

Mic B78/44-

56
46

Dott. FILIPPO VECCHIONE

Cisti ossea omerale guarita perfettamente in seguito a frattura

Estratto da «CLINICA NUOVA»

Dicembre 1946 A. II - N. 12

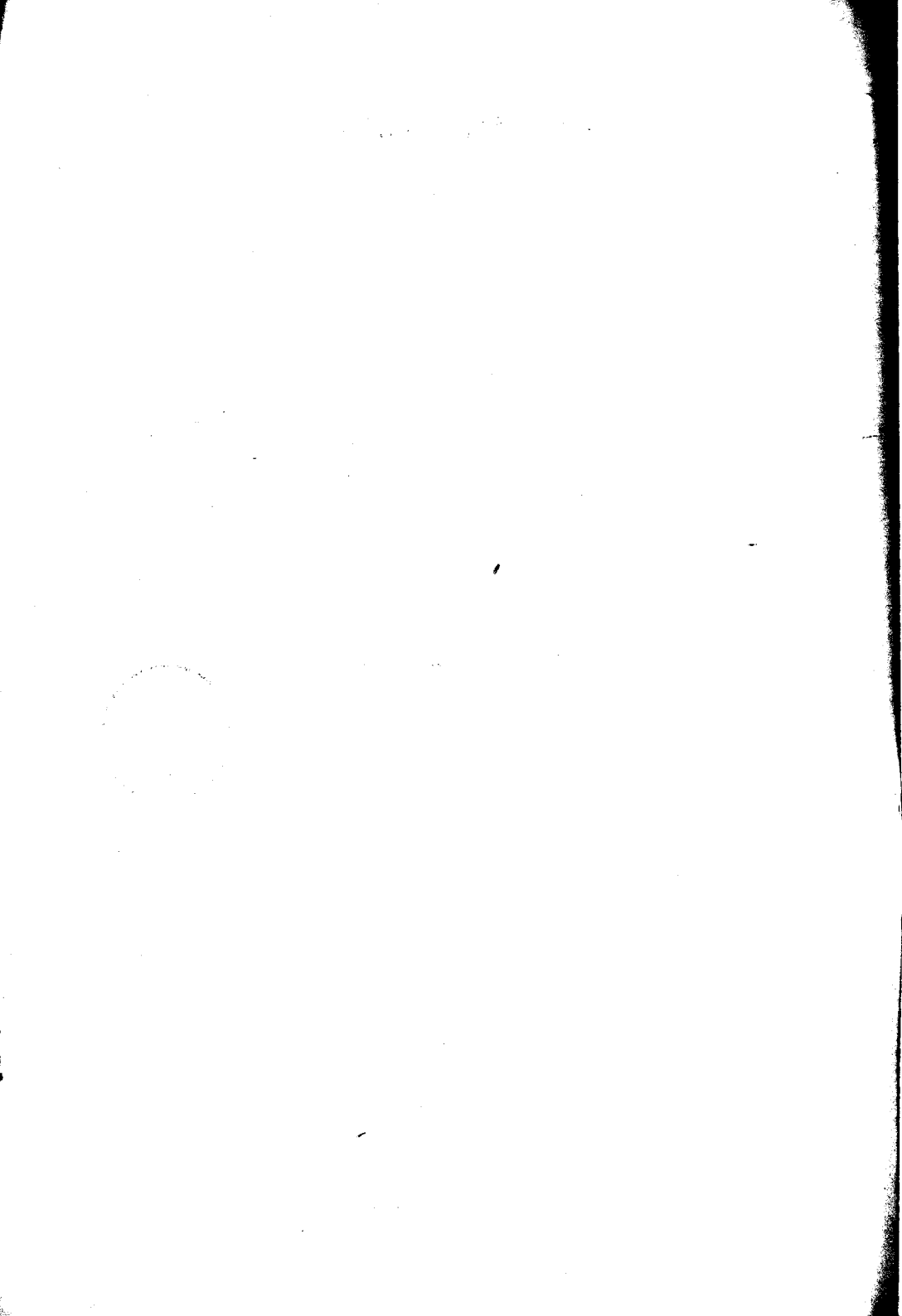


«CLINICA NUOVA»

