



2408

OSPEDALE POLICLINICO « UMBERTO I » - ROMA
(V PADIGLIONE)

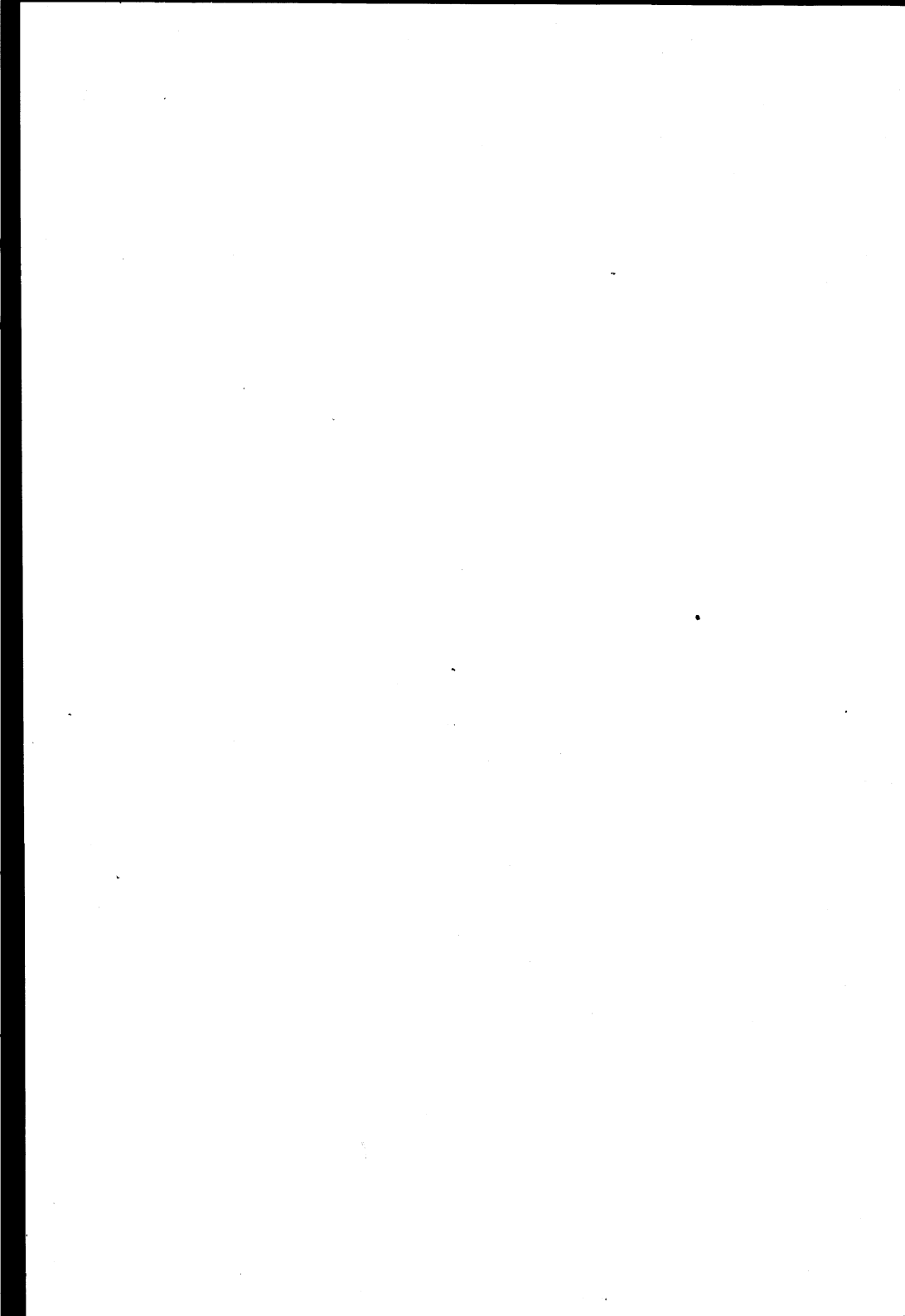
Prof. TOMMASO LUCHERINI

Primario ed aggregato clinico

Sulla classificazione delle artropatie acute e croniche

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno IX - N. 9, del 15 maggio 1940-XVIII



