Reazione di Wassermann: — — —

*Esame del sangue.* — Globuli rossi: 3.700.000; globuli bianchi: 8.200; emoglobina (Sahli): 65 per cento. A carico dei globuli rossi lieve anisocitosi. Formula leucocitaria: neutrofili 60 per cento; eosinofili 4 per cento; forme di passaggio 5 per cento; grandi mononucleari 8 per cento; linfociti 20 per cento; cellule midollari 3 per cento. Quadro neutrofilo di Arneht: I = 15, II = 34, III = 33, IV = 15, V = 3.

Bilirubina nel siero di sangue (metodo di Haselhorst) = 1:125.000.

Urobilina nel siero di sangue (metodo Nenki e Rotschy mod.) = ass.

Resistenza globulare: I. Si fa cadere in ogni tubo contenente circa 3 cc. di soluzione di Na CI due gocce di sangue tolto con una Tursini dalla vena mediana.  $R_1 = 0,45$ .  $R_2 = 0,50$ .  $R_3 = 0,55$ . II. Si fa cadere in ogni tubo da una pipetta due gocce di sospensione di globuli deplasmizzati e trattati con il passaggio di  $C O_2$ .  $R_1 = 0,55$ .  $R_2 = 0,70$ .  $R_3 = 0,80$ .

Piastrine, 150.000 per mmc.

Viscosità (Hess), 1:4.

Coagulabilità, normale.

Residuo azotato, 42 mg. su 100 c. c. di sangue.

Glucosio, 88 mmg. su 100 c. c.

*Esame di urina.* — Nulla di notevole all'esame completo fisico, chimico e microscopico, tranne la presenza di urobilina e urocromogeno.

*Prova del laccio.* — Applicando un laccio elastico in corrispondenza del braccio sinistro, in modo da ostacolare la circolazione venosa, si produce una cianosi notevole dell'arto e dopo circa venti minuti si ha la comparsa di punti emorragici in corrispondenza della regione anteriore dell'avambraccio. Negativa la prova all'arto superiore destro e inferiore sinistro. All'arto inferiore destro si ha la comparsa dopo circa 25 minuti di una piccola ecchimosi in corrispondenza di un elemento criemato-angiomatoso giovane.

*Decorso clinico.* — Il paziente è stato sottoposto a cura arsenicale *per os* (liquore di Fowler), ma dopo poco tempo bisognò sospendere per l'insorgenza di disturbi gastro-enterici. Si praticarono allora iniezioni ipodermiche di arseniato di sodio. Si ebbe un evidente miglioramento dello stato generale, della crasi sanguigna e soprattutto una notevole regressione della dermatosi.

Ma per le occupazioni dell'infermo non fu possibile continuare una cura sistematica ed intensiva. Egli numerose volte a distanza diversa di tempo è ritornato a farsi osservare ma non è stato mai possibile intraprendere una cura assidua. Oggi persistono quasi invariate le condizioni cutanee mentre lo stato generale è alquanto peggiorato. I disturbi a carico dell'apparato digerente sono aumentati: senso di peso all'epigastrio, dolori addominali insorgenti qualche ora dopo i pasti, alvo irregolare. L'esame obiettivo degli organi addominali non ha rivelato mai alcunchè di notevole.

Sono state praticate alcune biopsie. Si è avuta sempre la guarigione della ferita *per primam* e non si è notata alcuna alterazione della cicatrice operatoria.

*Esame isto-patologico.* — Fissazione in liquido di Orth ed in alcool. Colorazione con emallume-eosina, con il v. Gieson, con il Weigert per le fibre elastiche e con il Pappenheim per le plasmacellule.

I. L'esame di un elemento giovane non dimostra alcuna alterazione degli strati epidermici. Invece colpisce subito la presenza nella

parte media e profonda del derma di una notevole ed atipica neofor-  
mazione vasale, che dà l'impressione di un tessuto angiomatico. Si  
vedono cavità di diversa grandezza, di cui qualcuna contiene dei glo-  
buli rossi, rivestite da endotelio e separate fra di loro solamente da  
sottili fasci connettivali. In qualche punto le cavità sono ridotte a sot-  
tilissime fessure e in qualcuna si constata un epitelio di rivestimento  
pluristratificato, mentre si può escludere che ciò sia dovuto ad obli-  
quità del taglio.