RASSEGNA DEL PROGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE

ROMA - VIALE XXI APRILE, 13 - TEL. 82458



Che le cisti ossee giovanili, specialmente se complicate da frattura, possano guarire senza intervento chirurgico è un fatto noto. Putti fin dal 1912, a proposito dell'osservazione di due casi analoghi, poneva il quesito se fosse sempre necessaria una cura chirurgica radicale delle cisti ossee. Il Perez faceva identiche considerazioni. Il Forni riferisce di 4 malati, non operati, di cisti (di cui tre complicate da frattura). Di queste ultime, due possono ritenersi clinicamente guarite, rispettivamente a distanza di 5 e di 7 anni dalla frattura. Radiograficamente, però, per ambedue i casi e particolarmente per il secondo, la riparazione ossea all'indagine radiografica si appalesa incompleta. Evidentemente, constatazioni del genere hanno indotto taluni Autori, come il Konjetzny a ritenere necessaria, sull'esperienza di 26 casi, la cura cruenta perchè i malati che non furono operati ritornarono a lui con nuove fratture e recidiva della cisti. Così il Giupponi è favorevole all'intervento sulla constatazione fatta che i più gravi accorciamenti e deformità furono osservati nelle cisti non operate. Altri Autori, come Sabrazès, Jeanneney e Mathey-Cornat, sono ancora più intransigenti ed espliciti. Secondo loro val meglio non contare sulla guarigione spontanea delle cisti, anche dopo frattura ed operarle. Ombrédanne, nel suo classico trattato di chirurgia infantile, dichiara di non aver mai osservato la spontanea sparizione delle cisti, ma dà per certo che dopo una frattura sopraggiunta a livello del focolaio rarefatto, la consolidazione si produce assai rapidamente, inoltre le cavità possono diminuire sia di numero che di grandezza ed anche sparire («effetto curativo delle fratture»). A proposito del trattamento, però, non prende neppure in considerazione una fase aspettante e indica senz'altro intervento chirurgico. Il Fèvre afferma che la consolidazione della frattura può portare alla invasione di osso nella cavità cistica ed alla guarigione, ma questo fatto è certamente meno frequente di quanto si dica.

Gerundini riporta, insieme ad altri quattro casi operati, un caso di frattura in cisti ossea metafisaria dell'omero guarito senza intervento e controllato dopo 10 anni.

Nella seguente osservazione personale, in base alle direttive della terapia oggi dominante, rilevammo nella grandezza della cisti e nella complicità della frattura una precisa indicazione all'intervento chirurgico. Proponemmo perciò di praticare un trapianto autoplastico massivo di stecca tibiale, ma la proposta venne respinta dai famigliari. Ci limitammo quindi al trattamento ortopedico, profetizzando che il paziente prima o poi sarebbe stato ricondotto con un'altra frattura in sede della cisti e questa volta, probabilmente, con animo deliberato all'operazione chirurgica. Senonchè i fatti, a distanza di sette anni, ci hanno smentito: il paziente è clinicamente guarito e l'esame radiologico lo conferma.

Il giorno 9 marzo 1939, viene trasportato al nostro Centro il ragazzo Meyer Emilio di anni 9, da Milano. Muta l'anamnesi familiare e personale remota. Pare che da un anno si lamentasse di dolori al braccio d. Il paziente era stato poco prima colpito al

braccio destro da una sassata lanciagli da un compagno. Avvertì un acuto dolore alla regione colpita ed immediata impotenza funzionale dell'arto.

Esame obiettivo: L'A. si regge con la mano sinistra l'avambraccio destro in flessione. Il terzo superiore del braccio destro si presenta modificamente tumefatto. Assenza di ecchimosi. L'arto è deformato per una deviazione dell'asse omerale che all'unione del 3° superiore col 3° medio forma un angolo a concavità mediale. Parti molli leggermente calde ed edematose. Si avverte ingrossamento fusiforme del tratto diafisario corrispondente al focolaio di frattura. La palpazione provoca dolore e determina un crepitio sottile, dolce. Distanza acromion-epicondilo a destra = cm. 25; a sinistra = cm. 26. Abolito ogni movimento attivo del braccio, quelli passivi provocano dolore. Sange ed urina normali.

Wassermann e cutirazione negative. Calcemia: mmgr. 12,25 %.