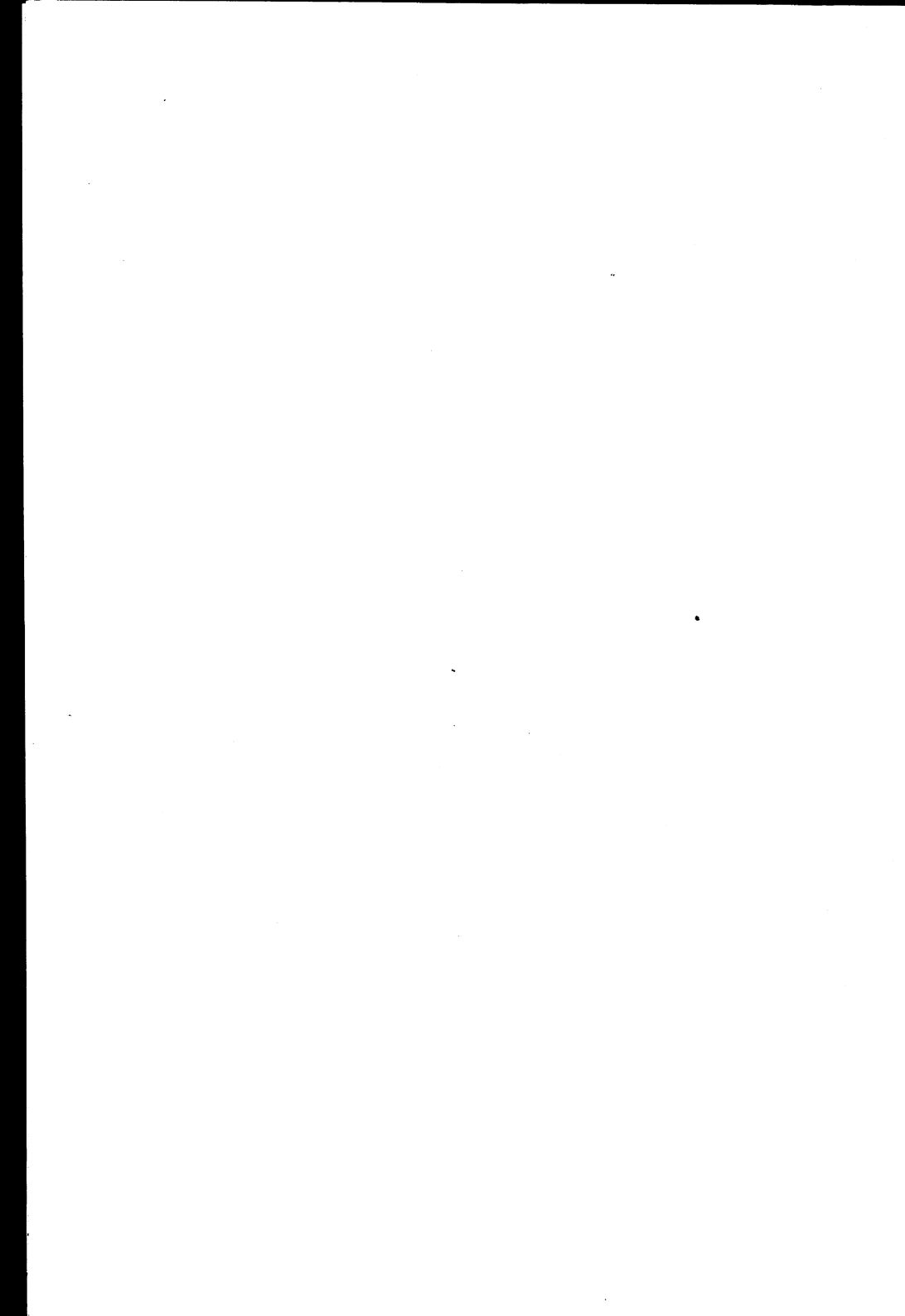


Prof. TOMMASO LUCHERINI

Primario ed aggregato clinico

Sulla classificazione delle artropatie acute e croniche

Estratto da "Le Forze Sanitarie", - Anno IX - N. 9, del 15 maggio 1940-XVIII



La sistemazione delle malattie articolari non può essere ancora attualmente definitiva sia perchè il problema etiopatogenetico di esse non è ancora risoluto, sia per i continui aggiornamenti e le incalzanti ricerche che si susseguono intorno a questo dibattuto argomento.