Non si rinvengono elementi di infiltrazione, nè plasmacellule. La  
colorazione del Weigert dimostra un diradamento delle fibre elastiche.

II. All'esame di un elemento vecchio si riscontrano alterazioni no-  
tevoli. L'epidermide è notevolmente assottigliata ed appiattita sopra-  
tutto a carico del corpo mucoso del Malpighi. Le cellule dello strato basale  
presentano numerosissimi granuli di pigmento. La parte più esterna  
del derma ha perduto la caratteristica disposizione papillare ma non  
presenta alterazioni. La parte più profonda del derma è occupata da  
un intreccio di cavità vascolari simili a quelle descritte, e da zone  
d'infiltrazione costituite da elementi di aspetto vario. Alcune cellule  
sono piccole, rotonde, con nucleo ricco di cromatina, spesso posto  
eccentricamente; altre sono più grandi, di forma allungata, con nu-  
cleo ovale, isolate o con una certa tendenza a disporsi a fascio. Tra  
queste due forme di cellule, se ne trovano altre che possono conside-  
rarsi come forme di passaggio, cosicchè appare giustificata l'ipotesi  
che trattisi fundamentalmente di uno stesso elemento che assume aspetti  
diversi per la reciproca compressione.

In qualche punto è veramente suggestiva la rassomiglianza tra gli  
elementi endoteliali che tappezzano le cavità vascolari e gli elementi  
allungati che costituiscono gli infiltrati. In qualche vaso sanguigno posto  
alla periferia della formazione l'intima presenta zone di proliferazione  
endoteliale che ne restringono il lume.

Il connettivo posto tra le zone d'infiltrazione appare edematoso. Qua  
e là qualche piccolo stravaso sanguigno. Qualche cariocinesi atipica e  
qualche plasmacellula. Le fibre elastiche mancano nelle zone d'infil-  
trazione.

*Caso II.* — A. Francesco, di anni 64, falegname. Nulla degno di nota nell'anamnesi familiare. Prima dell'attuale malattia godette sempre ottima salute. A 19 anni sposò; la moglie ha avuto otto gravidanze tutte condotte a termine; i figli sono viventi e sani.

Nel novembre 1921 notò, senza causa apprezzabile, in corrispondenza del terzo medio posteriore della gamba destra la comparsa di un nodulo indolente di colorito rosso-bruno e consistenza dura, il quale presto raggiunse la grandezza di una nocciola.

La consistenza andò diminuendo sino a che si rese evidente la fluttuazione e l'incisione diede esito a pus denso, cremoso. La guarigione si ebbe nel tempo di circa due mesi. Lo stato generale si mantenne inalterato. Di lì a poco comparvero sull'avambraccio destro e quasi contemporaneamente su tutta la superficie del corpo, ma soprattutto agli arti, numerose macchie di colore rosso vivo, di grandezza e forma varia, isolate o confluenti, un po' rilevate sulla pelle circostante. Da allora ad oggi si sono avute irregolarmente *poussées* di elementi simili, i quali, a dire dell'infermo, mentre in un primo tempo presentano un colore rosso vivo ed una consistenza molle elastica, invecchiando assumono colore rosso-violaceo, poi bruno ed una consistenza dura-elastica. Alla gamba destra si sono andati formando dei noduli di consistenza molle, depressibili, i quali rompendosi spontaneamente o per un traumatismo danno luogo ad abbondante scolo di liquido limpido citrino. La pelle della gamba ha acquistato una consistenza dura, lignea.

Nessun disturbo della sensibilità. Lo stato generale si è mantenuto sempre buono ed il paziente ha potuto continuare a lavorare.

ESAME OBIETTIVO (Ottobre 1924).

T. 36°, 9'    P. 80    R. 16    Peso Kg. 66.

Costituzione mediocre; scheletro ben sviluppato; stato della nutrizione buono; pannicolo adiposo abbondante; muscoli tonici e trofici; mucose visibili rosee. Apparecchio ghiandolaire linfatico normale.

