

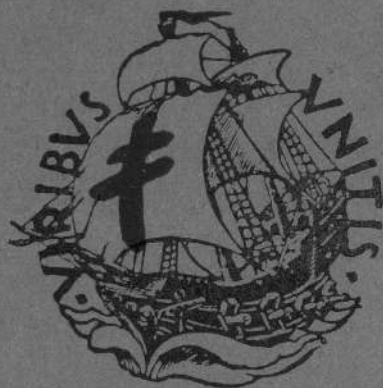


411-

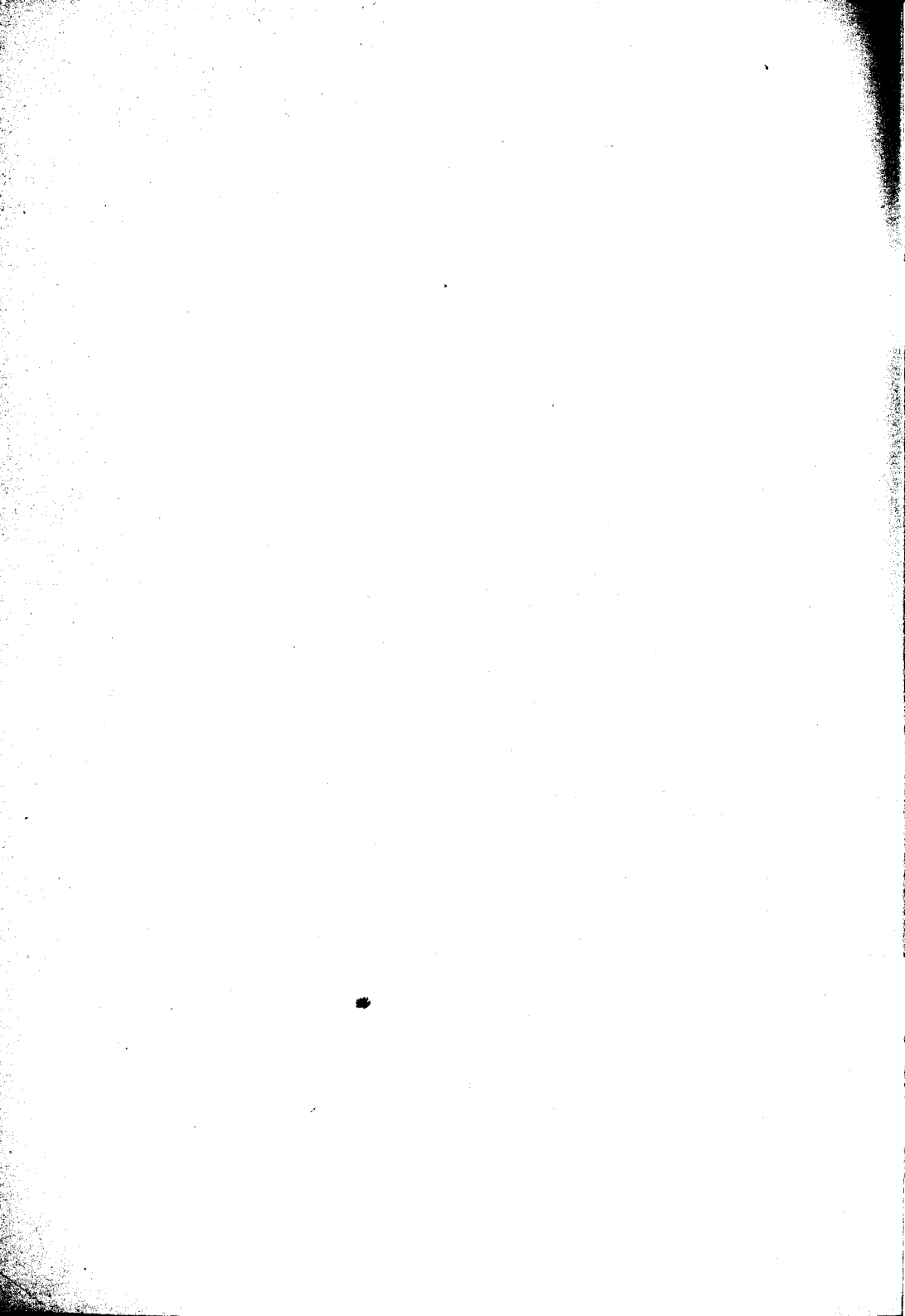
