

ELEMENTOS CLÍNICO-ETIOLÓGICOS

DE

UN CASO DE ENFERMEDAD (SARCOMATOSIS) DE KAPOSI

Por NICOLÁS V. GRECO

El sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi, individualizado por este maestro en 1869, que originó el nombre más breve de *Enfermedad de Kaposi* con que se lo conoce también, es un proceso poco frecuente, pero no raro, y se han ocupado de él investigadores diversos. Entre nosotros hay ya varias publicaciones que se han sucedido después de escribir y dar a conocer el primer caso (1) quien fué en nuestro país el mejor dermatólogo de su tiempo, nuestro maestro el profesor Baldomero Sommer, uno de los discípulos predilectos de Kaposi y en cuyo servicio de Dermatosifilografía del entonces Hospital San Roque, hoy Hospital Ramos Mejía, siendo todavía practicante, fué donde observamos por primera vez el sarcoma idiopático de Kaposi, precisamente en un hermano del caso que ahora publicamos, muerto hace tiempo y que fué el primero que enfermó de la familia.

Clínicamente es una enfermedad que no ofrece dificultades de diagnóstico cuando se ha observado algún enfermo en su forma clásica, y nosotros hubiéramos prescindido de traer el caso al seno de la Sociedad si no fueran las particularidades

(1) BALDOMERO SOMMER, *Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico*, en *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, volumen IX, página 669, 1901.

que hemos observado de verdadero interés, especialmente en lo que a la etiología de la enfermedad se refiere.

Esta ha querido deducirse de la estructura histológica de las lesiones, la cual en lugar de aclararla, ha traído entre los observadores que la han estudiado dudas de si se trata o no de un verdadero sarcoma. G. Serra (1) condensa en el siguiente párrafo el estado actual de la cuestión: « algunos tienden a relacionar el sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi con los procesos granulomatosos; otros sostienen decididamente su naturaleza neoplásica; no falta quien lo considera un eslabón entre granulomas y tumores verdaderos y propios. Entre los mismos que clasifican al sarcoma de Kaposi en el grupo de las neoplasias, existe disparidad de opinión; quien habla de sarcomas típicos, quien de angiosarcomas, quien de angiomas seniles, quien simplemente los considera angiomas, quien endoteliomas, quien periteliomas y por fin hasta angioneuromas ».

Pero sin extenderme mayormente por estar la cuestión tratada en algunos trabajos recientes que traen abundante bibliografía (2), es evidente que la divergencia entre los observadores estriba en que se quiere caracterizar la enfermedad con el examen morfológico de los preparados histopatológicos, lo que es sin duda un error, porque la divergencia notada entre los aspectos diversos que muestran los cortes microscópicos indicarían una reacción de los tejidos algo compleja y que debe ser atribuible a una causa infecciosa, que sin embargo debe ser la misma para todos los casos, pues clínicamente trae en ellos los síntomas y la evolución de una verdadera entidad mórbida, cuya extensión paulatina produce en momentos diversos reacciones histológicas no exactamente idénticas.

(1) *Il Dermosiflografo*, página 555, octubre de 1931.

(2) Véase : V. LEGHER, *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, volumen XI, página 461, octubre de 1935; P. PITOTTI, *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, volumen IX, página 96, enero de 1933; G. SANTORI, *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, volumen 73, página 782, abril de 1932; G. SERRA, obra citada.

El estudio contemporáneo más interesante que puede hacerse de la enfermedad de Kaposi está, pues, en dilucidar su etiología.

Es con estas vistas que presentamos nuestra observación y nuestra contribución.

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: C. L. Nacionalidad: italiano. Edad: 63 años. Estado civil: casado, empleado.

Antecedentes familiares. — Su padre falleció siendo asmático y de la madre ignora la causa de muerte.

Tiene varios hermanos, cuatro varones y cinco mujeres. El primero de los varones, F. L., falleció por uremia. Una hermana murió por cáncer de la mama. Otra hermana sufre de asma y las tres hermanas restantes son sanas.

Dos hermanos han muerto de sarcomatosis de Kaposi y son V. L. y D. L.

V. L. es el tercero de los varones y fué el primero que enfermó de dicha sarcomatosis. Nació el año 1866, falleció a la edad de 40 años, el 27 de marzo de 1906, después de 12 años de tener la enfermedad de Kaposi. Esta fué diagnosticada por el profesor Sommer en su servicio del Hospital San Roque (hoy Hospital Ranos Mejía), donde tuvimos ocasión de verlo en los últimos tiempos de su enfermedad, iniciada cuando tenía alrededor de 28 años. Tenía manchas y nódulos.

D. L. es el segundo de los hermanos varones y el segundo que adquirió la misma sarcomatosis. Nació el año 1857, falleció a la edad de 73 años, el día 21 de junio de 1930 y estuvo enfermo durante 14 años, es decir, enfermó diez años después de fallecer su hermano V. L. Este enfermo también tuvimos ocasión de verlo en nuestro consultorio particular. A este enfermo le amputaron una pierna. También tenía manchas y nódulos. Además se quejaba de dolores en las piernas.

El enfermo C. L. cuyos antecedentes estamos relatando, es el cuarto de los varones y el tercero que ha enfermado de sarcomatosis idiopática de Kaposi. Iniciada hace cinco años y a mediados de octubre de este año (1936) ha venido a consultarnos en nuestra clínica del Hospital Italiano. Enfermó al parecer un año después de la muerte de D. L.

Actualmente hay además un sobrino de éste, hijo de V. L., y que también se llama V. L., nació el año 1899, viviendo todavía el padre ya enfermo y tiene actualmente 37 años de edad, es argentino, soltero y empleado del Correo.

Ha enfermado de sarcomatosis de Kaposi el año '1931, es decir, también al parecer como para el tío C. L., un año después del fallecimiento del tío D. L. Este sobrino enfermo, es el cuarto miembro de la familia con la enfermedad mencionada.

Antecedentes personales. — Acusa blenorragia a los 24 años y tiene herpes a repetición. No recuerda otras afecciones. Lleva 38 años de casado y no ha tenido hijos. No es bebedor. Es fumador moderado.

Su enfermedad actual se inició hace cinco años con hinchazón de las extremidades inferiores (piernas y pies). Un año y medio después le aparecieron manchas en piernas y pies que fueron avanzando junto con los nódulos que se le iban formando, extendiéndose hacia los muslos, llegando el proceso actualmente hasta la ingle en la pierna izquierda y hasta la parte media del muslo derecho. Desde hace dos años se le han ido formando manchas y algunos nodulitos en las manos con tendencia a correrse hacia la muñeca, especialmente en el lado izquierdo, con algunas plaquitas en codos. Hace un mes le han aparecido lesiones en el dorso y alas de la nariz.

Desde hace cuatro años padece molestias hepatogástricas. Ha sentido casi desde el comienzo de la enfermedad dolores, sobre todo en la marcha, los cuales le incomodan también en la cama, impidiéndole a veces el sueño.

Estado actual (octubre 22 de 1936) :

Pierna izquierda (fig. 1). — Evidentemente aumentada de volumen, con la piel de color rojo violáceo sobre un fondo algo pigmentado y con claros o pequeñas zonas de piel de coloración normal, pero espesada como liquenizada, notándose lisa en el pie hasta la articulación tibiotarsiana y observándose en el lado externo de ésta una apreciable papilomatosis con hiperqueratosis, que se la ve también más reducida en el lado interno, donde hay confluencia en napa de elementos nodulares lenticulares o del tamaño de una arveja, y asimismo también algunos como una cabeza de alfiler. Se distinguen por su relieve y por ser de un rojo-violáceo más vivo. Estos elementos nodulares no son duros a la presión y más bien se deprimen por ésta, como si su contenido se escurriera hacia los tejidos vecinos. Dispersos en toda la pierna y en el muslo, se observan otros numerosos nódulos lenticulares hasta del tamaño de un garbanzo, de color rojo-violáceo, oscuros, casi negruzcos algunos, los que en general se deprimen también a la presión del dedo. En menor número desde el tamaño de una cabeza de alfiler al de una arveja se ven de un rojo-vivo, ajamonados y algo indurados a la presión. Los nódulos que son blandos porque se deprimen a la presión han sido, según el enfermo, hace unos ocho meses

