

MEDICA

Misc. B

6A  
6

BIBLIOTECA

STATI

POMA

TTO

V - N. 2

PUBBLICAZIONE MENSILE  
SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE

FEBBRAIO 1939-XVII

# La Clinica

## DIRETTORI:

PROF. ANTONIO GASBARRINI

DIRETTORE

DELLA R. CLINICA MEDICA  
PADOVA

ON. PROF. RAFFAELE PAOLUCCI

DIRETTORE

DELLA R. CLINICA CHIRURGICA  
ROMA

REDATTORE CAPO

MARIO TRINCAS

REDATTORI PER LA MEDICINA

G. BASSI E G. SOTGIU

REDATTORI PER LA CHIRURGIA

A. QUIRI E E. RUGGIERI

SEGRETARIO DI REDAZIONE

E. BERNABEO

ANNO QUINTO

1939



Misc B  
6A  
6

Contributo alla cura chirurgica  
dei tumori maligni delle ossa  
mediante resezione e sostituzione  
con innesto osseo.

DOTT. GIOVANNI BARBERA  
AIUTO CHIRURGO

L. CAPPELLI — EDITORE — BOLOGNA

La Clin.

MEDICA

Misc. B

67

6

BIBLIOTECA

STATALE

ROMA

## Contributo alla cura chirurgica dei tumori maligni delle ossa mediante resezione e sostituzione con innesto osseo.

DOTT. GIOVANNI BARBÈRA

AUTO CHIRURGO



Il metodo conservativo nella cura dei tumori maligni delle ossa, consistente in ampie resezioni e sostituzione del difetto mediante trapianti autoplastici, ha sempre più guadagnato terreno di fronte alle demolizioni altamente mutilanti.

Anche recentemente ALBEE, che è un convinto sostenitore del metodo, nel pubblicare una serie di 13 casi, ha insistito sui vantaggi specialmente dal punto di vista ortopedico e ha sostenuto con validi argomenti una tale condotta chirurgica che è destinata certamente ad una applicazione alla pratica corrente sempre più vasta.

Gli argomenti che ALBEE enumera a sostegno dell'operazione conservativa considerano non solo il punto di vista chirurgico-ortopedico, ma anche quello sociale e tendono inoltre, in base a dati statistici, a dimostrare come anche i pericoli di recidiva e di metastasi siano su per giù eguali a quelli delle più vaste operazioni demolitrici.

Infatti anche le più estese demolizioni di un arto, per tumore maligno di origine ossea, non garantiscono il P. dalla recidiva nè, tanto meno, dalla metastasi e la prognosi definitiva *quoad vitam* non è certo peggiore nelle operazioni conservative piuttosto che in quelle mutilanti.

Il P. e i suoi familiari accettano molto più facilmente l'operazione di resezione

piuttosto che l'amputazione, anche sapendo che l'operazione è più complessa, il periodo di degenza più lungo, le cure post-operatorie più necessarie ed assidue.

Anche la più moderna e ben costruita protesi non può essere paragonabile ad un arto anatomicamente quasi normale, ed inoltre le buone protesi hanno costo elevato e non tutti i P. hanno la possibilità e i mezzi di fornirsene. Il loro uso richiede un lungo allenamento, una cura assidua, una limitazione di attività; il P. insomma ha la sensazione penosa della sua mutilazione.

Nei casi favorevoli il metodo conservativo ottiene situazioni anatomiche e funzionali e anche lunghe sopravvivenze purchè naturalmente l'asportazione del tumore sia ampia, non comprometta l'irrorazione e l'innervazione dell'arto, purchè l'innesto sia tale da sopportare il carico, ecc. ecc.

Il più delle volte la morte di tali P. avviene per metastasi e non per recidiva locale ed è dimostrato che la metastasi si può verificare anche dopo la più estesa e precoce mutilazione.

In nessuno dei 13 P. di ALBEE, osservati in un periodo di 17 anni, vi è stata recidiva locale del tumore e pertanto l'A. crede che il metodo sia da questo punto di vista altrettanto sicuro che l'amputazione.

Nè l'estensione del processo costituisce un grande ostacolo perchè è possibile sostituire lunghi tratti ossei, e con accorgimenti di tecnica, ad esempio come l'innesto a piramide di ALBEE, dare ad essi una sufficiente solidità.

In caso di tumori diafisari è spesso possibile conservare la cartilagine di accrescimento e ottenere in seguito un allungamento fisiologico dell'arto. Il metodo conservativo, non solo costituisce il metodo di elezione nei tumori a mieloplasi e nei tumori ossei benigni in genere, ma è stato impiegato con successo anche nel sarcoma osteogenetico e persino nel sarcoma di Ewing. Dice ALBEE che, per il tumore a mieloplasi, il metodo è preferibile allo scucchiamento e all'uso di caustici, sia perchè dopo tali metodi sono frequenti le recidive, sia perchè un troppo esteso scucchiamento indebolisce talmente il segmento osseo che lo espone a fratture spontanee e lo rende inutile funzionalmente.

