

**OSTEITE FLEMMONOSA DIFFUSA DELL'OMERO  
CON AFFEZIONI EMOMETASTATICHE MULTIPLE**

*Per il* **DOTT. TIBERIO GULLUNI**  
MAMMOLA (Reggio Calabria)

---

Estratto da *Rivista di Terapia Pratica*, Anno XXXIII - N. 101, 28 Febbraio 1934 (XII)

---



**OSTEITE FLEMMONOSA DIFFUSA DELL'OMERO  
CON AFFEZIONI EMOMETASTATICHE MULTIPLE**

*Per il* **DOCT. TIBERIO GULLUNI**  
MAMMOLA (Reggio Calabria)

---

Estratto da *Rivista di Terapia Pratica*, Anno XXXIII - N. 101, 28 Febbraio 1934 (XII)

---





Numerosi sono i casi di affezioni infiammatorie acute delle ossa, ed ormai ben nota è l'eziologia e ben descritto il processo anatomopatologico. Pur non rappresentando il caso da me osservato alcuna novità, la sua gravità, le diverse fasi del decorso, molto istruttive ed eloquenti, fissate con radiografie in vari periodi, mi hanno spinto ad illustrarlo brevemente.

#### STORIA CLINICA

*Callà V.*, da Mammola, di anni 5. Negativa l'anamnesi familiare. Dentizione, deambulazione, parola, in epoca normale. Soffrì le comuni malattie esantematiche. Nessun'altra malattia degna di nota. Il 12 gennaio 1933 fu colto da dolore acuto al braccio sinistro, da febbre elevata preceduta da brivido. Dopo due giorni sono chiamato d'urgenza. Mi si riferisce che il bambino aveva urtato col braccio sinistro in una lieve caduta.

*E. O.* - Soggetto di sviluppo scheletrico regolare. Nutrizione buona. Cute bruno-pallida. Mucose visibili rosee. Micropoliadenia generalizzata, eccetto all'ascella sinistra dove si palpano ghiandole tumefatte e dolenti. Epitroclea sinistra ingrossata. Torace di forma regolare. Apparato respiratorio integro. Cuore nei limiti: itto al quinto spazio intercostale sulla emiclaveare, toni oscuri, frequenti. Addome trattabile. Fegato e milza nei limiti fisiologici.

L'arto superiore sinistro si presenta tumefatto per tutta l'estensione del braccio. L'edema invade anche porzione della spalla e porzione dell'avambraccio. Cute tesa, calda, arrossata. Dolore vivo alla palpazione profonda, più accentuato in corrispondenza dell'unione del terzo superiore col terzo medio del braccio. I movimenti passivi, sebbene alquanto dolorosi, sono possibili. Non si apprezzano movimenti abnormi, nè scricchiolii ossei. Temperatura generale elevata: 40°. Polso frequentissimo, ritmico.

Consiglio un atto operativo. Per il momento prescrivo impacchi freddi di soluzione al 20 % di acetato di piombo.

Il giorno successivo, e cioè dopo quattro giorni dall'inizio della malattia, pratico, previa anestesia locale, una larga incisione tra l'unione del terzo superiore col terzo medio del braccio, faccia esterna, e, strato a strato, giungo sull'osso.

I vari strati si presentano infiammati, ma senza localizzazione di pus. Scollando i tessuti dall'omero, vien fuori un liquido puriforme, color feccia di vino.

La diafisi omerale all'esplorazione digitale appare ruvida, priva di periostio, e, nel suo terzo inferiore, erosa per circa un centimetro. Alla vista si presenta opaca e di colore bianco sporeo.

Drenaggio con garza sterile e fasciatura.