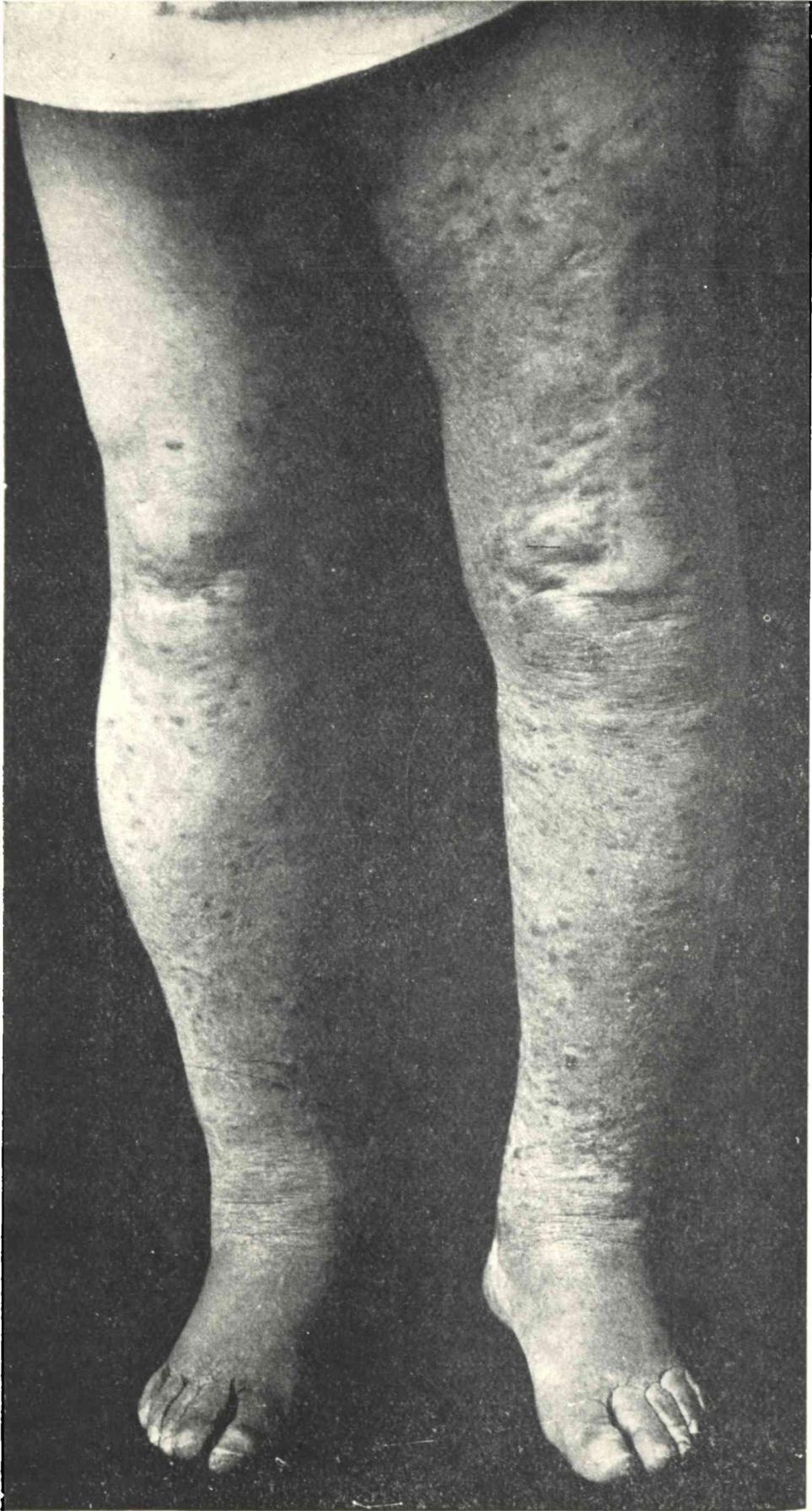


Fig. 1. — Sarcoma idiopático hemorrágico de Kaposi

más duros. Todavía se notan algunas zonas de piel aparentemente sana en la parte anterior del muslo que alternan con manchas lenticulares, numulares o del tamaño de la palma de la mano, de color rosado, marrón u obscuro. En los dos tercios internos y en la cara externa y posterior, la piel está uniformemente coloreada de rojo-violáceo obscuro y también espesada con resistencia a la presión. La

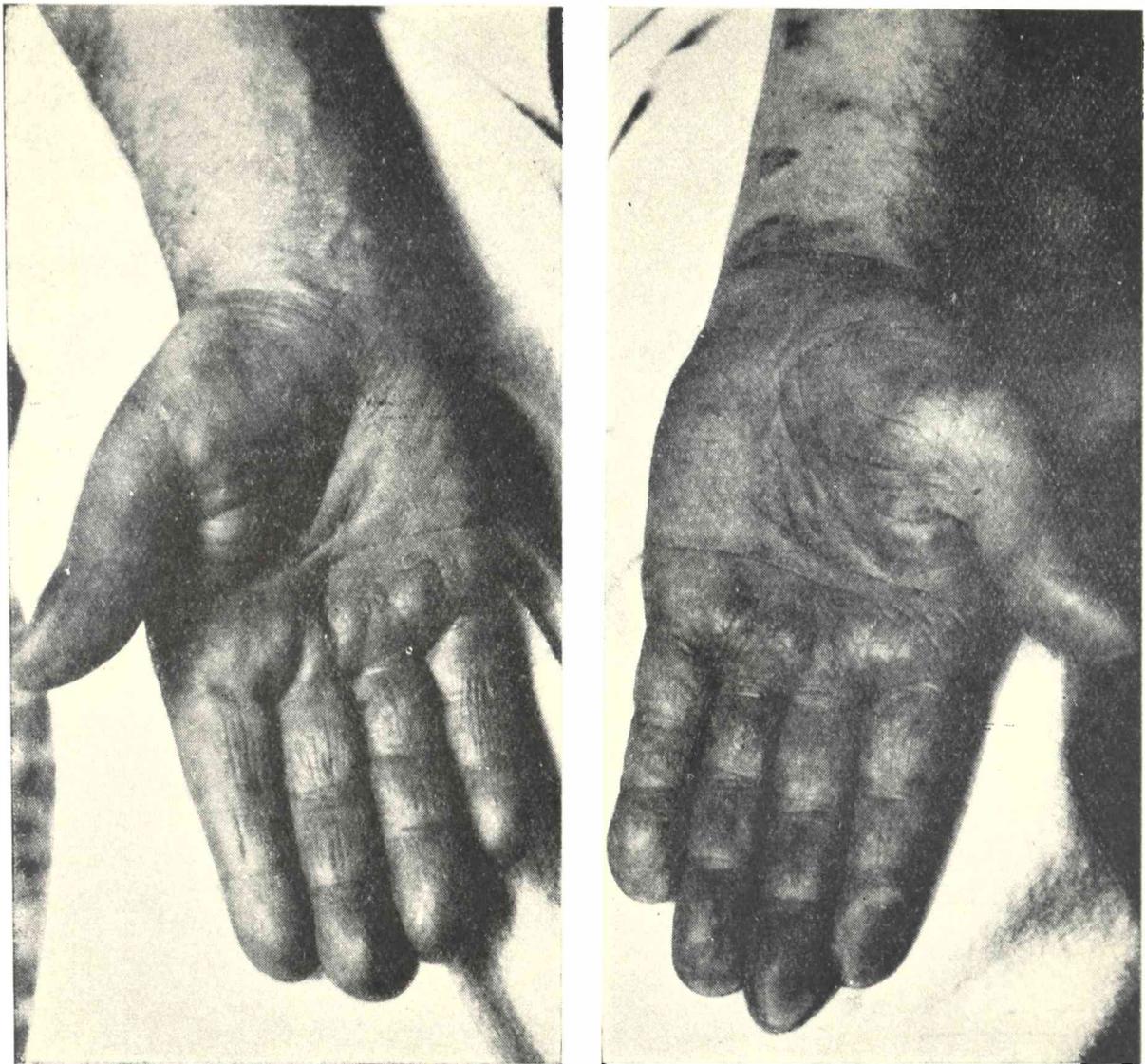


Fig. 2. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi

formación de nódulos se extiende por el lado ántero-interno hasta la ingle.

Pierna derecha (fig. 1). — Comparada con la izquierda está menos engrosada en conjunto. Se notan mayores zonas de piel aparentemente sana, especialmente en la mitad superior del muslo. Las formaciones nodulares son menos confluentes, pero con el aspecto y las características señaladas para la pierna izquierda, depresibles la mayoría de ellas a la presión del dedo. Hay también en el cuello del pie tendencia a la papilomatosis e hiperqueratosis.

Pubis. — Se observan en la región pilosa y en la vecindad formaciones nodulares lenticulares o del tamaño de una arveja, con piel aparentemente sana interpuesta o también confluentes en la parte media, mostrando el conjunto de la placa la piel engrosada edematosa y no fácil de plegar.

Brazos y manos. — Ambas manos muestran manchas confluentes de color rojo violáceo obscuro, las que llegan hasta la muñeca (fig. 2).

En el tercio inferior de los antebrazos, especialmente en el del lado izquierdo se ven pequeños nódulos rojo vivo violáceos, de unos 2 milímetros de diámetro, ligeramente indurados.

Al nivel de ambos codos, en el lado de extensión, la piel se muestra también en una superficie de varios centímetros, algo edematosa y espesada, con manchas violáceas, algo escamosas, casi psoriasiformes.

Cara. — La parte afectada es el dorso y alas de la nariz, presenta la piel algo edematosa, rojo-violácea por confluencia de elementos nodulares lenticulares rojo-violáceos oscuros, poco indurados, más bien de aspecto inflamatorio. Este proceso en la nariz se ha iniciado hace mes y medio.

No se observan adenopatías inguinales ni axilares.