Dott. G. B. PECORARO

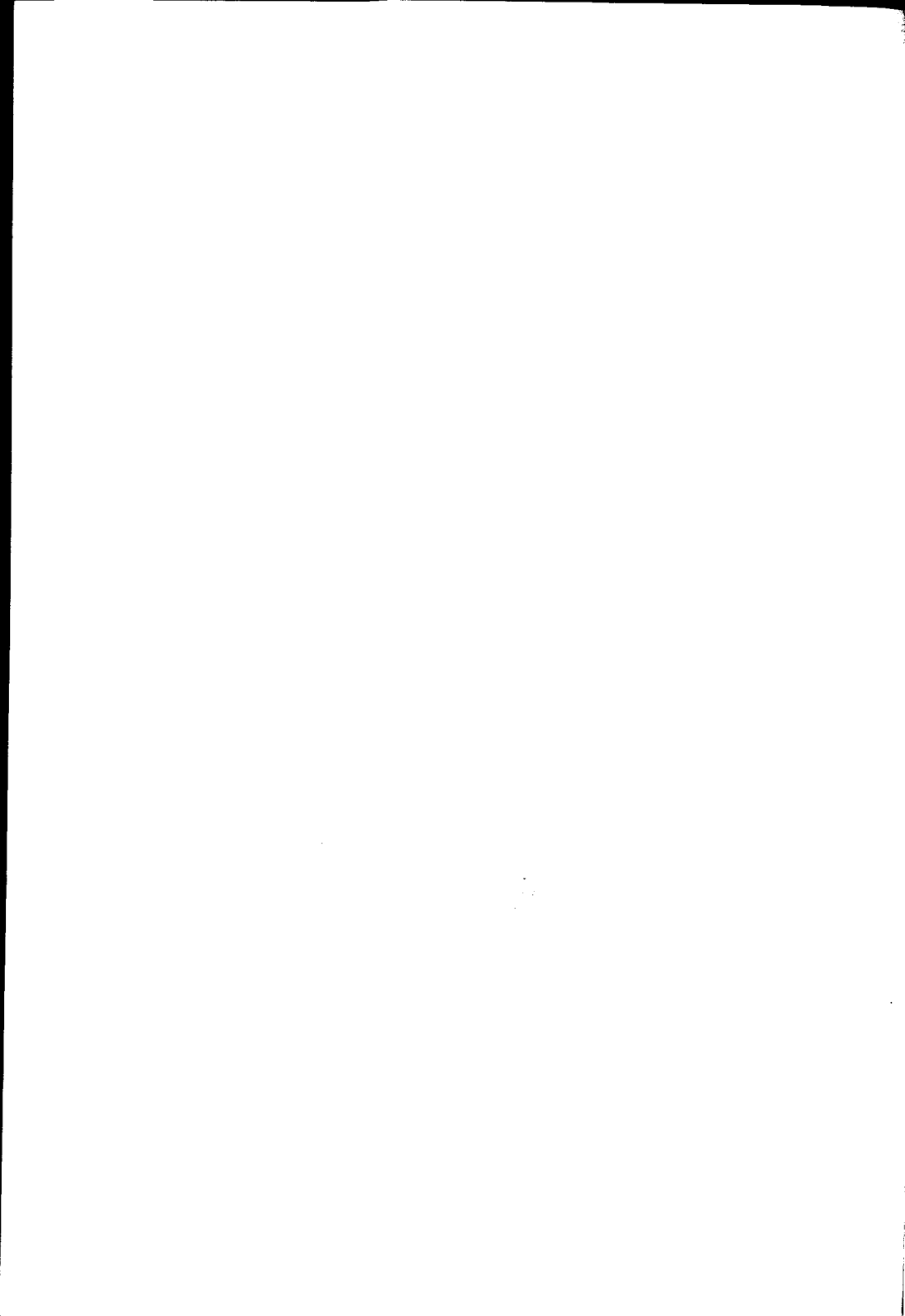
Un caso di osteite del grande trocantere