I tentativi di classificazione fatti sino ad oggi non hanno in genere avuto concordanza di accettazione e di successo; e tutti hanno risentito l'estrema difficoltà d'inquadrare sindromi articolari tanto complesse e divergenti, sia per gli aspetti etiopatogenetici che anatomo-clinici.

E' così che alcune classificazioni sono state fondate su basi etiologiche, altre su basi anatomo-patologiche, altre su basi clinico-radiologiche, e non mancanti delle aggiunte di gruppi, sottogruppi e varietà di artropatie, onde completare la multiforme elencazione di tutte le affezioni reumatiche.

Naturalmente tutto ciò non può aver servito a chiarificare la confusione già esistente in questo delicato argomento, nè a portare ordine e semplificazione. Autori di ogni nazione hanno proposto vari tipi di classificazione i quali si discostano gli uni dagli altri. A puro scopo di citazione ricorderò fra le più seguite quella tedesca che, ispirata alla classica fondamentale divisione proposta da FR. V. MÜLLER, si completò in forza dei concetti espressi dalla Lega internazionale contro il reumatismo, nella classificazione di FREUND (1929).

In Italia le classificazioni più seguite sono quelle di MICHELI (1929) e quella più recente di CECONI

(1934), che possono ritrovarsi trascritte negli appositi trattati.

Voglio cogliere l'occasione di esporre una mia personale classificazione delle artropatie acute e croniche e forme affini, derivata, dopo lunghe meditazioni, dalla larga esperienza in materia acquistata attraverso molti anni di studi e di osservazioni cliniche. Potrà forse apparire in questa monografia poco tempestivo tale mio tentativo di classificazione, ma a parte il successo che essa potrà avere, tale classificazione si rende in verità quanto mai utile ed opportuna onde seguire, come ho già detto, attraverso il suo schema un ordine stabilito nella enunciazione dei mezzi terapeutici delle singole artropatie.

Dirò subito che questa mia classificazione in fondo non si discosta molto da quelle ormai fondate classicamente sulla divisione delle croniche artropatie nei due ben noti gruppi; però ho cercato nel modo che mi è sembrato migliore, di fare una sistemazione che più si adegua alle nuove acquisizioni e che più rispondeva nella divisione delle singole voci a criteri di ordine logico e di chiarezza. Saranno intanto opportuni alcuni brevi cenni delucidatori e critici. Come può leggersi infatti nel quadro della mia classificazione si nota che la prima « voce » è costituita dalle artropatie acute croniche infettive e tossiche insieme. Ora si era abituati in ogni classificazione a sentir parlare di artropatie infettive trascurando il fattore tossico, come se questo, anche se con assai minor frequenza ed intensità, non intervenisse a rappresentare un momento etiologico anch'esso importante nel determinismo del processo articolare acuto. E' così che sono stato indotto in obbedienza alla chiarezza a fare la sottodivisione delle artriti sia acute che croniche, in forme legate a cause infettivo-infiammatorie, ed in quelle legate a cause tossiche.

Dove e come avrei potuto sistemare, ad esempio, il

Stalato dalla monografia che sto scrivendo per la Collana di attualità di medicina pratica diretta dal prof. C. Frignoni un capitolo fra i più incerti ed ondegianti e di cui si riconosce la difficoltà sta nella esposizione critica che nella sistemazione pratica è dilatoria. E mi auguro che alcuni miei personali convincimenti esposti in questo breve e limitato capitolo potranno trovare fra i medici favorevole consenso.

reumatismo barbiturico, che oggi per l'enorme diffusione di tali preparati si ha spesso occasione di rilevare? Il saturnismo non è, fra le tossicosi esogene, altro elemento provocatore di manifestazioni articolari? E per semplificare non è giustificato considerare artropatie tossiche (da tossicosi endogene) quelle anafilattiche (da siero), ed in fondo anche l'attacco di gotta articolare acuta?