Tre fra i casi di ALBEE riguardavano tumori dell'omero: un osteosarcoma del 3° superiore, un tumore a cellule giganti del 3° superiore, un sarcoma osteogenetico della metafisi superiore. In tutti i casi la resezione fu seguita dalla sostituzione con la testa del perone e con sufficiente parte di diafisi peroniera. Nel primo caso il P. era in ottime condizioni dopo 17 anni e poteva persino suonare il piano, nel secondo nessun segno di recidiva dopo 3 anni, nel terzo due mesi dopo l'operazione metastasi nel midollo con paralisi flaccida e morte, senza recidiva locale.

Sette casi riguardavano tumori dell'estremo inferiore del femore: due sarcomi osteogenetici, due condrosarcomi, un osteocondrosarcoma, un sarcoma a cellule giganti recidivo, un sarcoma a cellule rotonde. La sostituzione fu fatta con grosse stecche prelevate dalla tibia, qualche volta disposte a piramide. L'osservazione dei casi va da 3 mesi a 4 anni e a 4 mesi; mai

si ebbe recidiva locale. Una volta l'innesto scivolò lungo la tibia e si ebbe modico accorciamento, una volta si ebbe infezione che rese necessaria una successiva amputazione, ma negli altri casi i risultati furono ottimi.

Tre casi infine i tumori della tibia: un sarcoma di Ewing, un Paget con sarcoma osteogenetico, un tumore a cellule giganti si prestarono a resezione e innesto. Nel sarcoma di Ewing furono resecati 20 cm. di diafisi tibiale lasciando integre le due cartilagini di accrescimento. Essendosi l'innesto fratturato per inizio di deambulazione troppo precoce, fu posto un secondo innesto doppio. Due anni dopo l'innesto era notevolmente ispessito e la deambulazione ottima, ma sopravvennero metastasi polmonare e morte due anni e mezzo dopo la prima operazione, senza traccia di recidiva locale. Nel Paget con sarcoma si ebbe morte dopo tre mesi senza recidiva, e nel terzo caso il P. stava benissimo e la deambulazione era ottima un anno dopo l'operazione.

Da questo breve riassunto dei casi di ALBEE appare non solo quanto sia favorevole l'esito dell'operazione conservativa nel più gran numero dei casi, ma soprattutto il fatto che, anche nei casi di morte, questa si ebbe per metastasi e non per recidiva locale e si sa come la metastasi di tali tumori sia frequente anche dopo le amputazioni.

\*\*\*

I processi adoperati per sostituire difetti ossei con trapianti sono vari.

Per l'omero l'innesto più conveniente è quello del perone, prelevando di questo la testa e una sufficiente porzione di diafisi; così che si creano dei rapporti anatomici che si avvicinano di molto a quelli normali. ALBEE raccomanda di prelevare l'innesto mediante una incisione posteriore perchè più facilmente l'osso viene scoperto

to e più facilmente viene evitata la lesione del nervo peroniero. La diafisi peroniera viene infibulata nel canale midollare omerale e la testa viene assicurata alla volta acromiale o ai resti della capsula mediante un punto in tendine di canguro o con grosso catgut cromato.

AXHAUSEN sostituì la testa dell'omero con la testa del secondo metatarso.

Più difficile è la sostituzione con trapianto dell'estremo inferiore dell'omero. Quando l'estensione della malattia lo permette è bene risparmiare l'epifisi inferiore dell'omero e limitarsi a una resezione sopracondiloidea.

MOSKOWICZ ha sezionato longitudinalmente il 3° inferiore della diafisi omerale rimasta dopo la resezione del tratto leso e ne ha divaricate le branche inserendo tra esse una piccola stecca ossea trasversale. Questo risultato si può ottenere anche con l'infibulazione nel canale midollare dell'omero di due stecche tibiali divaricate e provviste in basso di una terza stecca situata trasversalmente. L'estremo osseo così ottenuto e circondato da tessuto grasso liberamente trapiantato è capace di creare condizioni favorevoli anche dal punto di vista articolare.

Difetti dell'omero nel 3° medio e superiore si possono anche colmare con libero trapianto di perone o con grosse stecche provviste di periostio prelevate dalla tibia (ALBERT, WOLFF, BRAMAN).

BUCHMANN sostituì con buoni risultati funzionali la prima articolazione metatarso-falangea chiusa, fra omero e ulna dopo resezione del gomito.