*Sistema nervoso.* — Riflessi superficiali e profondi normali. Le varie forme di sensibilità sono conservate su tutto l'ambito cutaneo.

*L'esame dei vari apparati* (respiratorio, circolatorio e digerente) non rivela nulla di anormale. Fegato e milza di grandezza normale.

*Cute.* — La dermatosi occupa prevalentemente gli arti: sul tronco si riscontra solo qualche elemento mentre la testa è completamente risparmiata. Non è evidente alcuna tendenza ad una disposizione simmetrica. Si riscontrano elementi papulosi di forma e grandezza varia, in rapporto con l'età. I più giovani sono di forma circolare, hanno grandezza di un grano di miglio, colorito rosso che scompare con la vitro-pressione e sono leggermente rilevati sulla cute sana. Altri, più avanzati nello sviluppo, presentano grandezza varia, forma irregolare e colore rosso-bruno sino al bruno che non si modifica con la pressione diascopica. I bordi sono ben rilevati sulla cute sana; la palpazione fa riconoscere che l'elasticità è scomparsa, la consistenza è aumentata e le alterazioni non comprendono il tessuto sottocutaneo. Per la confluenza di elementi papulosi vengono a formarsi in alcuni punti delle chiazze irregolari. È facile riscontrare in molti punti una tendenza alla risoluzione: il centro della chiazza presenta un colorito più sbiadito ed è alquanto depresso. Quivi la palpazione fa riconoscere un aumento notevole della consistenza.

Lo scroto e la cute dell'asta sono risparmiati.

La gamba destra presenta un aspetto speciale. La cute è lucente, tesa, non spostabile sui tessuti sottostanti e di consistenza dura-ligneae. La superficie è ineguale, si riscontra qualche elemento papuloso simile a quelli descritti, qualche cicatrice pigmentata e inoltre numerose rilevatezze emisferiche, di aspetto giallo-lucido con qualche punto bluastro.

La palpazione fa riconoscere una consistenza molle e con la pressione si riesce ad infossare il dito; cessando la pressione la rilevatezza torna lentamente a formarsi. Non è difficile constatare, premendo alternativamente su due rilevatezze vicine, che la pressione su una produce un aumento di tensione nell'altra. Aspirando con una siringa si ottiene un liquido limpido citrino; facendo sedimentare questo liquido ed eseguendo degli strisci si riscontrano numerosissimi linfociti. Con vari metodi di colorazione non si dimostrano germi. Tutto ciò dà la con-

vinzione che si tratti di ectasie linfatiche. Rompendo una di queste rilevatezze si ha gocciolamento abbondante di liquido e può constatarsi che la dilatazione ha sede nel derma, la superficie è irregolare e la volta, più o meno spessa, è in certi tratti riccamente vascolarizzata.

I piedi sono edematosi. Sulla parte mediale dell'arco plantare si notano aree di colorito bluastrò che alla pressione dimostrano una consistenza molle elastica ed impallidiscono, così da far riconoscere la presenza di un tessuto vascolare.

#### RICERCHE DI LABORATORIO.

Cutireazione ed intradermoreazione (con tubercolina grezza): — — —

Pressione sanguigna m.: 118 mm. Hg.

Reazione di Wassermann: — — — .

*Esame di sangue.* — Globuli rossi 4.900.000; globuli bianchi 8.400; emoglobina (Sahli) 89; piastrine 200.000 circa per mmc.

Formula leucocitaria: Neutrofilii 62 per cento; Forme di passaggio 7 per cento; Grandi monocleari 12 per cento; Linfociti 17 per cento; Cellule midollari 2 per cento.

Schema neutrofilo di Arneth: I: 16 per cento - II: 30 per cento - III: 34 per cento - IV: 18 per cento - V: 2 per cento.

Bilirubina nel siero di sangue = 1 : 200.000.

Urobilina nel siero di sangue = tracce.

Resistenza globulare. I. Sangue intero:  $R_1 = 0,40$ .  $R_2 = 0,45$ .  $R_3 = 0,50$ .