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VI, n. 8, agosto 1935-XIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA", - ROMA





Dott. G. B. PECORARO

Un caso di osteite del grande trocantere

Estratto dalla Rivista "Lotta contro la tubercolosi", - Anno VI, n. 8, agosto 1935-XIII



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA", - ROMA

Un caso di osteite del grande trocantere

L'osteite del gran trocantere è di antica conoscenza e sino a qualche tempo fa veniva considerata come una lesione para-articolare; oggi è ritenuta come una malattia a sé, che si localizza in una grande apofisi.

La infezione tuberculare, la sifilide e i comuni piogeni rappresentano le cause più frequenti; tra tutte la prima per via ematica o per contiguità.

Anatomicamente si riscontra una marcata decalcificazione e istologicamente si riscontrano vari ammassi di tubercoli che usurando man mano le trabecole ossee ad un certo stadio vengono a costituire un unico focolaio che può invadere la corticale e si estrinseca — evoluzione frequente vuoi verso la calcificazione, meno verso la fibrosi — all'esterno della coscia tra il tensore della fascia lata e il vasto laterale, o posteriormente tra i glutei.

La malattia si inizia con dolore piuttosto modico, nella regione trocanterica, al quale segue qualche disturbo nella deambulazione. La diagnosi viene, soprattutto, basata sul reperto radiografico e sui segni clinici menzionati. E' difficile che la lesione, di natura specifica, si estenda alla vicina articolazione coxo-femorale, mentre è relativamente frequente nelle forme piogeniche, le quali hanno manifestazioni cliniche speciali, a carattere acuto ed invadente.

La cura è eminentemente chirurgica, senza per questo trascurare la elioterapia e le cure iodiche, e consiste nella resezione ampia del segmento osseo malato.

CASO CLINICO

P. VINCENZA, di anni 55. — Padre morto a 78 anni per polmonite; madre morta a 80 anni per malattia ignota alla p.; 5 fratelli viventi e sani.

Nata a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno, normali i primi atti fisiologici. Menstruazioni a 12 anni, regolari per ritmo e quantità sino a 19 anni, epoca in cui cessarono per la durata di 2 mesi — a detta della p. — in seguito ad un bagno freddo; dopo tale interruzione le mestruazioni si succedettero regolarmente.

A 35 anni prese il velo monastico: sin dall'inizio della clausura — svoltasi in ambiente umidissimo, oscuro, senz'aria e senza sole — ha sofferto di reumatismo articolare, curato con successo con preparati salicilici.

A 38 anni, in seguito ad una iniezione ipodermica nella regione glutea sinistra, l'ago si ruppe rimanendone un tratto dentro: all'inizio ebbe qualche dolore — esacerbantesi con i movimenti dell'arto sinistro — in seguito ogni disturbo locale scomparve, tanto che il sanitario curante non credette opportuno procedere all'estrazione dell'ago incapsulato.

A 40 anni la p. notò un gonfiore alla regione latero esterna, in corrispondenza del 3° superiore della coscia destra: la p. non sa dire quale sintomatologia presentasse, riferisce solo una certa limitazione dei movimenti dell'arto e l'impossibilità a stare seduta. Visitata da un sanitario, le furono praticate due aspirazioni di liquido — di natura ignota — mediante infusione di un tre quarti. A distanza