All'avambraccio si può adoperare il metodo della fessurazione ossea di BARDEHEUER e cioè si spacca l'estremo inferiore dell'osso superstito fin circa alla sua metà, poi si appunta il massiccio del carpo e lo si fissa con due sottili aghi fra le branche dell'osso fessurato tenute divaricate. WALTHER, in un caso di sarcoma

dell'estremo distale del Radio, reseccò e sostituì il difetto con un frammento preso dal capo prossimale del perone, ottenendo ottima mobilità del polso e delle dita. TIETZE sostituì l'estremo inferiore del Radio con una falange dell'alluce.

La sostituzione dell'estremo superiore del femore può essere fatta col perone o con stecche tibiali anche situate successivamente in più tempi (FLÖRCKEN). Lo stesso vale per difetti della diafisi.

La sostituzione dell'estremo inferiore del femore fu fatta da LEXER mediante sezione frontale della testa tibiale e rovesciamento in alto della metà anteriore di essa testa, cosicchè si ottenne una conformazione dell'estremo inferiore del femore quasi normale. In un altro caso (condrosarcoma dell'estremo inferiore del femore) LEXER conservò i due condili femorali e sostituì il difetto con due stecche tibiali: dopo 6 anni non vi era recidiva.

ALBEE raccomanda molto l'innesto a piramide, specie dopo resezioni molto estese. Egli comincia con l'aprire il ginocchio sezionando a metà la rotula; poi seziona il femore al di sopra del tumore con la sega del GIGLI e asporta la cartilagine articolare della tibia. Prende dalla cresta tibiale una robusta stecca e la àncora fortemente al femore e alla tibia con tendine di canguro passato per fori. Rinforza infine tale innesto con almeno altre tre stecche più sottili poste obliquamente all'intorno in modo da formare una struttura piramidale con base alla superficie tibiale. Le due metà della rotula servono come rinforzo. Le parti molli devono essere accuratamente suturate e l'emostasi deve essere perfetta. Siccome in un caso l'innesto principale scivolò lungo la tibia e lo spazio popliteo risultò accorciato, ALBEE ha in seguito raccomandato di impiantarlo nel centro della testa della tibia e non di fronte ad essa.

SCHULZE-BERGE ricorda il caso di un

P. affetto da sarcoma fusocellulare della testa della tibia. Egli reseccò per 8 cm. l'estremo superiore della tibia, cruentò il condilo femorale e la testa del perone e trapiantò fra tibia e condilo un pezzo di perone di conveniente lunghezza prelevato dall'arto sano. Il trapianto guarì solidamente sebbene vi fosse stata suppurazione. Radiogrammi presi un anno dopo mostrano che l'osso trapiantato era divenuto grosso come la diafisi tibiale per proliferazione periostale. Nella metà inferiore il trapianto era sparito per assorbimento, mentre nella metà superiore era ancora vitale.

MC BURNEY avvicinò semplicemente gli estremi cruentati del difetto tibiale al perone superficialmente scalpellato ottenendo una unione ossea che assicurò la stabilità della gamba.

HAHN per vasti difetti della diafisi tibiale infibula nell'estremo superiore della tibia l'estremo inferiore della diafisi peroniera sezionata proprio sotto la testa del perone e BRANDES ha modificato il processo sezionando qualche settimana dopo anche l'estremo inferiore del perone che uni con l'estremo distale della tibia cosicchè alla fine la diafisi peroniera venne a sostituire quella tibiale. Dopo resezione della testa della tibia con parte della diafisi si può impiantare fra i condili femorali la testa del perone; per far ciò si pratica un foro nella fossa intercondiloidea e in esso si colloca il perone che in basso viene infibulato nella diafisi tibiale. Si può adoperare anche il perone dell'altra gamba.

VON HACKER sostituisce la testa tibiale sezionando sagittalmente le parti laterali dei condili femorali con una sottile parte di corticale e della zona articolare e situa i due pezzi, uniti fra loro con filo d'argento, nel canale midollare. KLAPP seziona verticalmente la metà inferiore del femore e, asportato un intero condilo, lo rovescia impiantandolo nella tibia.

LEXER infine, ha fatto trapianti della tibia prelevando l'innesto da arti amputati o anche dal cadavere e tentativi sono stati fatti di trapianto di una intera articolazione chiusa. I difetti della diafisi tibiale possono essere colmati da trapianti del perone dello stesso o dell'altro lato (HAHN, GLUCK). Per difetti totali il perone viene impiantato centralmente in una fossetta praticata sul femore e distalmente in una fossetta praticata sull'astragalo. AXHAUSEN preferisce il perone trapiantato chiuso una buona stecca tibiale col suo periostio e midollo.