Quanto poi alle artropatie croniche mi è sembrato anche utile, pur riunite come le acute in un unico grande gruppo, suddividerle in due sottogruppi: le «infettive» (poliartrite cronica primaria anchilosante e poliartriti croniche infettive secondarie) nel primo, e le «tossiche» nel secondo sottogruppo. Infatti le artropatie metaboliche, le proteiniche (alimentari), le artropatie ipovitaminosiche (scorbuto), ecc., non possono che essere catalogate in tale secondo sottogruppo pur distandosi anatomicamente, clinicamente e radiologicamente dalle artropatie croniche infettive primarie e secondarie.

Ora nel confuso capitolo della classificazione delle artropatie dove infatti le forme tossiche croniche avrebbero potuto essere esattamente collocate? Non certo fra le forme croniche degenerative e distrofiche da cui si allontanano soprattutto per il momento etiopatogenetico, e poi per gli aspetti anatomo-clinici; non certo fra le forme diatesiche, mancandone il fondamento logico. Si potrebbe dire che esse sono forme discrasiche; ma allora è la parola sola che cambia, ma non la sostanza per quanto il fattore discrasico abbia confini indecisi e discussi. D'altronde creare un gruppo a sé delle artropatie tossiche croniche, quando come per ogni altro capitolo della patologia, fra i criteri etiologici i fattori infettivi vanno in genere collocati nello stesso piano dei fattori tossici; mi è sembrato che non avrebbe potuto servire a semplificare la classificazione. Inoltre secondo i classici concetti ho diviso le artropatie croniche nei due gruppi fondamentali: cioè le artriti croniche primarie anchilosanti progressive, che riconoscono un'etiopatogenesi infettivo-infiammatoria; e le osteo-artrosi croniche primarie ipertrofiche che, come è noto, sono legate a fattori degenerativi. Senza entrare nel merito della questione dirò soltanto che le prime sono chiamate secondo la comune denominazione anchilosanti per l'esito in anchilosi delle articolazioni, ed ho voluto aggiungere la parola «progressive», secondo la giusta proposta di F. BEZANÇON e MATHIEU, PIERRE WEIL, per il carattere clinico evolu-

tivo che esse presentano, e che le fa procedere ad ondate di riacutizzazioni successive. Le seconde invece ho preferito denominarle osteo-artrosi croniche primarie «ipertrofiche», perchè più esattamente rispondenti al carattere clinico-morfologico nel senso che l'iperproduzione osteofitica e l'ipertrofia ne costituiscono gli aspetti più comuni e caratteristici. A tal proposito ritengo che la vecchia e comune denominazione di artrosi cronica «deformante» debba essere superata, per la ragione fondamentale che non è la deformità il segno peculiare che le caratterizza, in quanto che, se di deformità si deve parlare nel senso proprio della parola, allora sono proprio le prime, ossia le artropatie così dette anchilosanti, che giungono più delle altre a provocare delle deformità articolari le più spiccate ed inverosimili.

L'ipertrofia più o meno cospicua delle articoazioni invece che caratterizza le forme osteo-artrosiche, pur alterando la normale morfologia delle grosse articolazioni, non arriva però ad offrire quel caratteristico aspetto di deformità che si ritrova nelle forme croniche anchilosanti. D'altronde se prima dell'era radiologica la denominazione di «deformante» poteva essere giustificata, ora però tale definizione non può di fronte ai rilievi iconografici che ci dà la radiologia costituire un motivo essenziale di discriminazione.

Così pure la distinzione che alcuni AA., specie di lingua francese, vogliono fare in questo gruppo del così detto «*morbis coxae senilis*» o coxartrosia di Léri, non è giustificata, costituendo questa forma una comune localizzazione del processo artrosico cronico all'articolazione dell'anca.