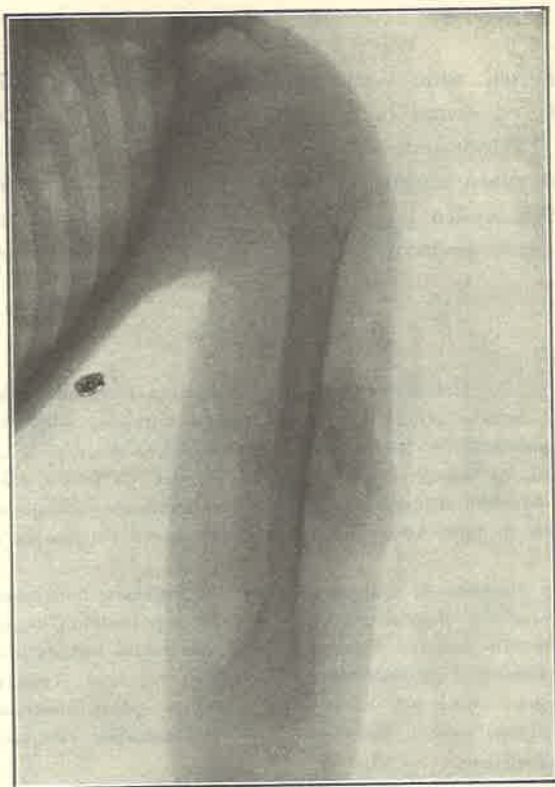


FIG. 1

L'atto operatorio ha resa chiara la diagnosi, che a primo aspetto sembrava alquanto dubbia. Una affezione infiammatoria acuta del tessuto connettivale era stato il mio primo pensiero, cioè un flemmone diffuso. Bisognava stabilire se il processo morboso interessava il connettivo sottocutaneo, o quello intermuscolare, o quello osseo. Il reperto operatorio ha fatto constatare che la sede dell'infezione era prevalentemente localizzata al tessuto osseo della diafisi omerale: «osteite flemmonosa diffusa», secondo Ranvier.

Tale mio concetto è stato ribadito dall'esame radiografico che ho fatto praticare presso l'Istituto di Radiologia della R. Università di Messina il 22 gennaio 1933.

Il radiogramma ha dato il seguente reperto: «necrosi di tutta la diafisi omerale, da un'epifisi all'altra. Frattura spontanea nella zona metafisaria superiore. Molto scarsa la reazione osteogena periostale; manca affatto intorno alla diafisi; è accennata nelle regioni metafisarie superiori ed inferiori» (Fig. 1).

Il decorso dell'affezione, la cui entità può essere rilevata dal suddetto reperto, è stato molto lungo. Dal gennaio 1933 al febbraio 1934 ho seguito, giorno per giorno, le varie fasi del processo flemmonoso, che è stato man mano dominato, mentre rimaneva la diafisi omerale necrotica, per cui si imponeva, al momento opportuno, un intervento. Durante tale periodo, varie sono state le metastasi che, dal focolaio primario, si sono stabilite in altre ossa. Così, dopo circa un mese, è comparsa una tumefazione dolente nell'avambraccio destro, a carico dell'ulna, in corrispondenza del suo terzo distale. Più tardi ancora, ed in periodi diversi, altra metastasi alle tibie nel loro terzo prossimale. Tali complicanze si sono manifestate con febbre modica preceduta da brividi e remittente con sudore. Stato fisico generale del bambino sempre discreto.

Nella cura adottata mi prefissi tre intenti:

1°) Non allontanare l'osso necrotico, fino a che non si fosse formato un resistente guscio osseo, che potesse supplire alla funzione di sostegno dell'omero.

2°) Coadiuvare la reazione osteogena.

3°) Stimolare l'organismo alla difesa.

Il primo intento, quantunque capace di mantenere suppurazioni interminabili, è stato da me adottato allo scopo di avere una ferula naturale atta a regolare la direzione, la forma e la lunghezza dell'osso neofornato.

Per ottenere il secondo scopo, quello cioè di stimolare la formazione della teca ossea mediante sostanze chimiche, che, mantenendo l'ambiente sterile, non danneggiassero il tessuto osseo neofornato, mi sono valso del metodo di Carrel, usando, al posto del liquido originale di Dakin, una soluzione al 0,5% di EUCLORINA Zambelletti. Come si sa, il metodo Carrel consiste nel far pervenire a gocce, a mezzo di speciali tubetti di gomma, nell'interno del focolaio settico, della soluzione di ipoclorito.

Al liquido Dakin originale ho preferito l'EUCLORINA Zambelletti poichè questo preparato, la cui attività battericida è notevolmente superiore a quella dell'ipoclorito, più duratura e riesce assai meno irritante per i tessuti, mi garantiva anche di non apportare alcun nocimento agli elementi cellulari osteoblastici, facilitando così la neofornazione del tessuto

osseo. Ho ottenuto buon risultato, in quanto che, dopo tre mesi, l'esame radiografico di controllo ha messo in evidenza, nelle regioni metafisarie, un manicotto di tessuto osteoide di nuova formazione che si avanzava verso le due estremità omerali avvolgendo il sequestro (Fig. II).