Il libero trapianto autoplastico è preferibile a tutti gli altri trapianti: es. osso sterilizzato umano o di animale, materiali metallici ecc., e anche alle plastiche ossee peduncolate: es. lembi di parti molli contenenti brattee ossee, plastiche che sono insufficienti quando si devono colmare grossi difetti ossei. Spesso i trapianti devono essere fatti in più tempi con successivi collocamenti di una seconda e di una terza stecca ossea e ciò specialmente nell'arto inferiore quando si debba raggiungere un certo spessore e una grande solidità del trapianto prima di sottoporlo al carico.

Le operazioni di trapianto sono molto delicate; necessaria la asepsi la più rigorosa, l'emostasi la più accurata (ed è perciò sconsigliabile l'emostasi preventiva con lacci o fascie elastiche), una buona preparazione dei tessuti che devono accogliere il trapianto, una grande cura a non ledere o staccare il periostio che copre l'osso trapiantato. Sono da preferire le incisioni cutanee a lembo per evitare che il trapianto si trovi sotto la ferita cutanea; le parti molli devono essere esattamente suturate intorno alle ossa in maniera da abolire spazi morti, non si deve drenare.

Il trapianto deve essere prelevato con cura, usando un attrezzamento moderno, con strumenti mossi dalla elettricità, si

deve evitare che il trapianto si scheggi o sia foggiato in forme irregolari, anzi bisogna foggiarlo in modo che ricordi la parte che è destinato a sostituire. Il canale midollare deve essere aperto onde favorire la proliferazione endostale ed è anzi per questo che molti preferiscono la legatura della stecca apposta sull'osso alla infibulazione.

È necessario un periodo di immobilizzazione sufficientemente lungo e bisogna apprezzare esattamente la solidità del segmento osseo trapiantato prima di sottoporre l'arto al carico o all'uso; eventualmente si praticherà un nuovo trapianto accanto al precedente.

\* \* \*

I seguenti due casi, operati dal prof. CESARE ANTONUCCI nel Padiglione Morgagni dell'Ospedale del Littorio in Roma con esito ottimo dimostrano, a complemento di quanto su è stato detto, quanto il metodo conservativo in caso di tumore mali-

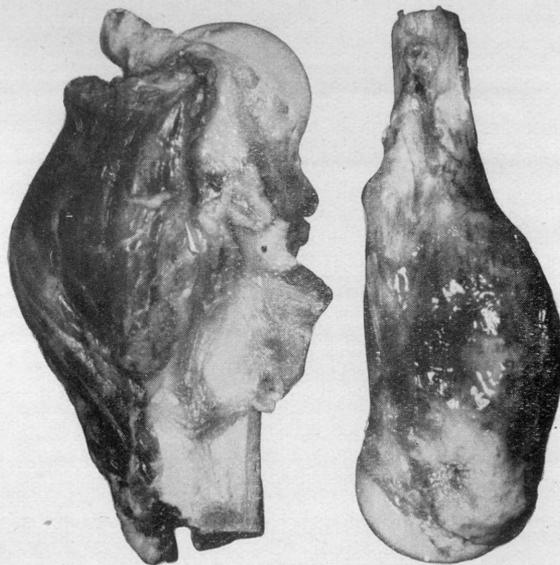


Fig. 2.

Fig. 3.

gno delle ossa sia utile e raccomandabile nella pratica corrente.

CASO I. - Z. Francesco, studente di anni 17. Entra in ospedale il 22-12-1931. Nessun precedente degno di nota. Da circa un mese e mezzo ha notato tumefazione della spalla S., senza dolori, ma con senso di fastidio e di intormentimento di tutto l'arto superiore S. specie del braccio. Movimenti della spalla un po' limitati per un certo senso di fastidio specie quando il P. abduce l'arto. Non febbre. Non dimagrimento.

All'esame obiettivo si nota che la regione deltoidea S. appare *in toto* tumefatta. Specialmente la parte inferiore di essa, in corrispondenza del V deltoideo è sollevata *in toto* da una tumefazione rotondeggiante, liscia, fissa, duro-elastica, indolente, coperta da cute normale. In alto la tumefazione lascia libera la testa dell'omero che si sente ruotare normalmente spostando il braccio. I movimenti dell'articolazione della spalla attivi e passivi sono tutti possibili. Non linfoghiandole ascellari nè sopraclavicolari. Il resto dell'esame obiettivo è negativo.