II. Globuli deplasmizzati dopo il passaggio di  $C O_2$ :  $R_1 = 0,55$ .  $R_2 = 0,65$ ;  $R_3 = 0,75$ .

Viscosità (Hess) = 1 : 3.

Residuo azotato = 40 mmg. su 100 c. c.

Glucosio = 99 mmg. su 100 c. c.

*Esame di urina.* — Nulla di notevole all'esame fisico, chimico e microscopico, tranne la presenza di urocromogeno.

*Prova del laccio.* — All'arto superiore destro si ha la comparsa di intensa cianosi e, dopo circa 30 minuti, di una piccola ecchimosi in corrispondenza della piega del gomito. Nulla all'arto superiore sinistro e agli arti inferiori.

*Decorso clinico.* — Quantunque abbia avuto frequentemente occasione di osservare in ambulatorio il paziente, pure, per motivi dipendenti dalle sue occupazioni, non è stato possibile praticargli una cura radioterapica o una cura arsenicale intensa. Ho prescritto pertanto preparati arsenicali vari *per os*. Le condizioni generali si sono mantenute sempre buone e le manifestazioni cutanee inalterate ad eccezione dello stato della gamba destra. Quivi per la rottura spontanea o accidentale di qualche ectasia linfatica si sono andate formando delle lesioni di continuo delle quali vien fuori abbondante liquido e che lentamente si coprono di croste, ma non mostrano alcuna tendenza alla cicatrizzazione, malgrado l'impiego di topici svariati.

Sono state eseguite parecchie biopsie di elementi a periodo vario di evoluzione.

*Esame isto-patologico.* — Fissazione dei pezzi in liquido di Orth ed in alcool. Colorazione con emallume-eosina, col v. Gieson, col Pappenheim e col Weigert per le fibre elastiche.

I. L'esame di elementi papulosi giovani dà un reperto simile a quello segnalato nel caso precedente. Nessuna alterazione dell'epidermide; è conservata la disposizione delle papille dermiche. La parte profonda del derma è occupata da un intreccio fitto di cavità vascolari sanguigne, rivestite da endotelio. Questo presenta qua e là proliferazioni che sporgono nel lume vascolare. Il connettivo interposto a queste cavità è edematoso. Le fibre elastiche sono diminuite. Gli annessi cutanei sono ben conservati.

Non si rinvencono elementi d'infiltrazione.

II. All'esame di elementi vecchi si riscontra un notevole assottigliamento dell'epidermide che in qualche punto è ridotta a due sole file di cellule, di cui la superiore è formata di elementi appiattiti a nucleo allungato e l'inferiore di elementi rigonfi contenenti una o due masse di pigmento giallo-bruno: il nucleo è ricacciato alla periferia.

Le papille dermiche sono scomparse. Il derma è occupato da una neoformazione vascolare costituita da numerose lacune di forma varia, rivestite da un epitelio piatto.

Qua e là s'incontrano focolai d'infiltrazione costituiti da elementi linfocitoidi. Essi sono frequenti attorno ai vasi ed agli annessi cutanei che sono in parte conservati. Solo alla periferia di questi infiltrati si riconoscono scarsi elementi fusiformi isolati o aggruppati a fascio, del tutto simili alle cellule endoteliali che tappezzano le lacune sanguigne. Rare plasmacellule. Il connettivo manca nel centro di questi focolai, e quello interposto è edematoso. Le fibre elastiche sono diminuite di numero e spezzettate. I vasi sanguigni posti nelle vicinanze della neoformazione mostrano un ispessimento della parete ed una proliferazione dell'endotelio dell'intima.

III. In sezioni di un elemento in regressione si riscontra atrofia dell'epidermide; inoltre il derma è occupato da fasci di connettivo fittamente intrecciati, che danno l'impressione di un tessuto cicatriziale.

IV. Nella volta di una linfangectasia della gamba si rinvengono zone di neoformazione angiomatosa, con gli stessi caratteri di quelle descritte e focolai d'infiltrazione costituiti da elementi linfocitoidi. L'epitelio piatto che riveste la cavità è ben conservato.