Esame radiografico dell'omero destro (fig. 1): La diafisi appare deformata in corrispondenza del terzo medio da processo di osteolisi a numerose concamerazioni. L'osteolisi è accompagnata a rigonfiamento fusiforme dell'osso. La corticale notevolmente assottigliata si presenta interrotta in diversi punti. L'asse diafisario è interrotto a livello della lesione ed i due segmenti formano un angolo aperto all'interno.

Con grosso ago attraverso il focolaio di frattura si penetra nella cavità cistica e si aspirano circa 5 cc di liquido fortemente ematico che viene esaminato dal Prof. Cantoni del Laboratorio Ricerche Cliniche dell'Ufficio di Igiene, il quale rilascia il seguente referto: « Il liquido inviato per esame risulta composto di null'altro che di sangue periferico, di globuli rossi maturi perfettamente normali, mentre le poche forme bianche che si trovano nello striscio non essendo state trattenute dal coagulo appaiono come linfociti e granulociti neutrofili maturi e normali. Sono assenti forme midollari giovani sia della serie bianca che della rossa. Non vi sono nè cellule giganti; nè cellule patologiche di sorta ».

Proposto l'intervento chirurgico ai famigliari che rifiutarono. Si applica quindi apparecchio di abduzione (areoplano) del braccio, in trazione elastica, in abduzione di 80° e di proiezione anteriore di 45°.

Dopo 20 giorni si esegue nuova radiografia che mostra i frammenti in buona posizione ed in fase avanzata di consolidazione ossea. Apparecchio gessato per un mese. Residua lieve deviazione dell'asse diafisario fra 3° superiore e 3° medio con angolazione aperta all'interno. Motilità attiva e passiva ottima. Il 7-4-1941, cioè dopo oltre un anno si esegue rivisita di controllo e radiografia (fig. 2): La diafisi omerale presenta una completa riparazione del processo patologico pregresso, di cui permangono tracce nella modica ricurvatura dell'osso, nell'ispessimento della corticale ed in una certa irregolarità della struttura ossea, dove si alternano zone di maggior trasparenza con zone di sclerosi schietta. Il 20-4-1946, cioè dopo oltre 7 anni dalla frattura, il p. viene chiamato a nuova visita di controllo. Assenza di ogni segno clinico subiettivo ed obiettivo riferibile alla pregressa cisti e conseguente frattura. Esame radiografico (fig. 3): L'osso si è ulteriormente regolarizzato, così da assumere un aspetto normale. Solo una molto lieve irregolarità della sostanza ossea compatta (piccole isole di rarefazione sovrastanti ad altra piccola di sclerosi) sta ad indicare l'antica alterazione.

Considerazioni. — Senza entrare in merito all'intimo meccanismo di guarigione delle cisti in seguito a frattura (secondo i primi osservatori la fuoriuscita del contenuto cistico stimolerebbe la formazione attiva di nuovo osso e secondo le vedute più moderne la rottura della barriera osteosclerotica consentirebbe una migliore vascolarizzazione della parete cistica e la penetrazione nella stessa di nuovo tessuto osseo), vogliamo sottolineare che nel nostro caso, controllato dopo sette anni, si è avuta una restituita ad integrum anatomica e funzionale, con una guarigione radiologica che raggiunge un raro grado di perfezione. Il felice risultato dell'involontario astensionismo non ci distoglie dalla convinzione che la terapia elettiva in casi analoghi è quella chirurgica. Dall'osservazione personale abbiamo tratto un insegnamento di ordine pratico e cioè che nell'impostare il prognostico è bene astenersi da formule assolute.

Nel chiudere questa breve nota, ci domandiamo: se le cisti non operate raramente guariscono prima della frattura alla quale fatalmente vanno incontro, mentre talune guariscono spontaneamente con l'avvento della frattura, sarebbe da tentarsi