*Esame radiologico* (22-XII-1931) (fig. 1). - Processo distruttivo del terzo superiore della diafisi omerale e della metafisi a sinistra con elisione completa della struttura ossea. Il processo distruttivo è limitato da un piccolo strato osseo che sembra segnare la corticale dell'omero. Una grossa tumefazione, circondata da una sottilissima teca ossea di origine periostale

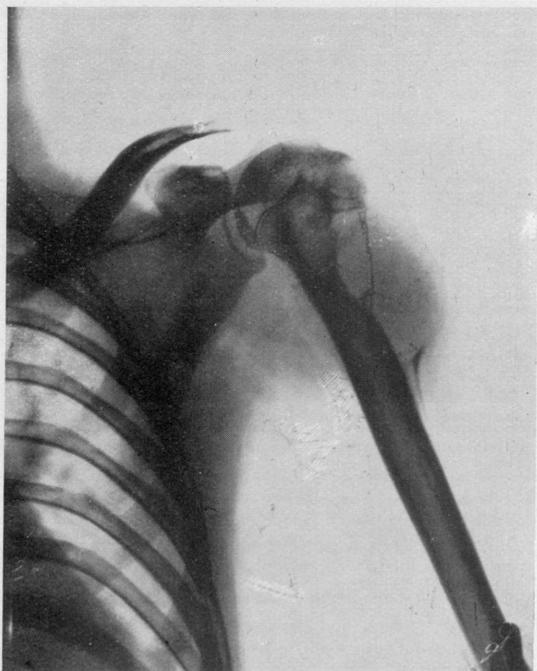


Fig. 1.

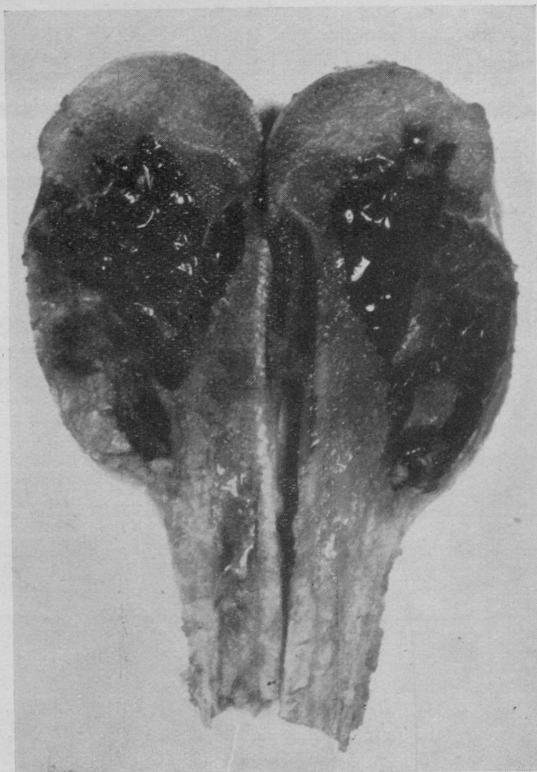


Fig. 4.

abbraccia il 3° superiore dell'omero, ben delimitata, di densità omogenea; in basso si nota una piccola sporgenza a sperone (triangolo reattivo di Codmann), là ove la tumefazione passa nella corticale esterna dell'omero.

*Diagnosi.* - Sarcoma osteogenetico dell'estremo superiore dell'omero sinistro.

Esame radiologico del torace, bacino e cranio: negativo.

*Operazione* (23-XII-931). - Etero-narcosi; incisione della cute sul mezzo della regione deltoidea estesa dall'acromion a due dita sotto l'apice del deltoide. Formazione di due lembi cutanei e isolamento del deltoide e del tendine del gran pettorale. Sezione di quest'ultimo. Isolamento della diafisi omerale a due dita sotto l'apice del deltoide e sezione dell'osso con sega del Gigli. Il moncone osseo afferrato con una pinza di Farabeuf viene rovesciato verso l'alto. Sezione delle inserzioni del gran dorsale e dei rotatori esterni sull'omero. Sezione delle inserzioni clavicolare, acromiale e spinosa del deltoide. Apertura della capsula articolare e disarticolazione dell'omero asportando tutto il 3° superiore e parte del 3° medio di esso insieme con

le parti molli circostanti (deltoide e inserzioni muscolari del 3° superiore dell'omero).

Emostasi molto accurata.

Incisione sulla faccia interna della gamba S.

Prelevamento, mediante la doppia sega circolare di ALBEE di una grossa stecca tibiale lunga circa cm. 20 e provvista del suo periostio. Sutura della cute.

Infibulazione della stecca nel canale midollare omerale, mentre l'estremo superiore viene cucito ai resti della capsula a contatto con la cavità glemoide della scapola.

Sutura delle parti molli e della cute.

Apparecchio amidato toraco-brachiale.

Il pezzo operatorio (fig. 2) comprende il terzo superiore e parte del 3° medio dell'omero, il deltoide, le inserzioni all'omero dei muscoli della spalla, del gran pettorale e del gran dorsale. Tolte le parti molli e scheletrizzato il pezzo (fig. 3) si vede che il 3° superiore dell'omero appare rigonfio per una tumefazione fusiforme che in alto lascia libera la testa dell'omero come già si era notato con l'esame radiologico, e in basso finisce quasi bruscamente all'unione fra terzo superiore e 3° medio della diafisi omerale.