\*  
\*\*

I due casi descritti, pur non allontanandosi nelle linee generali dalla forma morbosa descritta dal Kaposi nel 1872 sotto la denominazione di « sarcoma cutaneo idiopatico multiplo emorragico », offrono sia dal punto di vista clinico che da quello istologico delle particolarità degne di considerazione.

Per ragioni di brevità mi esimo da una esposizione dei dati esistenti nella ricca letteratura dell'argomento e che potranno essere riscontrati nei recenti lavori del Bertaccini e del Radaeli. Mi limito quindi ad alcune considerazioni sui fatti più notevoli osservati nei due casi e che possono portare un contributo alla conoscenza dell'argomento.

Dal punto di vista clinico è da notare anzitutto l'insorgenza della malattia nel primo caso alla faccia ed al padiglione auricolare sotto forma di elementi papulo-eritematosi e nel secondo caso agli arti inferiori sotto forma di un nodulo che presto si rammolli. Noto è poi in tutti e due i casi la scarsa tendenza alla formazione di noduli: nel 1° essi sono limitati alla faccia ed al collo, nel 2° se ne ha avuto uno solo all'inizio e nessun altro nel decorso della malattia (circa 2 anni e mezzo). La dermatosi si manifesta prevalentemente sotto forma di elementi papulo-eritematosi e di chiazze angiomatose infiltrate. Quanto al decorso, nel 1° caso già dopo meno di un anno si hanno segni non dubbi di una partecipazione degli organi viscerali al processo morboso, mentre nel 2° dopo circa due anni e mezzo l'esame obiettivo può fare escludere ciò.

Ma le ricerche di laboratorio indicano in ambedue i casi un'altezzazione della crasi sanguigna: una notevole reazione midollare dimostrata dall'aumento dei mononucleari e delle forme di passaggio e dalla presenza in circolo di forme immature.

Fra le ricerche di laboratorio, degno di nota è l'aumento della bilirubina del siero di sangue in un caso e la presenza di urobilina e di urocromogeno nelle urine e l'aumento della resistenza globulare.

Una prova dimostrativa della labilità della parete delle cavità sanguigne è data dalla possibilità di produrre stravasi sanguigni provocando negli arti una stasi notevole con l'applicazione di un laccio elastico.

Una tendenza alla risoluzione spontanea della dermatosi è manifesta nel secondo caso: essa inizia nel centro di chiazze di antica data ed è caratterizzata istologicamente da una proliferazione connettivale che oblitera le cavità angiomatose e si sostituisce ai focolai d'infiltrazione cellulare.

Non è possibile formulare un giudizio sicuro sull'efficacia della cura arsenicale, già da altri osservatori sperimentata, perchè brevi ed irregolari furono i periodi di cura: fu certamente osservata una lieve regressione delle lesioni cutanee e soprattutto nel primo caso un miglioramento dello stato generale.

Speciale considerazione richiede la presenza in un caso di linfan-

gectasie, localizzate all'arto inferiore d. Che si tratti di ectasie linfatiche e non di cisti risultanti dal rammollimento di noduli sarcomatosi (come è stato osservato, per esempio, dal Bertaccini) risulta chiaramente dalla loro evoluzione e dai dati obbiettivi esposti. Quanto alla loro patogenesi, poichè non si può pensare ad un ostacolo alla circolazione linfatica, data la superficialità delle formazioni sarcomatose, la si potrebbe ricercare in alterazioni locali degli spazi linfatici, analogamente a quanto avviene nei vasi sanguigni. Condizione predisponente potrebbe essere la professione del paziente che rende necessaria la stazione eretta per molte ore del giorno. Consecutive alla stasi linfatica sono, poi, le alterazioni sclerotiche dei tessuti molli dell'arto.