Al enfermo se le han hecho tratamientos diversos con inyecciones cuya naturaleza ignora, menos cinco inyecciones que le han aplicado recientemente de bivatol (dos por semana), después de las cuales el enfermo puede descansar mejor de noche y de día se alivian sus dolores. Actualmente le hemos indicado inyecciones intramusculares de arseniato de sodio.

ELEMENTOS CLÍNICO-ETIOLÓGICOS

Como hemos dicho, el diagnóstico de *sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi*, no ofrece dudas cuando se han visto varios casos y se observan todos los elementos que lo caracterizan, como en el enfermo descripto.

Algunas particularidades clínicas que ha demostrado el proceso son, haberse iniciado con edema de las piernas (antes de aparecer las manchas y nódulos) y la aparición de dolores en los miembros casi al comienzo de la enfermedad. Ambas circunstancias no son frecuentes.

Un hecho todavía más importante por haberse comprobado en pocas observaciones, es el reblandecimiento de los nódulos; en nuestro caso, según el enfermo, desde hace ocho meses, estas lesiones se muestran blandas y reducibles a la presión. Punzados, dejan salir por presión interna o por declive un líquido de aspecto seroso-hemático, apenas rosado, de consistencia siruposa. Con la jeringa de Pravaz es fácil aspirar uno o dos centímetros cúbicos, pero al retirar la aguja, el líquido sigue manando todavía lentamente hasta detenerse después de un rato. Si se deposita el líquido extraído en un tubo de ensayo, se observa cierta tendencia a coagularse en masa. Pero después de tres días, por ejemplo, si se lo vuelve a observar, se nota que el coágulo se ha redisuelto en parte, sobrenadando un líquido rojizo; se ha producido, pues, una lisis parcial de los elementos constitutivos del coágulo y evidentemente esto se demuestra también observando líquido y residuo del coágulo al microscopio y examinado en fresco, aparecen pálidos y sin estructura clara los elementos celulares arrastrados por el líquido. Efectivamente, por examen directo y por coloración se nota en el líquido extraído la presencia de glóbulos rojos y linfocitos y algún raro polinuclear y aun detritus de tejidos y rastros de fibrina. Esta misma comprobación antes han hecho ya Bertaccini ⁽¹⁾, Radaeli ⁽²⁾, Wise y Eller ⁽³⁾, Crosti ⁽⁴⁾ y Nardelli ⁽⁵⁾, que han observado casos de reblandecimiento de los nódulos sin ulceración, como el nuestro, y han examinado el líquido de

(¹) G. BERTACCINI, en *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, página 589, 1920; *Osservazioni sopra alcuni casi d'endotelioni cutanei*, en *Giornale Italiano delle Malattie Venere e della Pelle*, página 514, 1923.

(²) RADAELI, en *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, página 1501, 1930.

(³) WISE Y ELLER, en *Archives of Dermatology and Syphilis*, 1923.

(⁴) CROSTI, en *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fascículo 5, 1929.

(⁵) L. NARDELLI, *Intorno alla colliquazione caritativa nel Sarcoma di Kaposi*, en *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, página 481, 1930.



punción. Bertaccini piensa que el líquido resulta de una degeneración de los tumores que vienen substituídos por cavidades llenas de linfa. Radaeli hace notar que en el examen histológico se encuentran amplias cavidades de las cuales algunas contienen todavía sangre, otras están vacías y otras más contienen una substancia amorfa o finamente granulosa. Estas cavidades están atravesadas por tabiques o por fragmentos de tabiques en los cuales se pueden reconocer células endoteliales que se colorean mal y delgadas fibras conjuntivas. Se trata de un proceso de degeneración y de colicuación cavitaria de los nódulos neoplásicos, colicuación que puede ser seguida de su reabsorción y desaparición. El caso de Crosti y el de Nardelli que lo cita evidenciaban un verdadero esfacelo del tejido que compone el nódulo y de su transformación en una pulpa compuesta de suero hemático y de residuo del tejido necrosado. Al esfacelo seguiría la substitución por las zonas vecinas de tejido fibroso, no de carácter cicatrizal puro y simple, sino de carácter patológico por abundancia de vasos sanguíneos y de espacios lacunares, por proliferaciones endoteliales y por la presencia de células fusiformes.

El examen directo del líquido extraído hecho con solución de potasa cáustica al 40 por ciento, calentado hasta obtener burbujas, nos ha mostrado la presencia de formas micósicas caracterizadas por corpúsculos de varios tamaños: unos son elementos grandes, redondos u ovalados, birrefringentes, de doble contorno, del tamaño de 6 hasta 20 micrones; algunos de ellos con tendencia a la formación de un polo como si el elemento se herniara en ese lugar o tendiera a formar un brote o un opérculo o con un corpúsculo que saliera de él. Hay elementos que aparecen como de aspecto homogéneo, otros muestran corpúsculos birrefringentes muy pequeños en su interior y del tamaño de 1 micrón, que les da un carácter granuloso. También se ven corpúsculos más pequeños, de unos 4 micrones, birrefringentes. Hay finalmente otros pequeños de alrededor de 2 micrones de diámetro, también birrefringentes que, según se

los mira, muestran una parte oscura central y un halo blanquecino alrededor, o bien un anillo oscuro periférico y una zona central clara (figs. 3, 4 y 5).

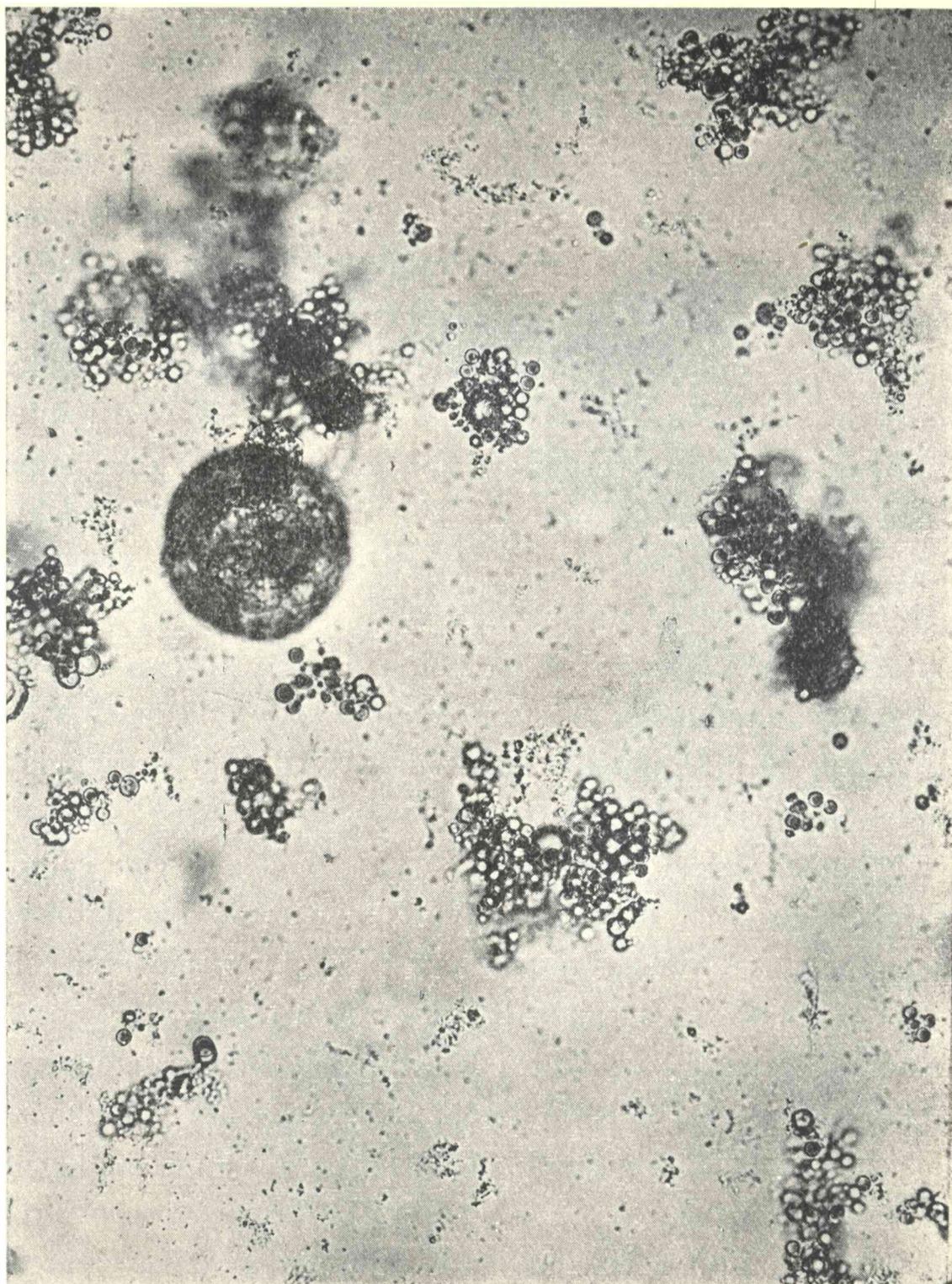


Fig. 3. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Examen directo del líquido de punción tratado por KOH cáustica. Corpúsculos diversos del hongo (320 diámetros).

Se ven también elementos como arrugados en su contorno y otros de aspecto casi semilunar. Se trata de formas que evacúan su contenido.