Come ancora potrà osservarsi nel mio schema di classificazione, io non ho separato in gruppi speciali le artriti croniche della colonna vertebrale, ma le ho volute inserire alla fine di ogni grande gruppo a seconda del loro singolo tipo. Perchè infatti separare dalle altre tali artriti, sol perchè appartenenti alla colonna vertebrale, quasi che esse fossero articolazioni diverse dalle altre e non divenissero con predilezione maggiore o minore sede dello stesso tipo di lesioni morbose che caratterizzano contemporaneamente tutte le altre articolazioni grandi e piccole dell'economia?

Potrà spesso parlarsi di una particolare predilezione e di un maggiore impegno della malattia a livello delle articolazioni vertebrali, ma ciò non deve indurre secondo me a costituire un gruppo speciale di artropatie, che poi hanno lo stesso aspetto anatomo-clinico ed ana-

tomo-radiologico che si ha nelle altre articolazioni dello stesso malato. Così facendo si dovrebbero creare tanti sottogruppi a seconda della localizzazione del processo artropatico (artropatie dei ginocchi, dei polsi, ecc.). La classificazione sarebbe in tal modo a fondamento localistico e quindi assai poco raccomandabile.

Ho anche creduto opportuno sottrarre alla dignità della classificazione alcune speciali forme di artropatie, tra le quali, ad esempio, la cosiddetta artrite psoriasica, che è mancante di ogni documento etiologico, clinico e radiografico tale da servire a caratterizzare ed a definire nosologicamente tale tipo d'artropatia. La psoriasi non è raro osservarla associata all'artrite cronica primaria anchilosante e costituisce una manifestazione cutanea i cui legami allo stesso fattore etiologico dell'artropatia sono incerti ed oscuri. Tanto più che la psoriasi, oggi in forza degli studi di Grütz e BÜRGER, confermati dalle ricerche di D'AMARO e della sua Scuola, e riferiti all'ultimo Congresso di medicina interna (Napoli, 1939), è legata in modo indubbio ad un alterato ricambio dei grassi.

Ho diviso le artropatie croniche distrofiche secondarie nel sottogruppo delle neuropatogene, nelle quali oltre comprendere le comuni forme tabetiche, siringomielitiche, ematomieliche (post-traumatiche) e neuritiche, legate a disturbi trofici osteo-articolari, ho creduto opportuno di aggiungere le forme psicosiche, ossia legate a fattori psichici, recentissimamente segnalate da autori americani.

Per quanto GREGG (*Am. Journ. of Psychiatry*, volume 95^o, 1939), in base a larghi dati statistici, nega la frequenza dei processi articolari nei pazienti affetti da psicosi, pur tuttavia altri autori (COBB, BAUER, WHITING, 1939) denunciano l'importanza dei fattori psichici e nervosi nelle artropatie. Non si può certo negare l'importanza del trofismo osseo-articolare, regolato dalla normale efficienza dei centri psico-nervosi.

Nell'altro sottogruppo delle artriti croniche distrofiche secondarie ho posto quelle legate alla malattia dei cassoni ed il cui quadro clinico è in certo qual modo simile a quello dell'osteo-artrite cronica primaria cosiddetta deformante (impegno delle grandi articolazioni specie dell'anca, scroscii articolari, ecc.), per quanto il quadro radiologico di esse se ne discosti alquanto (perchè caratterizzato il più delle volte da inalterabilità morfologica dei capi articolari, da mancanza di produzioni osteofitiche, e dalla presenza di aree chiare di rarefazione della testa femorale ed omerale, ecc.).

Per quanto sulla posizione precisa di tali artropatie legate alla malattia dei cassoni non vi sia, dal punto di vista etiopatogenetico ed anatomico-clinico, concordanza assoluta di opinioni, pur tuttavia si ritiene che esse siano dovute ad embolie gassose (azoto), le quali oltre che colpire vari organi e tessuti, possono nel quadro della malattia provocare anche le lesioni articolari.

Io dal mio canto non sarei alieno dal sospettare con ogni riserva che tali processi articolari possano essere legati a piccoli focolai emorragici midollari (ematomieli) dovuti come è noto alla rottura di piccoli capillari spinali in seguito alla liberazione dal sangue di gas, piccoli focolai che sarebbero poi i responsabili dei disturbi trofici ossei ed articolari.