L'esame istologico conferma l'ipotesi sostenuta di recente dal Radaeli, dal Bertaccini e da altri che il sarcoma tipo Kaposi debba essere considerato come una neoplasia di natura angio-endoteliale. Questo fatto è avvalorato dalla partecipazione precoce e costante del sistema vasale, che si esplica con una abnorme proliferazione endoteliale. Per la canalizzazione di accumoli cellulari risulta un intreccio fitto di cavità, alcune volte di volume notevole ma limitate dal solo endotelio, mentre altri accumoli di cellule costituiscono le zone di elementi fusiformi, caratteristici di questa forma di sarcoma.

Nel primo caso in alcuni punti i rapporti di contiguità e le somiglianze morfologiche tra le cellule che tappezzano le cavità sanguigne e quelle che costituiscono le isole d'infiltrazione sono tali da rendere legittima questa ipotesi. La proliferazione endoteliale è poi ben manifesta in alcuni vasi posti nelle vicinanze del nodulo, nei quali la cavità è irregolarmente ristretta.

Questi fatti sono meno evidenti nel secondo caso in cui mancano vere formazioni nodulari e mentre le zone angiomatose sono notevoli non si riscontrano che scarsi elementi fusiformi isolati posti alla periferia di accumoli linfocitoidi che danno l'idea di un infiltrato cronico.

È da notare che in questo caso malgrado il decorso della malattia sia più lungo non si hanno i caratteri di malignità che si hanno nel primo caso.

## BIBLIOGRAFIA

- BERTACCINI, « XIX Riunione della soc. ital. di dermatologia e sifilografia ».  
CAPPELLI, « Idem ».  
GAUCHER, « Maladies de la peau », p. 313.  
MARTINOTTI, « Tumori » Anno II, f. 6<sup>o</sup> p. 662.  
NICOLAS, GATÉ et RAVVAULT, « Soc. Franç. de derm. et syph. », 13-XII-1923.  
NICOLAS, THIEBERGE et FAVRE, « id. », 18-XI-1920.  
PELAGATTI, « Sarcomatosi cutanea », Parma 1903.  
PERRIN, « La pratique dermatologique », V. IV. p. 204.  
RADAELI, Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle, 1919, pag. 223 (qui sono anche indicati i lavori precedenti).  
RIVA, « Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle », 1922, pag. 587.

## SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

### TAV. I. - CASO I.

- Figg. 1 2 3.* — Fotografie dell'infermo.  
*Fig. 4.* — Microfotografia da preparato col. con emallume-eosina. Obb. A Ocul. L Zeiss. Elemento giovane.  
*Fig. 5.* — Col. Weigert. Obb. A Ocul. L Zeiss. Elemento giovane.  
*Fig. 6.* — Col. em.-eos. Obb. a 2 Ocul. L Zeiss. Elemento vecchio.  
*Fig. 7.* — Col. em.-eos. Obb. 4 mm. Ocul. 6 C Koristka. Elemento vecchio.

### TAV. II. - CASO II.

- Figg. 1, 2, 3.* — Fotografie dell'infermo.  
*Fig. 4.* — Microfot. da preparato colorato con emallume-eosina. Obb. A Ocul. H Zeiss. Elemento giovane.  
*Fig. 5.* — Col. Weigert. Obb. A Ocul. L Zeiss. Elemento giovane.  
*Figg. 6, 7.* — Col. em.-eos. Obb. 4 mm. Ocul. 6 C Koristka. Elemento vecchio.

2 1 2 3 1

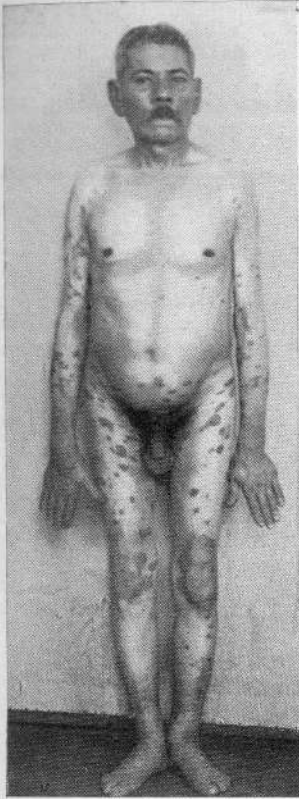


Fig. 1.