Elementos micósicos iguales ya hemos señalado y publicado en la página 482, figura 282 de nuestra obra ⁽¹⁾ sobre *Tumores y Micosis*, publicada en 1916. Los interpretábamos a los grandes elementos con corpúsculos en su interior como que fueran sacos

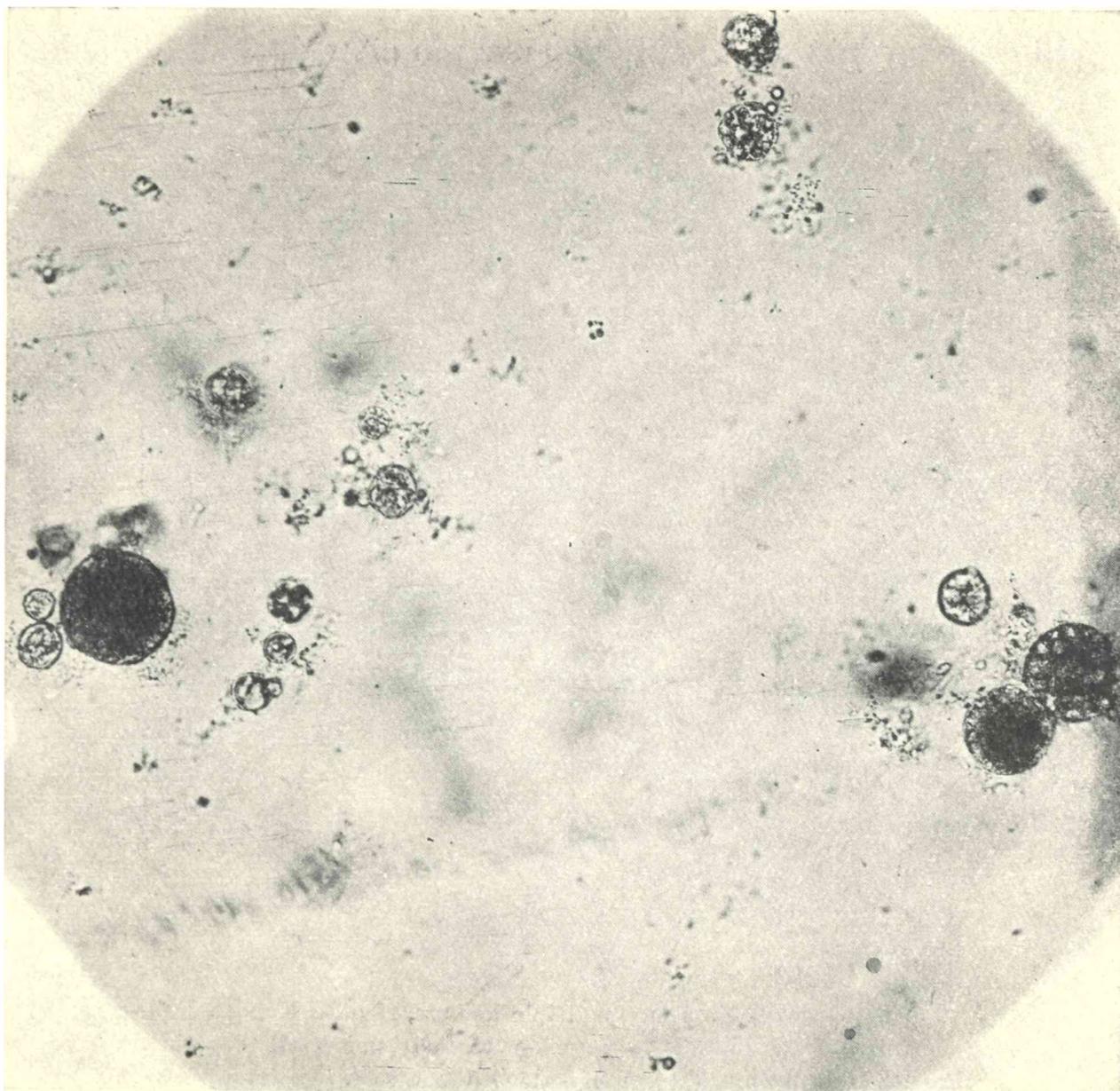


Fig. 4. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi : examen directo del líquido de punción tratado por KOH cáustica. Corpúsculos diversos del hongo (26 diámetros)

conteniendo esporos y además las formas medianas de unos cuatro micrones como probablemente conidios que podrían ser debidos a micelio fragmentado.

⁽¹⁾ NICOLÁS V. GRECO, *Origine des tumeurs (étiologie du cancer, etc.) et observations de mycoses (blastomycoses, etc.) argentines*. Un tomo de 853 páginas, 492 figuras entre fotografías y microfotografías y 29 láminas en colores; Buenos Aires, 1916.

En el caso presente, las preparaciones directas nos han resultado todavía más instructivas debido a su proveniencia del líquido y no del tejido de biopsia como en el enfermo de la obra señalada, en que la disgregación del tejido complica algo más el examen y la interpretación.

El examen del líquido extraído por punción, depositado sobre

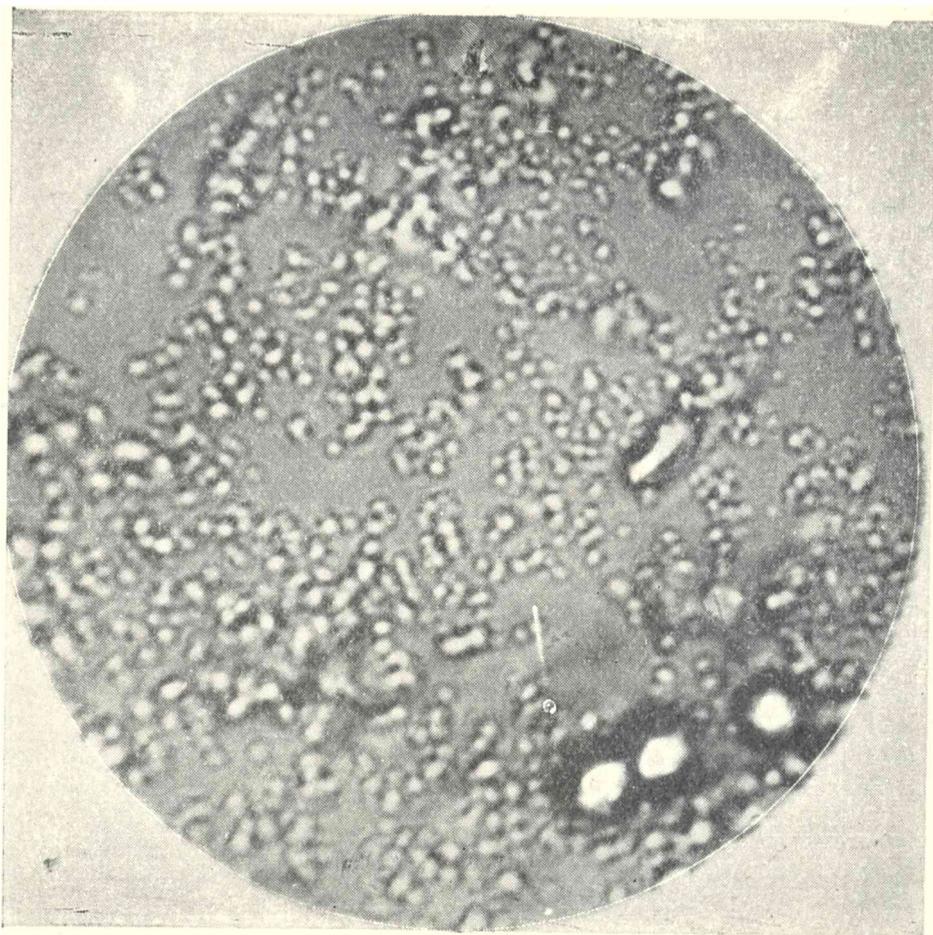


Fig. 5. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Examen directo del líquido de punción tratado por KOH cáustica. Pequeños corpúsculos del hongo (1500 diámetros).

portaobjeto y fijado después de seco al calor suave o con alcohol y empleando coloraciones diversas ⁽¹⁾, nos han dado buen resultado las hechas con hematoxilina acética y eosina, o hematoxilina acética, azul Victoria y violeta de rosanilina (coloración de Morel y Dulaus) o con hematoxilina acética, azul policromo de Unna y Sudan III. Conviene hacer siempre varias coloraciones

⁽¹⁾ Ver nuestro artículo: *Generalidades sobre hongos y levaduras en la Microbiología*, publicado bajo la dirección del profesor doctor R. Kraus, un tomo, página 366, 1917.

ciones. La comprobación de formas micósicas depende de la cantidad que de ellas puede haber en el líquido patológico fijado y de las coloraciones. Ustedes podrán observar en las microfotografías figuras 6, 7, 8, 9 y 10 los aspectos de las formas micósicas que coinciden en tamaño y aspecto con las examinadas con solución de K O H cáustica.