F. VECCHIONE: CISTI OSSEA OMERALE.

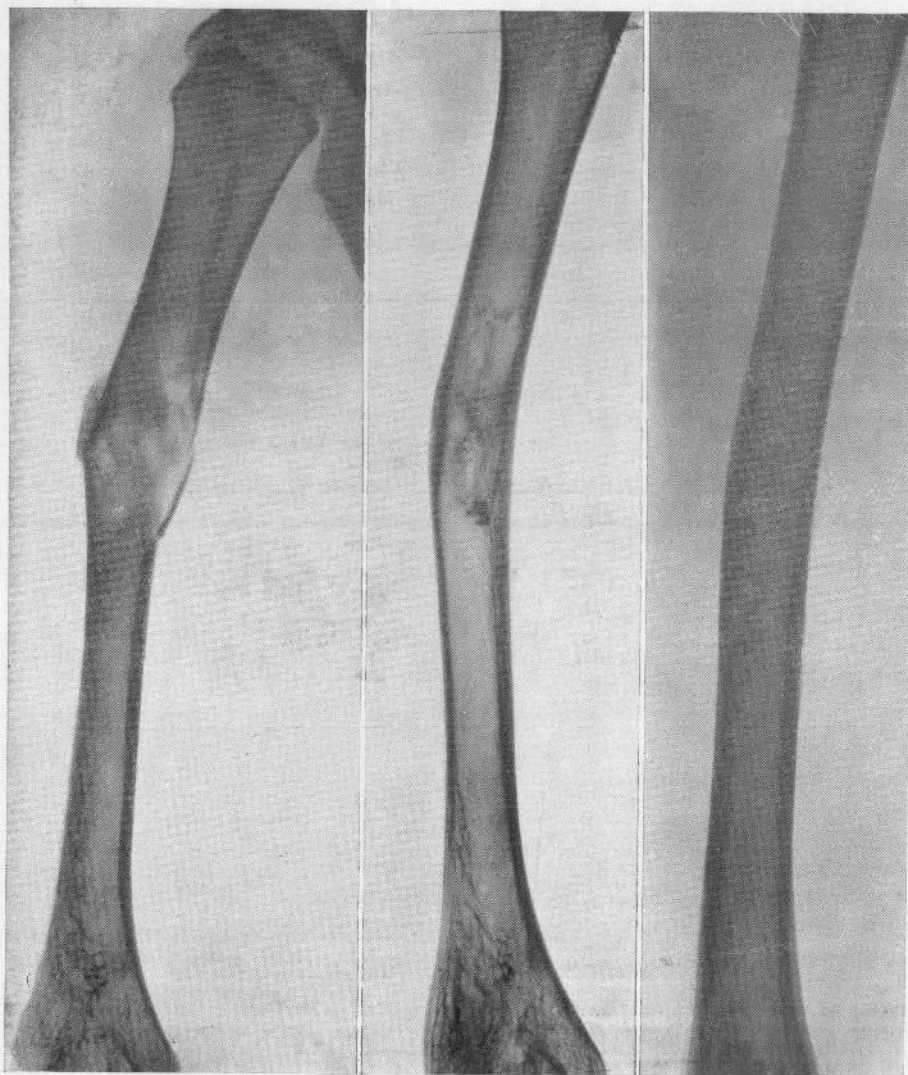


Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

in determinati casi, per es. quando venga rifiutato l'intervento cruento, una frattura « terapeutica », cioè una osteoclasia della cisti? (*Clinica Ortopedica dell'Università di Genova, Direttore: Prof. R. Zanoli - Uff. Igiene e Sanità Comune Milano, Dir.: Prof. C. A. Ragazzi - Centro Sanitario Ortopedico per alunni molulesi, Dir.: Dott. F. Vecchione*).

BIBLIOGRAFIA

- Fèvre, in *Trait. Chir. Orthop.* di Ombredanne e Mathieu, Ed. Masson, Parigi, 1937.
Forni, XXII Congresso di Ortopedia, Milano, ottobre 1931.
Gerundini, *Arch. Ortopedia*, LV; 1939.
Giupponi, *Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore*, 11; 4, 1930.
Konjetzny, *Arch. f. Chir.*, 121; 145, 1922.
Ombredanne, *Trait. Chir. inf.* Ed. Masson, Parigi, 1932.
Perez, *Policlinico, Sez. Chir.*, 10, 12; 1912 — *Id.*, 3-7, 1913.
Putti, *Soc. Med. Chir. Bologna*, 6 maggio 1912 e *Boll. Scien. Med.*, 12; 293, 1912.
Sabrazès e Coll., *Les tumeurs des os*, Ed. Masson, Parigi, 1932.



351390