Sezionato a metà longitudinalmente l'omero (fig. 4) si vede che il neoplasma ha sollevato il

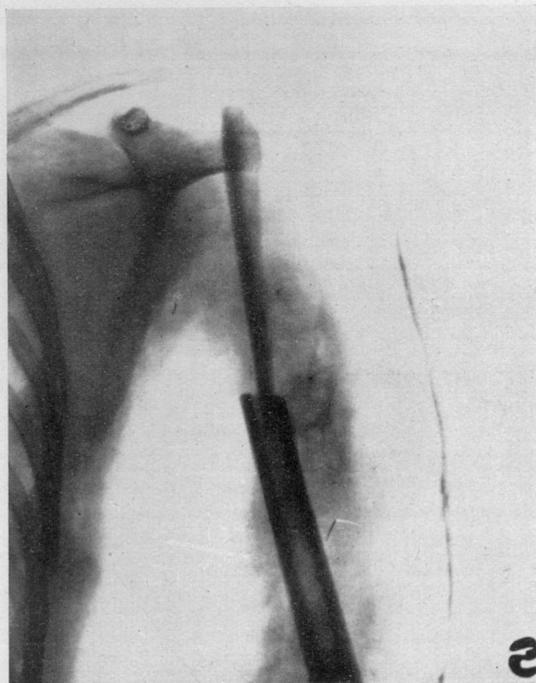


Fig. 5.

periostio che ha in parte proliferato e si è esteso verso la metafisi e l'epifisi in alto, verso la diafisi in basso. La massa tumorale presenta una vasta zona emorragica.

La fig. 5 dimostra le condizioni del P. all'uscita dall'ospedale il giorno 1-III-1932.

In tale epoca la ferita era completamente chiusa e il P. aveva possibilità di eseguire i movimenti del braccio tranne l'abduzione. Attualmente, dopo sei anni, il P. gode ottima salute e si è trasferito con la famiglia in Africa. Ha potuto finire gli studi, può scrivere senza impaccio e, con la sola limitazione dell'abduzione, può adoperare l'arto per le comuni contingenze della vita.

CASO II. - S. Nicola, a. 31. Entra in Ospedale il 15-XII-1933. Dice di essere stato sempre bene. Da un mese e mezzo dolori vivi continui al 3° superiore della coscia S. irradianti in basso fino al ginocchio. Il dolore aumenta dopo avere camminato, ma non cessa completamente col riposo.

Si lagna di stitichezza, meteorismo e qualche volta modici dolori addominali. Non è dimagrato. All'esame obiettivo si nota all'ispezione una lieve tumefazione diffusa sulla regione antero-laterale della coscia S. terzo superiore su-

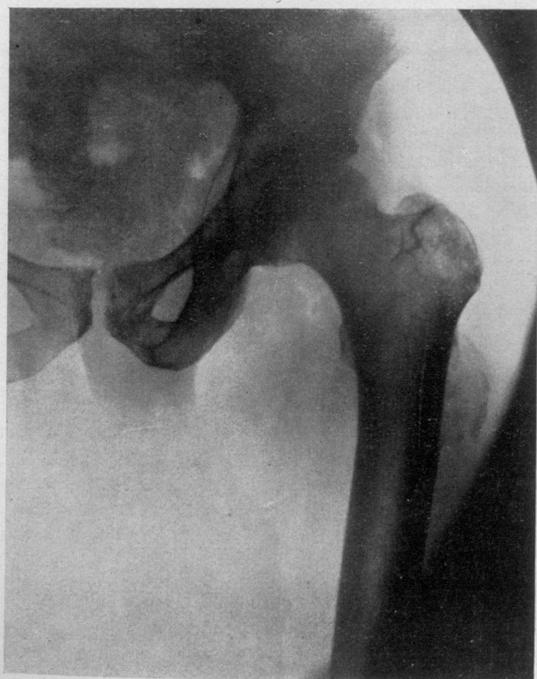


Fig. 6.

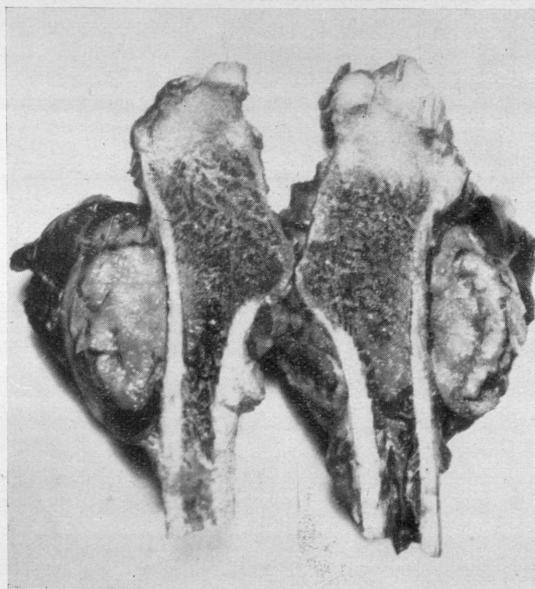


Fig. 7.

bito al di sotto ed in avanti al gran trocantere.