En la figura 6 se notan dos elementos con tres a cinco anillos

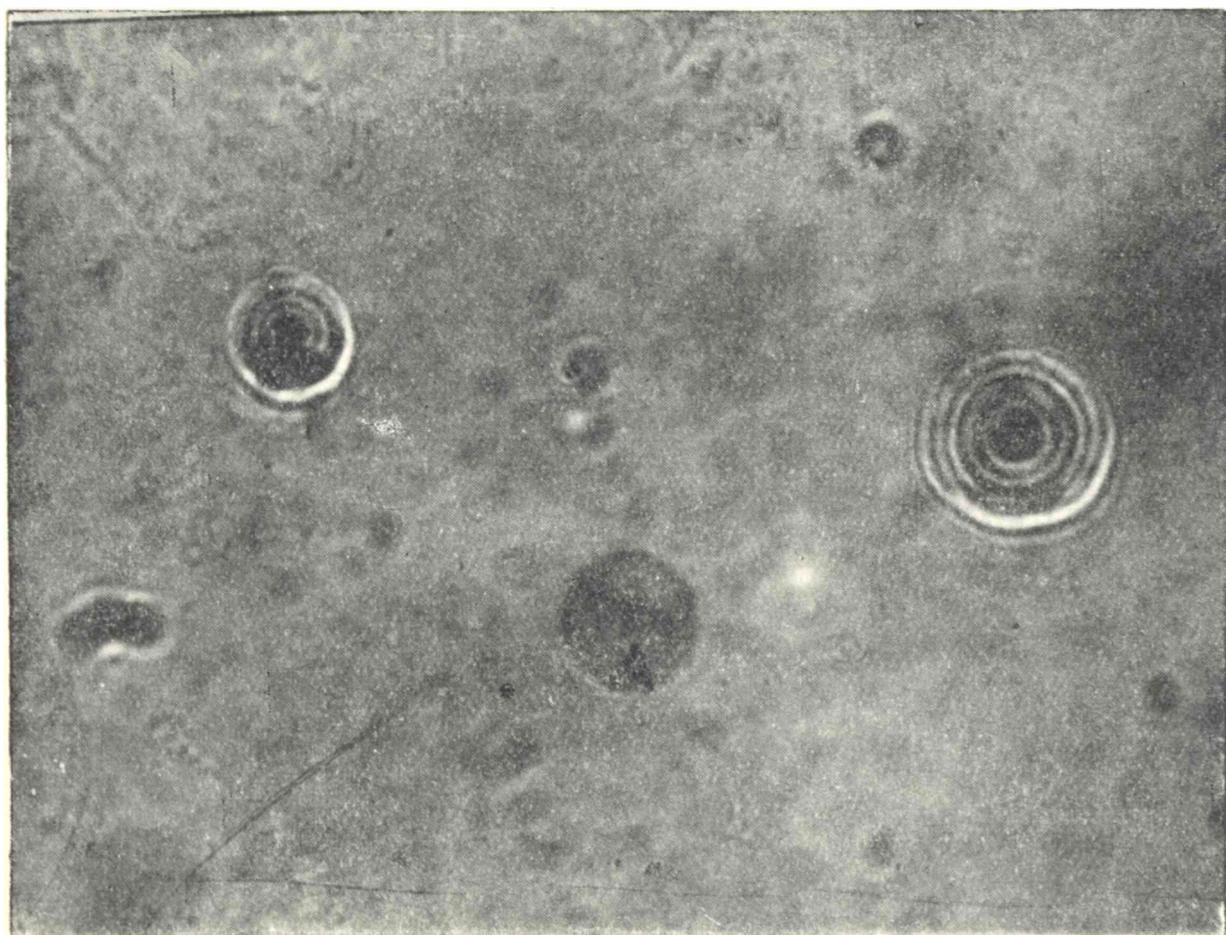
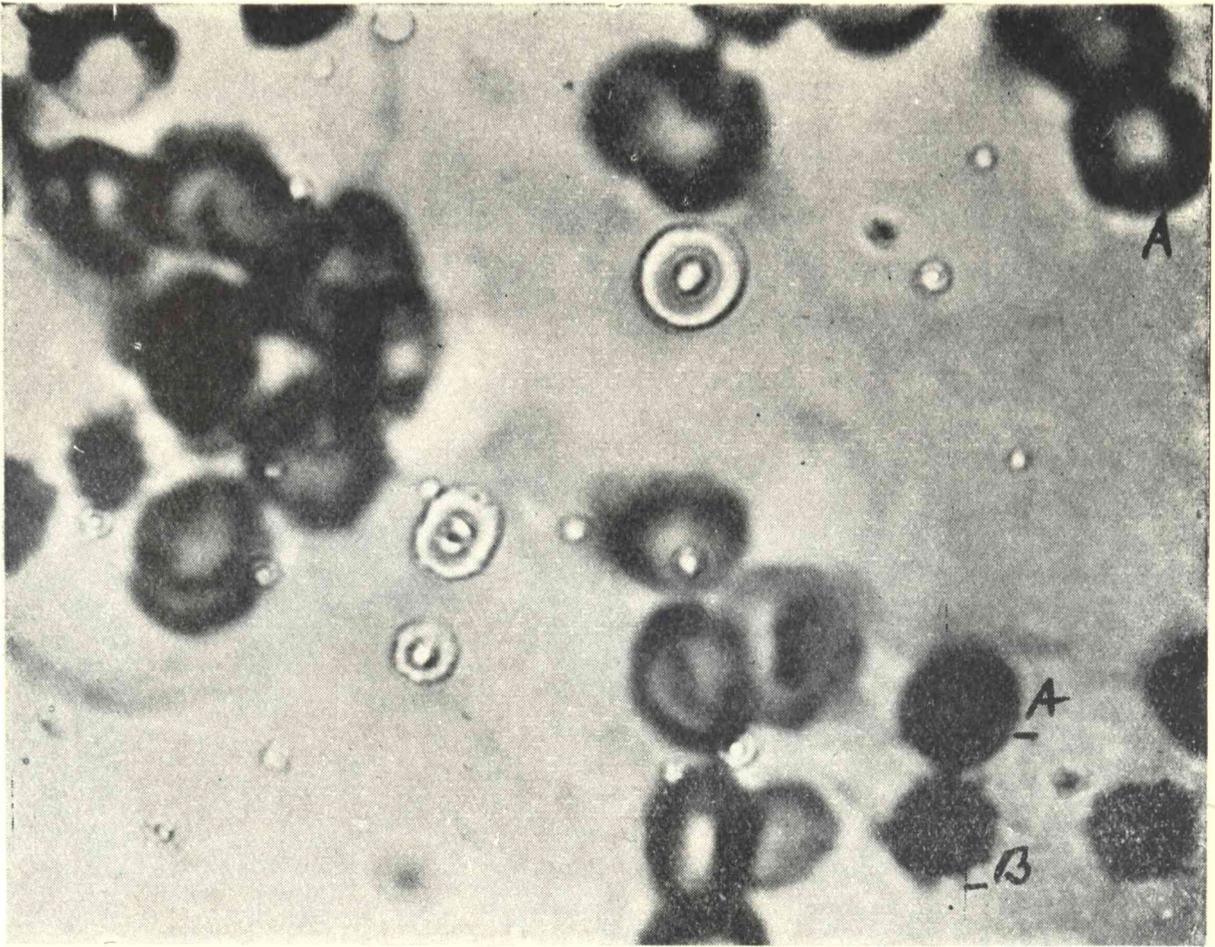


Fig. 6. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Corpúsculos del hongo presentando anillos concéntricos (1500 diámetros). A, glóbulo rojo

concéntricos oscuros alternando con anillos claros casi como una caparazón de ostra y en el centro un corpúsculo oscuro. Las dimensiones, pueden observarse, son de unos 8 a 12 micrones, comparación que puede hacerse con un glóbulo rojo de coloración pálida presente en la preparación. Hay además otros dos corpúsculos la cuarta parte más pequeños.