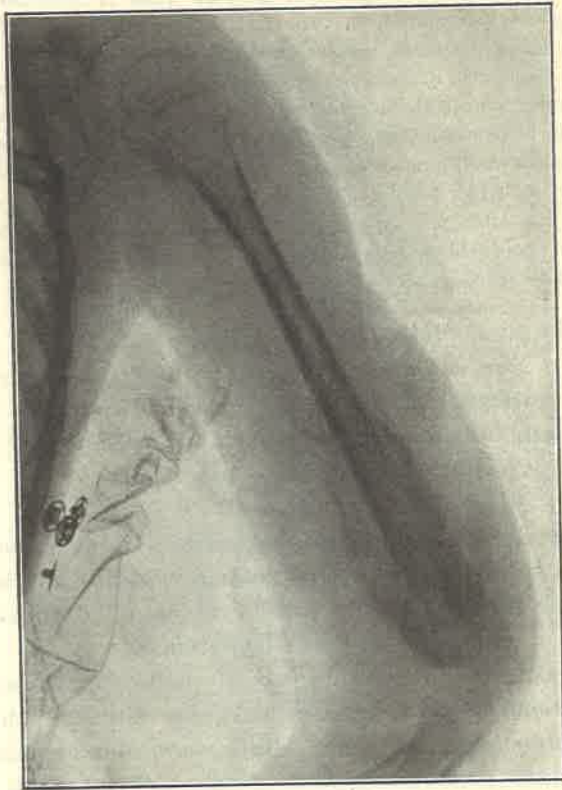


FIG. 2

Allo scopo di stimolare l'organismo alla difesa, mi sono servito del vaccino antipiogene polivalente, per via endomuscolare. Così praticando, sono riuscito a dominare tutti i processi metastatici che man mano sono regrediti completamente, senza dar luogo ad alterazioni dell'osso sottostante.

Questo piano di azione mi ha condotto a buon porto.

Altri radiogrammi, che unisco a questa breve esposizione, fanno fede del continuo progredire della formazione del nuovo tessuto osseo (Fig. III e IV).



FIG. 4

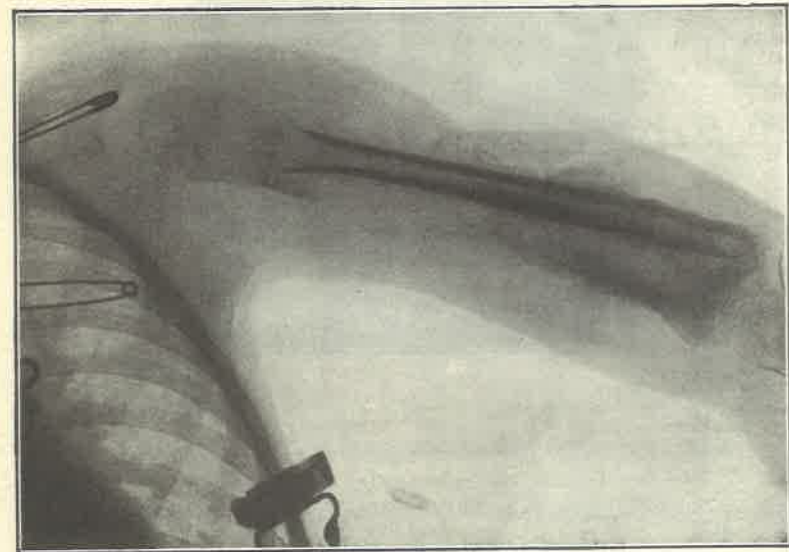


FIG. 3

Si è proceduto il 9 febbraio 1934 alla sequestrectomia. Taglio alla parte media del braccio sinistro. L'osso necrotico omerale è stato scon-  
tinuato con sega alla Gigli nella sua parte media: artificio tecnico che  
ha permesso, senza bisogno di dover praticare un lungo taglio delle  
parti molli, di estrarre l'intera diafisi omerale.

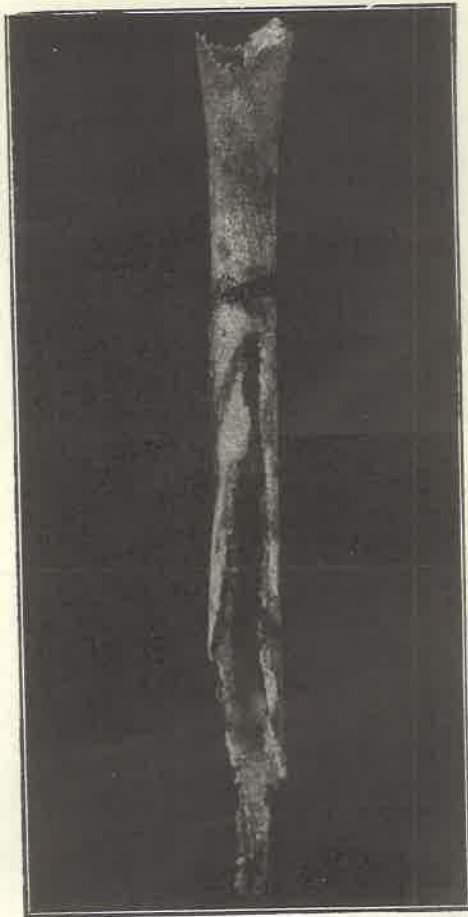


FIG. 5

Questa si presentava completamente necrotica, ad estremi frastagliati,  
porosi, come la fotografia che unisco (Fig. V).

Il bambino è ormai apiretico, in ottime condizioni generali, e volge  
a prossima e sicura guarigione.

28 Febbraio 1934-XII.