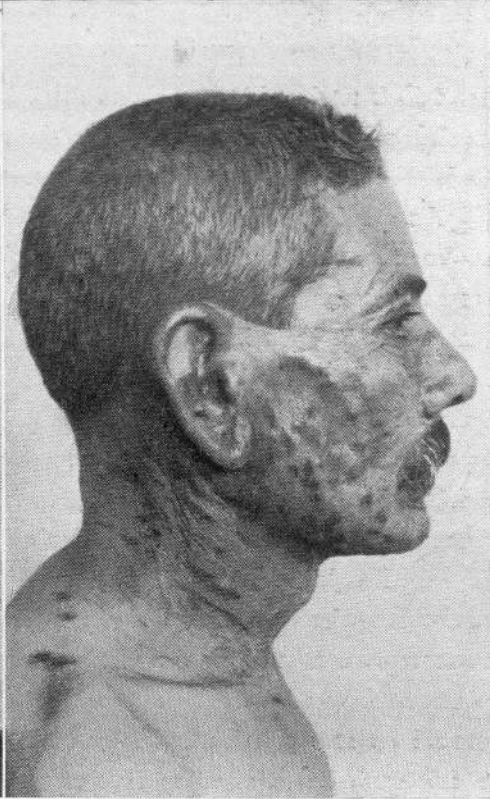


Fig. 2.

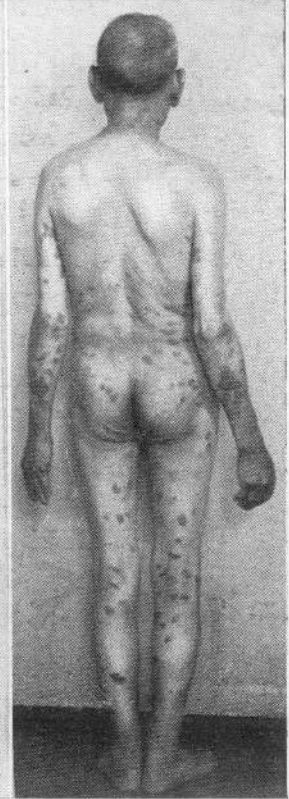


Fig. 3.

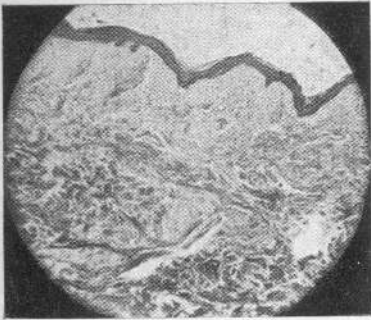


Fig. 4.

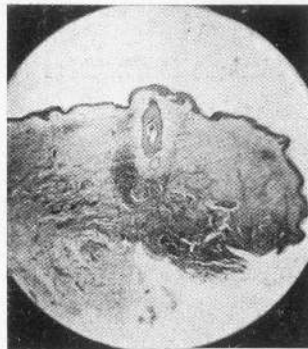


Fig. 6.

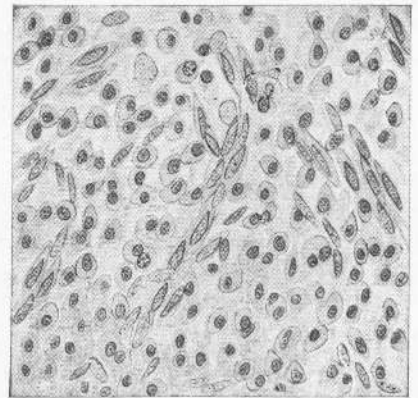


Fig. 7.

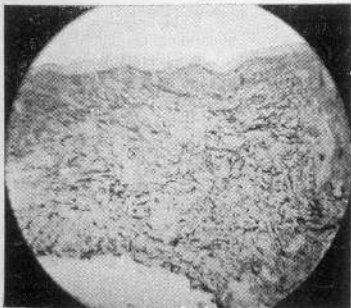


Fig. 5.