En la figura 7 se notan : un corpúsculo casi tan grande como un glóbulo rojo, igualmente con anillos concéntricos ; otro de los corpúsculos en división, lo que se ve mejor en la figura 10, y



7. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Corpúsculos varios del hongo; se ve uno en división (1650 diámetros). A, glóbulo rojo; B, linfócilo

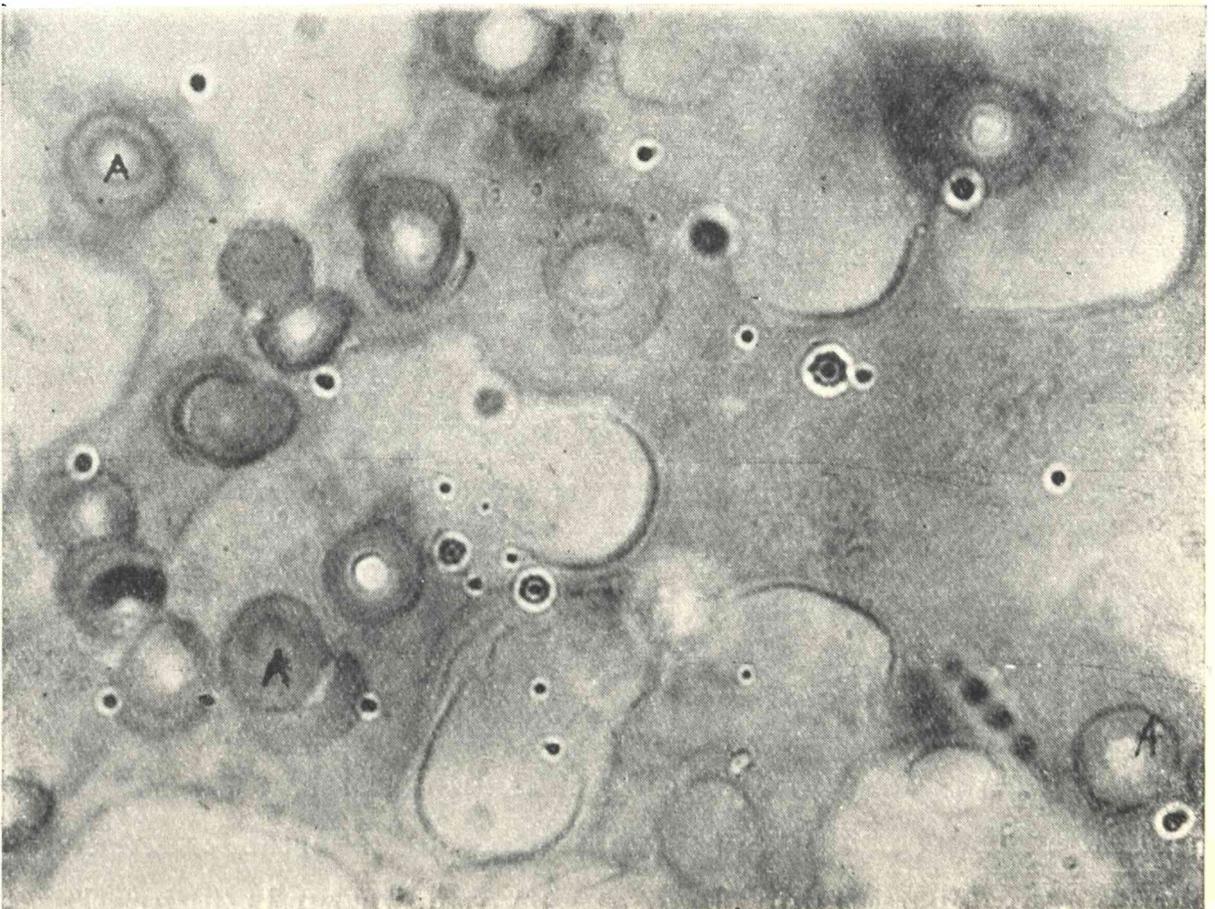


Fig. 8. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Corpúsculos varios del hongo; se ve una cadena de conidios (1200 diámetros). A, glóbulos rojos

otras formas corpusculares más pequeñas. Obsérvese que, de acuerdo con el foco, la parte clara del centro de los corpúsculos es la obscura en otras preparaciones. En la figura 6 se ve también la forma corpuscular obscura en el centro de cada elemento con un anillo claro refringente a su alrededor. En esta figura 8 se observan corpusculitos de un micrón o poco menos y además

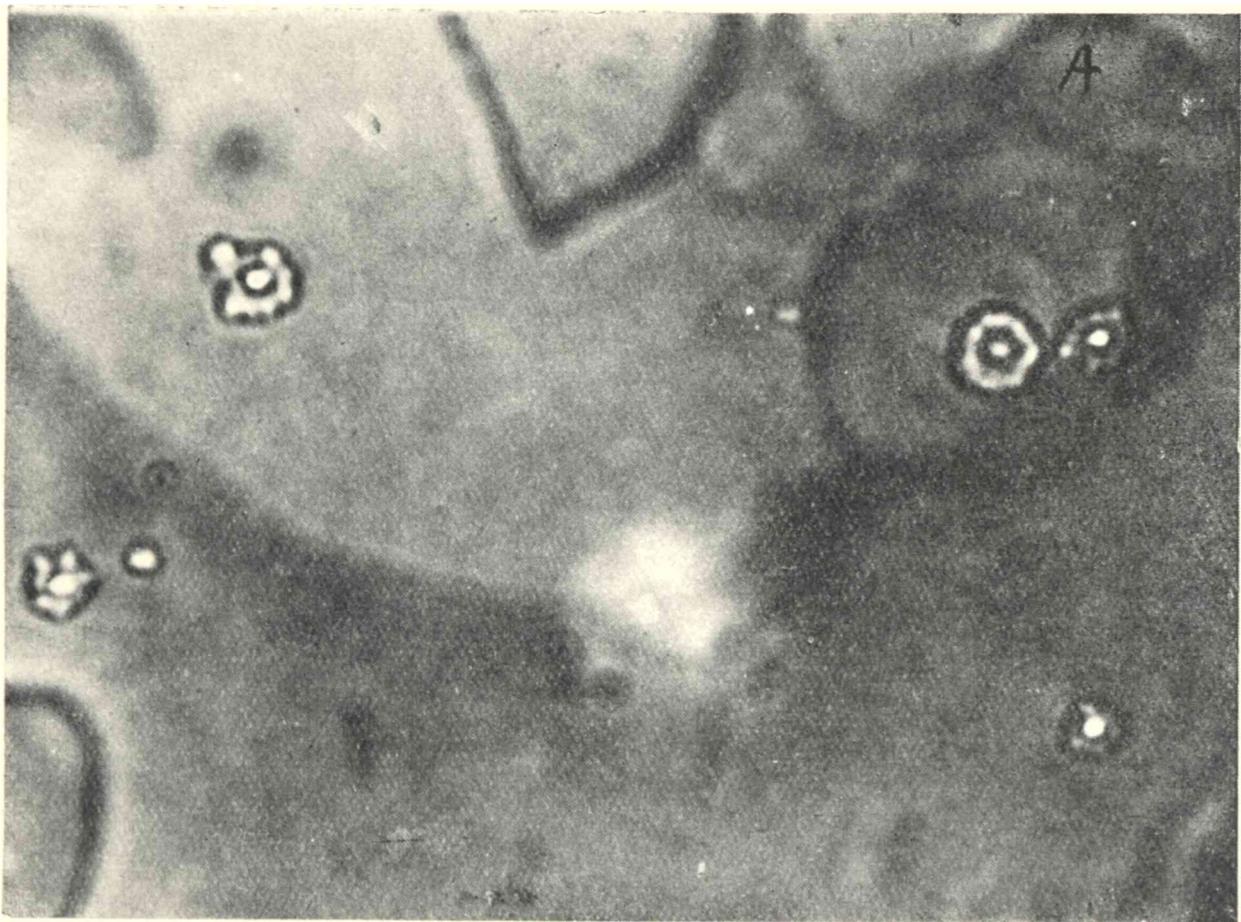


Fig. 9. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Corpúsculo del hongo con corpusculitos en su interior (2600 diámetros). A, glóbulos rojos

una cadena de 4 conidios (?) como de un filamento en división. En la figura 9 se tienen también elementos en cuyo interior se ven corpúsculos más pequeños, como con tendencia a salir del elemento.

Los *cultivos* en agar glucosado-glicerinado, agar peptogluco-sado de Pollacci y en caldo no han dado resultados hasta ahora y se han repetido.

Con el líquido extraído del enfermo, se han hecho *inoculaciones* al conejo. Los resultados hasta ahora son negativos.

También hemos hecho la biopsia de un nódulo lenticular

todavía indurado a la altura del tercio inferior del muslo izquierdo. Los *preparados histológicos* muestran una epidermis algo adelgazada, con sus capas conservadas. En el dermis, las papilas se ven algo deformadas por el infiltrado celular y un ligero edema intersticial que toma también el dermis. El infiltrado algo compacto en el dermis superficial, se extiende más

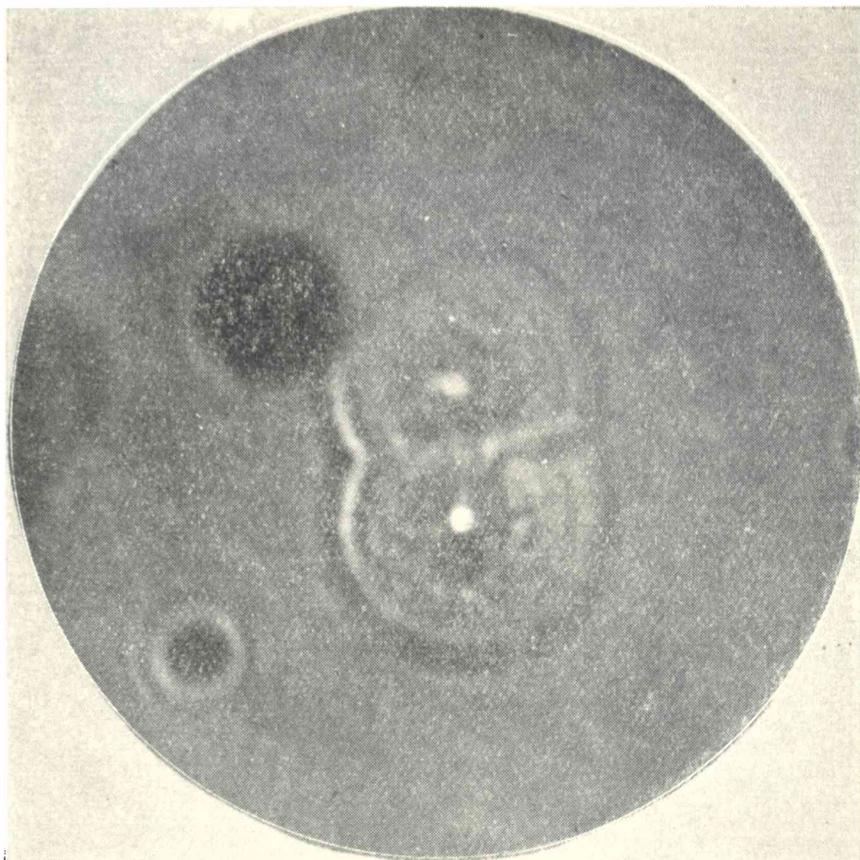


Fig. 10. — Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi.
Corpúsculo del hongo en división (1900 diámetros)

abajo siguiendo el trayecto de los vasos, o rodea a éstos, o bien ocupa en algunos puntos la luz de los mismos (figs. 11 y 12).