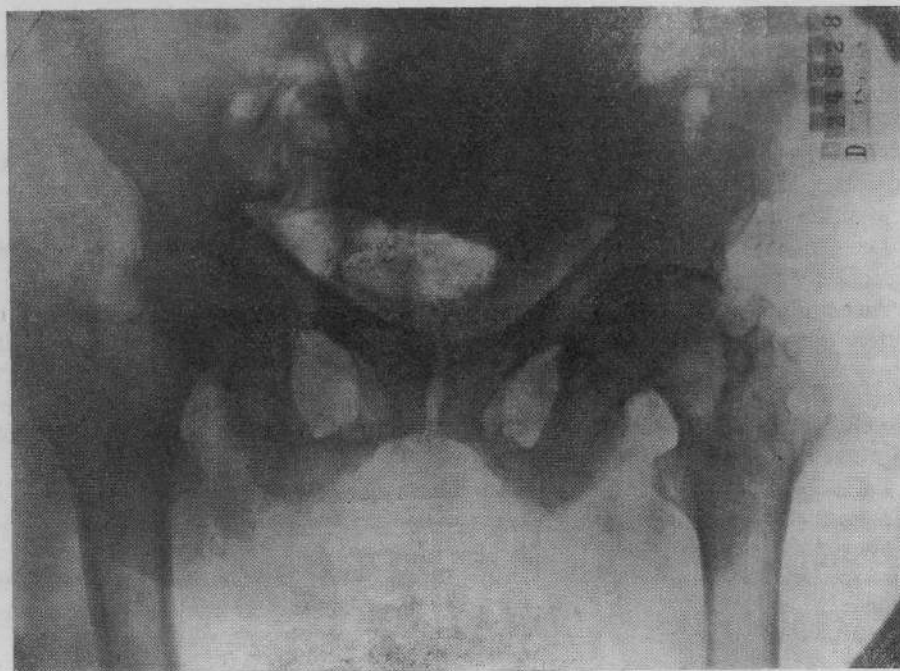
di 2 anni nella stessa zona si è estrinsecata una fistola — tuttora esistente — dalla quale fuoriesce liquido tenue, puriforme.

Poco tempo dopo nella p. si manifestò una forma maniaca, per la quale fu ricoverata nell'Ospedale di S. Maria della Pietà a Monte Mario in Roma, ove stette degente circa un anno e mezzo.

Dimessa di là ritornò al monastero; ma, continuando i dolori all'arto colpito, fu inviata all'Ospedale S. Giovanni in Roma, donde il 10 giugno 1935 venne trasferita nel reparto chirurgico dell'Ospedale sanatoriale di Porta Furba in Roma.

Esame obiettivo generale. — Stato generale buono, costituzione brachitipa, apirettica, cute brunorosea, tessuto sottocutaneo sviluppato, muscolatura leggermente ipotonica: assenza di ingorghi ghiandolari.

Esame obiettivo del torace. — Forma cilindro-conica, fosse sopra e sotto claveari poco evidenti, angolo del Louis lievemente marcato, scapole aderenti, angolo epigastrico retto, tipo respiratorio costo-



addominale. Dolorabilità assente, fremito vocale tattile normale su tutto l'ambito polmonare. Alla percussione suono chiaro polmonare su tutto l'ambito; apici destro e sinistro alla prominente, larghi 4 centimetri e mezzo; basi alla decima v. d., mobili circa tre dita. All'ascoltazione si apprezza murmure vescicolare normale, senza rumori aggiunti.

Esame dell'apparato circolatorio. — Cuore ingrandito nel suo diametro trasverso, irto al quinto spazio intercostale all'esterno dell'emiclaveare, toni deboli: polso ritmico, pieno, di media pressione.

Esame dell'apparato digerente. — Normale.

Fegato e milza. — Nei limiti.

Sistema nervoso. — Pupille isocoriche, ben reagenti alla luce ed alla accomodazione, riflessi normali.

Esame obiettivo della coscia. — Al terzo superiore della coscia destra si nota una zona pigmentata e nel centro di questa una cicatrice stellata con un punto ricoperto da bottoni carnosì, pallidi, sanguinanti, attraverso il quale si penetra con lo specillo in un dotto, quasi rettilineo, che si arresta contro una superficie dura, scabrosa in alcuni punti, in altri contro una superficie molle-elastica facilmente sanguinante. La coscia destra presenta una lieve ipotrofia rispetto a quella di sinistra; non si palpano glandole ingrossate, nè i movimenti — sia attivi che passivi — sono alterati: l'articolazione coxo-femorale compie regolarmente e senza sofferenze per la p. tutti i suoi movimenti.

Esami di laboratorio:

Espettorato. — Non espettorata.

Urine. — Albumina e zucchero assenti.

Sangue. — R. W. negativa.

55577

~~312522~~