* * *

Un posto speciale ho voluto dare nella mia classificazione ai reumatismi ed artropatie endocrine sia per la singolarità delle loro manifestazioni morbose, sia per l'esistenza di speciali rapporti con la funzione di tali ghiandole, sia per l'opportunità dei relativi provvedimenti opoterapici. Per quanto limitato il valore del fattore endocrino nella patogenesi di alcune artropatie croniche, al lume delle moderne vedute, appare certamente indiscusso. Può forse negarsi all'ipofisi, alla tiroide, alla paratiroide, al timo, importanza, anche se non propriamente determinante, ma predisponente sul determinismo di alcune singolari forme morbose? E così pure le ovaie possono forse essere trascurate nella patogenesi del così detto reumatismo ovarico, anche se questo manchi di un particolare elettivo quadro clinico e radiografico?

Infine in un altro capitolo a parte ho posto quel gruppo non raro di artropatie di tipo misto, nelle quali attraverso il corso del loro svolgimento possono associarsi con varia prevalenza e le manifestazioni infiammatorie e le manifestazioni degenerative e distrofiche. A tale gruppo è stata data, pur con carattere provvisorio, la denominazione di artrosi-artriti, gruppo i cui confini non sono ancora tanto netti e sempre sicuramente distinguibili. Lo schema della classificazione è poi chiuso dall'elencazione di quelle forme più comuni ed essenziali che, pur distaccandosi anatomico-clinicamente dalle artropatie croniche, sono da considerarsi però a queste affini sotto alcuni aspetti. Tra queste forme ho, prima di ogni altro, posto il gruppo complesso delle *osteocondropatie*, che non sono, come è noto, delle artropatie, ma sono affezioni epifisarie.

In pochi capitoli come in questo è sorta tanta fioritura di denominazioni con cui si sono etichettate sindromi che apparentemente diverse e segmentarie sono poi in sostanza ravvicinabili e legate forse agli stessi fattori etiopatogenetici. E' così che si parla di epifisiti, di nucleo-epifisiti, di apofisiti, di metaepifisiti, di osteocondriti, di osteo-condropatie giovanili, di osteo-condrodistrofie congenite, della prima infanzia, giovanili, degli adulti, distrettuali, generali, ecc.

Il più delle volte però queste denominazioni portano confusione, spesso esprimono lo stesso concetto, spesso mal delimitano i confini della sindrome descritta sia nei riflessi della topografia che dell'aspetto, sia nei riflessi dell'etiologia e della patogenesi.

Fra tanti nomi che hanno etichettato questo complesso di malattie che colpiscono l'ossificazione epifisaria, io ritengo che il più giustificato nell'attesa di ulteriori aggiornamenti e precisazioni clinico-anatomoradiologiche ed etiopatogenetiche, sia quello di *ostecondropatia*, forse anche più adeguato, pur se più vago, nella nebbia che ancor l'avvolge, di quello di osteo-condrodistrofia, denominazione che in parte impedirebbe il riconoscimento di un fattore più o meno determinato nel disturbo trofico.

Fra le osteo-condropatie distrettuali è compresa la cifosi dorsale giovanile di Scheuermann, la malattia del semilunare di Kienböck, la malattia scafoidea tarsica di Köhler, e la seconda malattia metatarsale di Köhler, il morbo di Calvé-Legg-Perthes (ostecondrite deformante giovanile dell'anca).

Quest'ultima malattia è ormai universalmente riconosciuta appartenere al gruppo delle osteo-condropatie o epifisiti, per cui al lume delle moderne vedute deve essere staccata dall'osteoartrite cronica primaria deformante, ove erroneamente sino ad oggi era stata come varietà giovanile collocata. Tutto al più sviluppandosi secondariamente il più delle volte, quale esito del morbo di Perthes, un processo locale di artrosi deformante dell'anca, tale malattia potrebbe rientrare, come si legge nella mia classificazione, nel sottogruppo *b*) delle artropatie croniche distrofiche secondarie ad epifisiti.