Alla palpazione tale tumefazione appare coperta da cute normale, scorrevole, ha superficie liscia, consistenza duro-ossea come se l'osso stesso fosse tumefatto, non è ben delimitabile, è fissa, molto dolente alla pressione. I movimenti attivi dell'arto inferiore sono limitati dal dolore, i passivi sono discretamente conservati.

Addome discretamente meteorico, indolente in tutti i quadranti, nulla si rileva alla palpazione profonda.

Nulla a carico dei polmoni e dell'apparato cardio-vascolare.

*Esame radiologico* (16-12-1933). - Radiogramma femore S. (fig. 6). Al di sotto del gran trocantere si nota un'opacità tenue della grandezza e forma di una mezza noce a costituzione non omogenea, circondata da un ispessimento corticale interrotto in più punti e sfrangiato in basso. Detta formazione si impianta sulla corticale esterna del femore, che appare leggermente erosa.

Nessuna alterazione a carico del torace.

*Esame del tubo digerente* (26-12-1933): Nulla a carico dello stomaco, duodeno e tenue. Colon a tipo spastico con transito completo oltre le 24 ore e con cieco ancora ripieno dopo 24 ore, il cieco è modicamente dolente.

Poichè l'esame dell'intestino era stato negativo si pensò che la lesione del femore fosse primitiva.

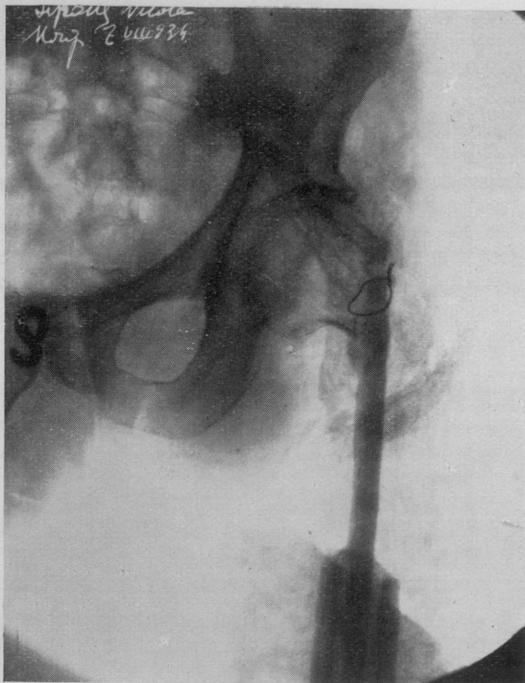


Fig. 8.

Operazione (3-I-1934). - Etero-narcosi. Incisione esterna di Langenbeck. Apertura della capsula articolare. Sezione sottocapitale me-

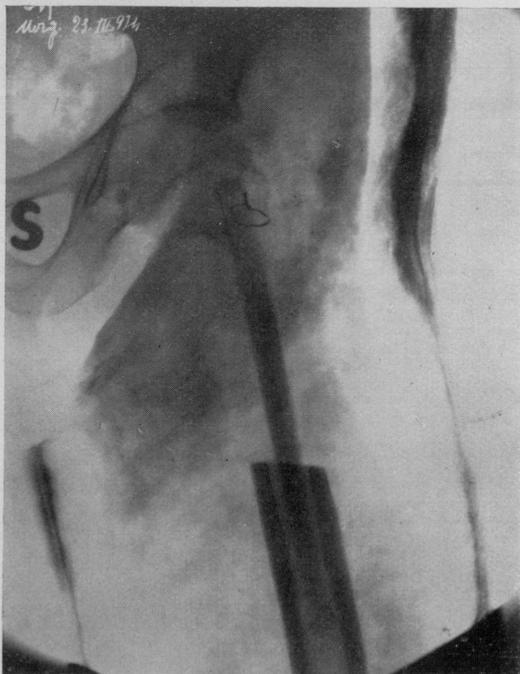


Fig. 9.

dante un largo scalpello di Mc Ewen. Sezione dei muscoli pelvi troncanterici. Sezione della diafisi femorale con sega del Gigli a tre dita sotto il piccolo trocantere. Asportazione del pezzo. Emostasi accurata.