Algunos vasos pequeños muestran sangre en su interior. El infiltrado perivasal presenta células conjuntivas algo alargadas, también células plasmáticas, linfocitos y células de apariencia endotelial. En algunas partes el infiltrado papilar y subpapilar es más denso o predominan células linfoconjuntivas. El tejido conjuntivo dérmico muestra manojos fibrosos disociados dejando espacios intersticiales que seguramente han sido ocupados por líquido. En el infiltrado se notan corpúsculos muy pequeños, de



Fig. 11. --- Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi. Vista de conjunto de un corte histológico de un nódulo



Fig. 12. — Sarcoma múltiple idiopático de Kaposi. Porción A-B, de la figura 11, aumentada de volumen, que revela la estructura de una parte del nódulo (infiltrado y formaciones vasculares) (85 diámetros)

1 micrón, birrefringentes, al lado de otros, dos, tres o cuatro veces mayores de aspecto, algunos redondeados, otros más o menos irregulares, de color amarillento pardusco y que harían pensar en granulaciones pigmentarias. Se encuentran conglomerados o dispuestos linealmente (figs. 13 y 14). No excluimos que estas formaciones corpusculares sean realmente las formas

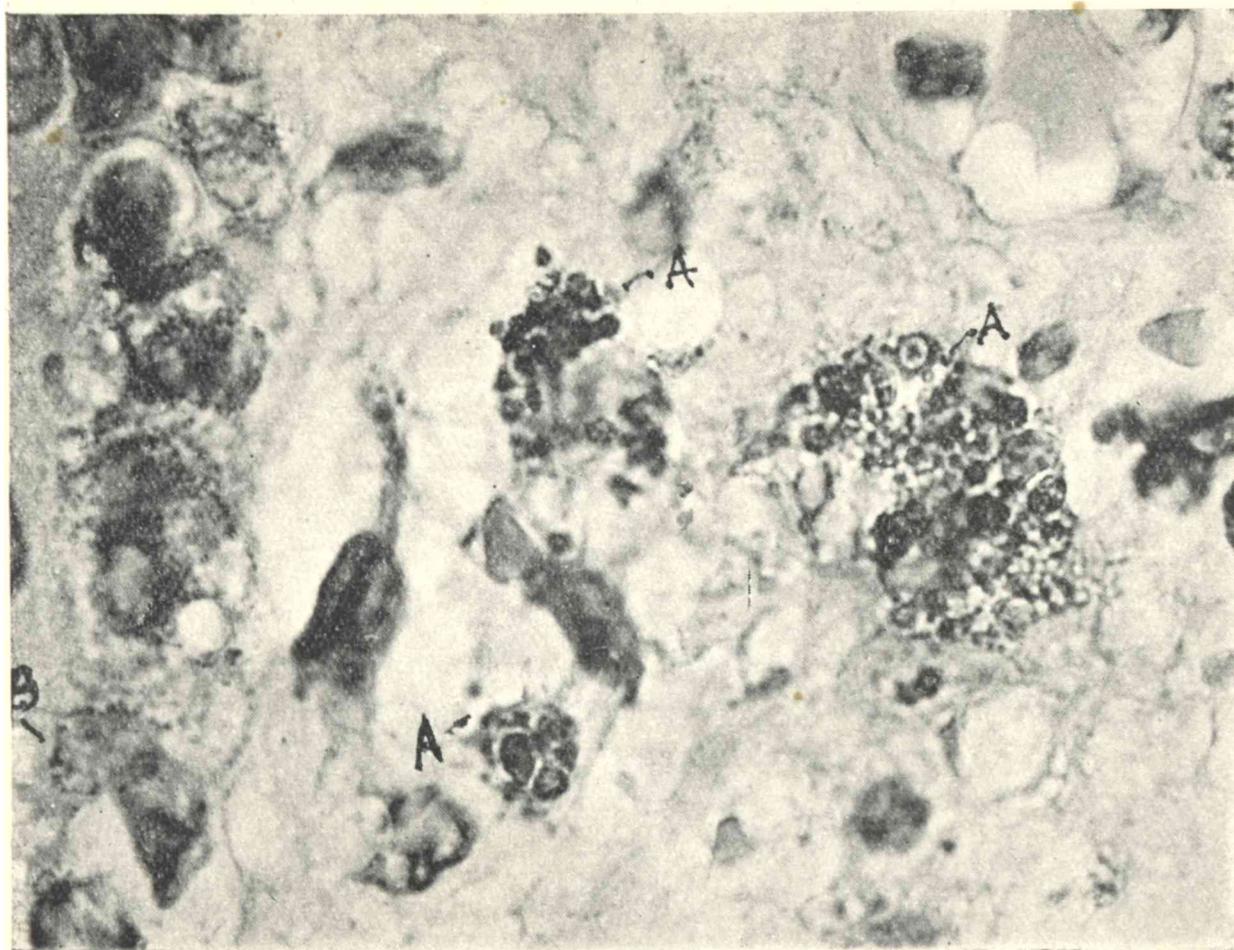


Fig. 13. — Sarcoma múltiple idiopático de Kaposi. Corpúsculos agrupados del hongo: (A) se ven pequeñísimos corpúsculos parásitos de células del tejido; (B) corte histológico de las figuras 11 y 12.

parasitarias micósicas antes descritas en el líquido extraído de los nódulos más o menos alteradas, sea por las manipulaciones histológicas, sea por las propiedades del mismo hongo en contacto con los tejidos. En el caso ya citado descrito en nuestra obra sobre tumores y micosis, también los hemos hecho notar. Los elementos micósicos observados en las preparaciones directas del líquido no los hemos visto en los preparados histológicos examinados.

De los casos varios de *Sarcoma idiopático múltiple de Kaposi*

llegados a nuestra observación por circunstancias diversas, solamente en dos hemos estudiado e investigado su etiología infecciosa, parasitaria o microbiana.

En los dos casos estudiados en un lapso de más de 20 años, como extraña coincidencia hemos encontrado un hongo fácil de ver con examen en KOH cáustica y con coloración de preparados directos. El aspecto del hongo en ambos casos es análogo,