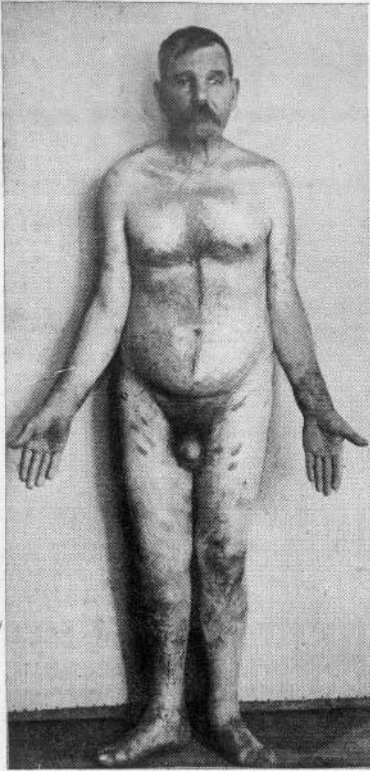


Fig. 1.



Fig. 2.

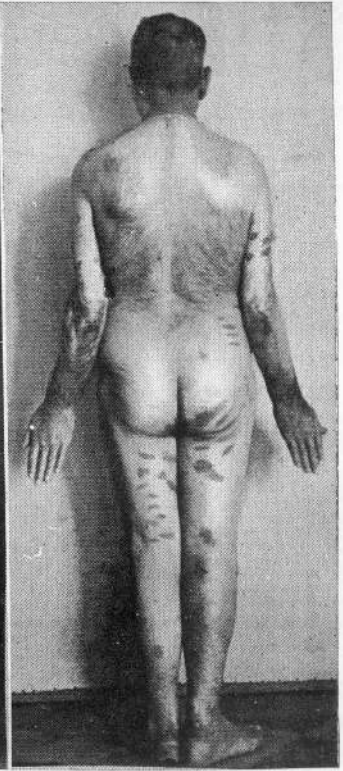


Fig. 3.

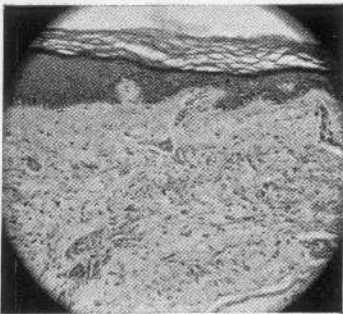


Fig. 4.

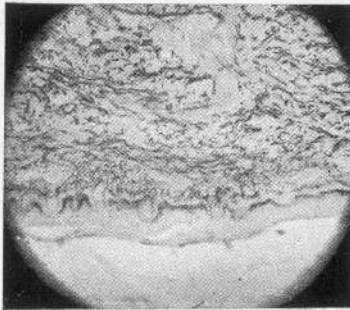


Fig. 5.

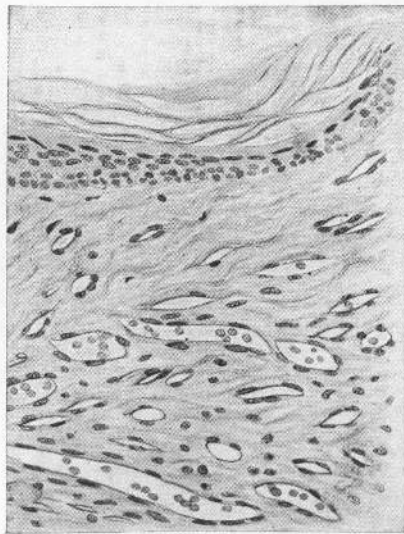


Fig. 6.

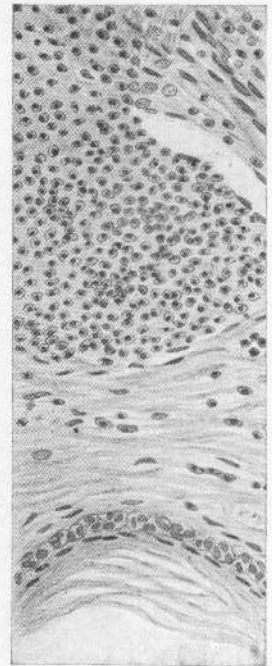


Fig. 7.