Applicazione di una grossa stecca ossea prelevata dalla tibia S. che viene infibulata in basso nella diafisi femorale e in alto suturata con un punto metallico alla testa femorale rimasta *in situ*. Sutura parti molli accurata. Apparecchio gessato di Lorenz.

Il pezzo asportato (fig. 7) è costituito dal 3° superiore del femore, esclusa la testa, coi muscoli vasto esterno, parte dello psoas, parte del grande adduttore e dei muscoli pelvitrocanterici.

Il tumore, della grandezza di una grossa noce, è situato sotto i muscoli a ridosso dell'osso. L'esame istologico dà: Epitelioma alveolare metastatico del femore.

Poichè l'epitelioma primitivo per il momento sfuggiva all'esame e poichè durante il decorso postoperatorio non erano possibili ulteriori indagini, si attese fino ai primi di marzo 1934. In quest'epoca (3-3-1934) un controllo radiologico diede (fig. 8): in corrispondenza dei monconi femorali tenue formazione di callo osseo che tende ad avvolgere la stecca ossea.

In pari tempo fu ripreso l'esame del P. inteso a svelare il tumore primitivo e poichè persisteva la stitichezza, il meteorismo e qualche dolore addominale fu praticato un nuovo esame dell'apparato digerente. Questa volta col clima opaco si vide che il bario distendeva l'ampolla rettale e il sigma e si arrestava poco sopra di esso.

Fu allora messo in rapporto con l'epitelioma metastatico del femore un eventuale epitelioma dell'intestino.

Il 4-IV-1934 in etero-narcosi fu praticata un'ampia incisione pararettale S. Si trovò un neoplasma anulare ulcerato modicamente stenose fra sigma e discendente. L'intestino fu ampiamente mobilizzato ed eviscerato; le due

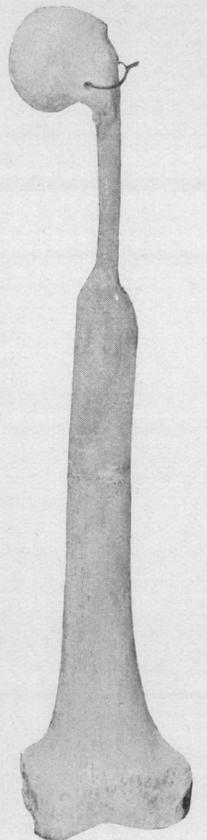


Fig. 10.

branche dell'ansa furono accollate con sutura e infine il tratto lesa fu sezionato formando un ano a due sbocchi definitivi.

Il paziente lasciò l'ospedale l'1-XI-1934. L'ultimo controllo radiologico del femore fatto in data 7-VIII-1934, aveva dimostrato che la stecca ossea appariva avvolta ai suoi due estremi da discreta formazione di callo osseo (fig. 9).

Il 19-XI-1935 il paziente rientrò per recidiva del tumore intestinale *in situ*.

Un esame radiologico del femore diede: fusione completa dell'innesto osseo coi monconi femorali. Nessuna traccia di recidiva ossea.

Progressivamente la recidiva invase il peritoneo sì che si palpava una grande massa fissa e dura che riempiva tutto il fianco S. Si ebbe progressiva cachessia e morte il 13-III-1936, due anni e due mesi dopo l'operazione sul femore e dopo due anni dall'asportazione del tumore intestinale.

All'autopsia si trovò: Soggetto cachettico, con enorme tumore della fossa iliaca S. duro-fibroso facente corpo con l'osso iliaco e sul quale l'intestino aderisce intimamente. Compressione del-

l'uretere S. e idronefrosi S. Fu prelevato e preparato il femore S. con l'innesto (fig. 10). Questo era fuso intimamente in basso con la diafisi femorale, in alto con la testa femorale cui era ancora applicato il punto metallico, il resto dell'innesto non presentava proliferazione periostale, ma era vivo e vitale; nessuna traccia di recidiva.

Il carcinoma metastatico del femore è relativamente frequente.

GÖBEL descrisse un adeno-carcinoma del femore con struttura tiroidea che aveva portato alla frattura spontanea.

ERDHEIM vide un caso simile per metastasi di ipernefroma e DREVERMANN una frattura spontanea del femore per metastasi di un carcinoma surrenale. Tali tumori secondari si rendono evidenti per la loro grande dolorabilità e anche il nostro P. la presentava molto spiccata. È frequente l'errore col sarcoma quando non si è manifestato l'epitelioma primitivo, perchè certamente, qualora fosse riconosciuto il carattere metastatico, la cura dovrebbe essere limitata all'irradiazione.

#### RIASSUNTO

Commentando due casi di tumore maligno osseo curati mediante resezione e sostituzione con innesto osseo autoplastico l'A. mette in evidenza i vantaggi del metodo e ricorda brevi note di tecnica.

66477

66672