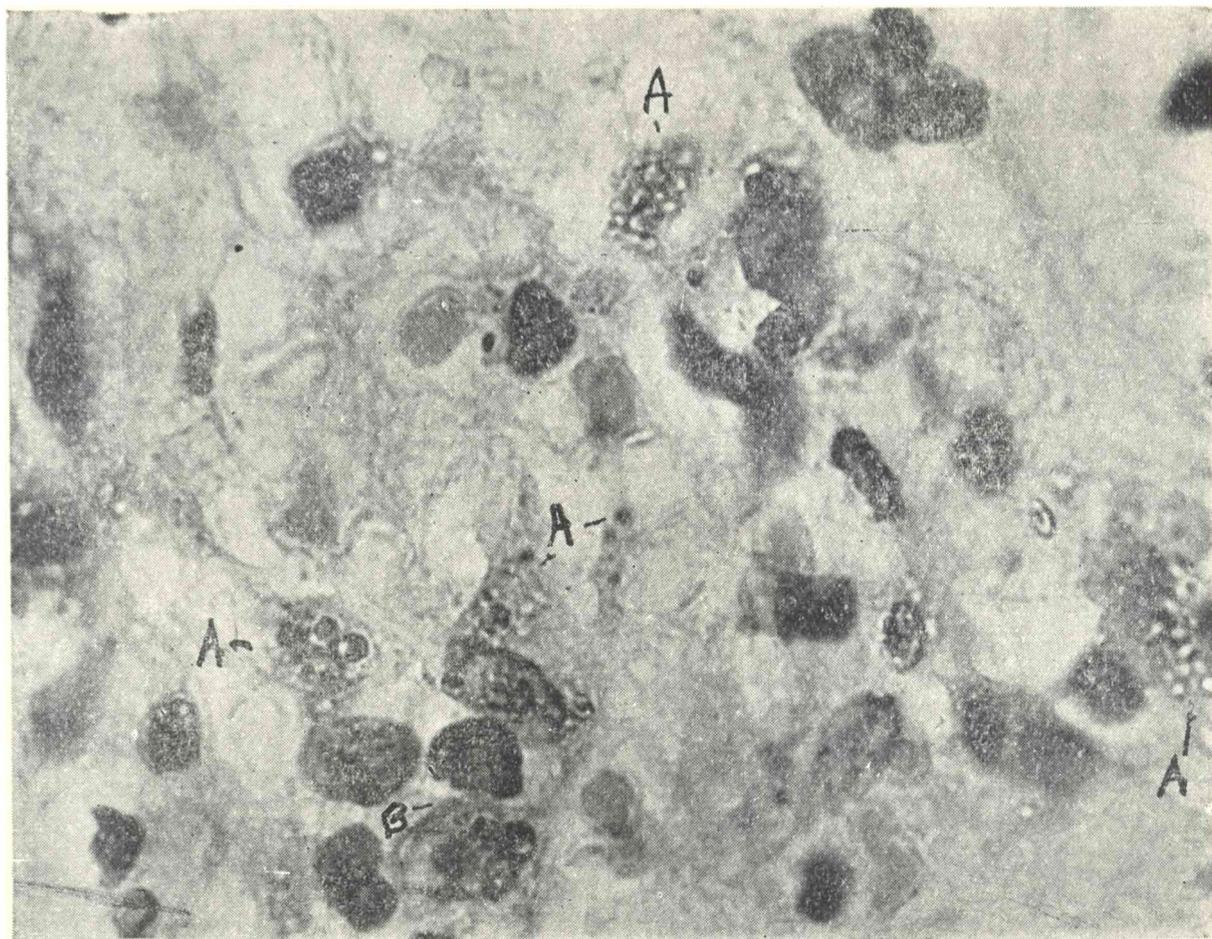


Fig. 14. — Sarcoma múltiple idiopático de Kaposi. Corpúsculos agrupados del hongo (A y B) cortes histológicos de las figuras 11 y 12 (1500 diámetros)

de cuya analogía el caso actual, confirmando la observación anterior, nos indicaría que *este hongo es verosímilmente la causa de la enfermedad (sarcomatosis) de Kaposi, que sería así una enfermedad infecciosa.*

Una clasificación del hongo sin haber obtenido todavía cultivos sería prematura y debe dejarse en suspenso. Sin embargo, como decíamos en el primer caso estudiado, morfológicamente debía encuadrarse en las gymnoásceas y tal vez pertenecería al género *aspergillus*. En el caso presente, objeto de esta comu-

nicación, morfológicamente podría pensarse también en un *cryptococcus*, pero entiendo que toda clasificación debe dejarse en suspenso hasta obtener cultivos.

Han pensado en el carácter infeccioso de la enfermedad de Kaposi, diversos investigadores. Reale, inoculando un conejo y Justus, lauchas (1910), dicen haber obtenido resultados positivos.

Obtuvieron resultados negativos en el conejo, Sabella con inoculación intracorneal y en la cámara anterior del ojo y en el tejido celular subcutáneo, Dalla Favera en conejos y cobayos, Paolini en el conejo, Anderson y Way y después Vigne en el gallo, G. Santori en la cámara anterior del ojo ⁽¹⁾, Hued-Horowitz-Depont en pollos ⁽²⁾.

Nosotros en el conejo, por vía subcutánea, obtuvimos en el primer caso estudiado (1916) en quince días un nódulo del volumen de un garbanzo que persistió durante dos meses y después se reabsorbió.

Según Santori, han obtenido en cuanto a investigaciones bacteriológicas resultados negativos, Bernard, Alderson y Way y otros.

En esta comunicación hemos referido la investigación en nuestros dos casos que siendo coincidente, nos conduce a ubicar al sarcoma idiopático múltiple de Kaposi, entre las Micosis. P. Pitotti (ya citado), de la Clínica del profesor Fontana, en Turín, ha tenido la deferencia, y tal vez la intuición, de dar importancia a nuestra primera observación y la cita por la comprobación etiológica del hongo que allí describimos.

Podría explicarse así el comienzo a veces con simples edemas, la evolución crónica y la extensión paulatina del proceso. Además daríase razón también del motivo por qué se reblandecen los nódulos por destrucción parcial de los tejidos debidos a los fermentos del hongo, y la explicación nos es sugerida por

(¹) G. SANTORI, *loc. cit.*

(²) P. PITOTTI, *loc. cit.*

la lisis parcial que poco a poco hemos notado en el coágulo formado en los tubos de ensayo donde depositamos el líquido extraído por punción de nódulos blandos del enfermo y de las preparaciones microscópicas directas en fresco que tienden a homogeneizarse debajo del cubreobjeto después de 24 horas.

Dijimos antes que las variantes notadas en los exámenes de cortes microscópicos quedan explicadas por el carácter que el germen productor infiere a los tejidos.

En la observación que presentamos, débese notar otro hecho interesante que resalta al leer los antecedentes familiares del enfermo y es que en cuatro miembros de la misma familia se ha producido dicha enfermedad, con un intervalo de diez años entre la muerte del primer enfermo y el segundo y un intervalo de un año entre la muerte del segundo enfermo y la infección del tercer hermano y del sobrino. Estos intervalos serían los períodos de incubación que podría haber para la enfermedad de Kaposi, admitiendo el contagio familiar que es tal vez el más fácil de comprobar.

Se trata de un hecho de observación hasta ahora excepcional y tal ha sido el motivo de esta publicación, además de haber comprobado las formas parasitarias micósicas ya descriptas. Ambos hechos de observación corroboran la naturaleza no solamente infecciosa, sino también *infectocontagiosa* del llamado *Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi*.

En la literatura hemos encontrado la observación hecha por F. Radaeli ⁽¹⁾ sobre la coincidencia de la enfermedad en dos hermanos, pero dicho autor no cree que por ello deba pensarse en la naturaleza infecciosa de la misma, porque los dos hermanos solamente han convivido juntos por poco tiempo, muchos años antes que en el mayor de ellos se desarrollara la enfermedad. Este hermano, cocinero, de 57 años de edad, tenía en 1909

(1) F. RADAELI, *Nuovo contributo alla conoscenza dell'angioendotelioma cutanea (Sarcoma idiopatico multiplo) di Kaposi*, en *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, página 223, 1909.

ya nueve años de enfermedad. El otro hermano, de 43 años de edad y menor 13 años que el primero, se enfermó en 1907. Si bien ambos hermanos no vivían juntos, es de suponer que se visitaran o se intercambiaran cartas u objetos, de manera que no es posible negar un contagio directo o indirecto.

En los cuatro casos que se refieren a nuestra observación, el contagio puede ser directo e indirecto (es difícil establecerlo), pero de todos modos, ello induciría a afirmar que la Sarcomatosis de Kaposi sería transmisible por acción directa e indirecta, admitido su carácter infeccioso.

Naturalmente, en la sarcomatosis familiar podría objetarse que se trata de terreno predispuesto, pero esto es una simple manera de decir, que no explica nada.

Hacemos notar que en la observación que hemos presentado de enfermedad de Kaposi, en la familia han enfermado solamente varones y no las mujeres, frecuencia ya comprobada por los distintos observadores. Tampoco respeta edades, pues al enfermarse V. L. tenía 28 años, D. L. 59 años, C. L. 58 años (el caso de nuestra observación) y V. L. (hijo) a los 32 años.

Considerada infecciosa la enfermedad, se explicaría que el medio orgánico femenino se defiende mejor del germen infeccioso y lo destruya, aun cuando esto no es absoluto. En una estadística levantada por P. Pitotti (*loc. cit.*), sobre 120 observaciones de diversos autores ha encontrado solamente 8 mujeres con Sarcomatosis de Kaposi y los demás 112 casos son hombres y la edad de los enfermos ha oscilado entre 10 y 90 años de edad. De lo expuesto damos algunas conclusiones, derivadas de la observación que presentamos.

CONCLUSIONES

- 1ª El Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi sería una micosis;
- 2ª Es además una enfermedad infectocontagiosa transmissi-

ble por contagio directo e indirecto, y por consiguiente, deben aconsejarse medidas profilácticas propias a las infecciones comunes ;

3ª Tiene evidentemente un período de incubación que debemos calcular entre un máximo conocido de diez años y un mínimo conocido de un año ;

4ª El hombre presenta un terreno orgánico que facilita enormemente más la infección que en la mujer.

ABSTRACT

Clinic-etiological elements of a case of the disease (Sarcomatosis) of Kaposi, by Dr. Nicolás V. Greco, Titular Professor of Dermato-Siphilology, La Plata National University Medical School.

The author founds the following conclusions :

1st The haemorrhagic multiple idiopathic sarcoma of Kaposi would be a mycosis.

2nd It is, besides, a infectious and contagious disease, transmittable by direct and indirect contagion, and therefore the proper prophylactic measures y the common infections diseases should be advised.

3rd It has, evidently an incubation period which must be calculated between a known maximum of 10 years and a known minimum of 1 year.

4th The man presents an organic ground which enormously facilitates the infectious more than in woman.