Infine nel gruppo delle osteo-condropatie generalizzate debbono pur rientrare quelle forme assai rare caratterizzate oltre che dalle alterazioni diffuse dello scheletro, anche dal carattere familiare, e da qualche impronta endocrinopatica. Intendo parlare della malattia di Kachin-Beck, della epifisite generalizzata fa-

miliare di Ribbing, della pleonosteosi familiare di Léry, ecc.).

In questi ultimi tempi mi è capitato di osservare in quattro componenti la stessa famiglia una sindrome assai importante caratterizzata da alterazioni nei processi di ossificazione endocraniale, dal carattere familiare e da impronte disendocrinopatiche del tipo della macrogenitosomia precoce. Tale osservazione sarà oggetto di prossima pubblicazione.

Nelle forme affini al reumatismo della mia classificazione ho anche posto le periartriti acute e croniche (comprendendovi la malattia di Duplay, l'igroma cronico, ecc.); ed il piede da sforzo (piede piatto doloroso), che tanta attinenza ha con le artropatie, e che può in via secondaria determinare processi di artrosi cronica deformante a livello dell'articolazione stessa del collo dei piedi.

Ed ora, dopo questi brevi cenni esplicativi, trascriverò la seguente classificazione delle artropatie:

CLASSIFICAZIONE DELLE ARTROPATIE

I. •

Artropatie infettive e tossiche acute

- a) Poliartrite acuta primaria o reumatismo articolare acuto: varietà articolare, sierosistica, nervosa (corca), cutanea (peliosi reumatica, reumatismo nodoso, ecc.), oculare (irite) = cardite reumatica.
- b) Artriti e poliartriti acute e subacute secondarie: sepsi streptococciche, stafilococciche, blenorragia, dissenteria, brucellosi, tifo addominale, tifo esantematico, scarlattina, tubercolosi, sifilide, crespela, lebbra, malattia di Nicolas-Favre (arthritis parodontica), ecc.
- c) Artropatie tossiche acute e subacute secondarie: tossicosi esogene: saturnismo, barbiturismo, ecc.; tossicosi endogene: attacchi acuti di gotta, ecc.; artropatie allergiche (da siero): secondarie a toracentesi, paracentesi, ecc.

II.

Artropatie infettive e tossiche croniche

- a) Poliartrite cronica primaria anchilosante progressiva: varietà comune o *periarthritis destruens*; varietà splenomegalica degli adulti tipo Felty; varietà infantile tipo Chauffard-Still; varietà vertebrale: spondilite anchilosante o malattia di Marie-Strumpell-Bechterew (con compartecipazione o senza delle grosse articolazioni degli arti, o spondilosi rizomelica).
- b) Artriti e poliartriti croniche infettive secondarie: reumatismo articolare acuto, blenorragia, sifilide, tubercolosi, ecc.
- c) Artropatie tossiche croniche: metalodiche (piratica, alcaptonurica, ocrionosi, ecc.), proteiniche (alimentari), da carenze vitaminiche (scorbuto).

III.

**Artropatie croniche degenerative
e distrofiche**

a) Osteoartrite cronica primaria ipertrofica degenerativa (cosiddetta deformante):

varietà comune tipo Volkmann e Virchow;

varietà vertebrale (spondiloartrite deformante).

b) Artropatie croniche distrofiche secondarie:

neuropatogene: tabetiche, siringomiche, ematomieliiche, neuritiche, psicosiche;

da embolie gassose (artropatie croniche da malattia dei vassoni);

secondarie ad epifisiti.

c) Artropatie croniche distrofiche nella sclerodermia.

IV.

Artropatie endocrine

Tirotossicosi, climateriche, ipofisarie, cretinismo endemico, mongolismo, ecc.

V.

Artropatie diatesiche

Emodilia.

VI.

Artrosi - artriti

a) Forme miste in cui l'artrosi cronica ipertrofica degenerativa può complicarsi o associarsi a processi infiammatori cronici di tipo anchilosante, ovvero l'artrosi segue ad un processo infiammatorio cronico (artrosi postartritica).

VII.

Forme particolari affini

a) Osteocondropatie o epifisiti:

distrettuali: morbo di Calvé-Legg-Perthes, cifosi dorsale giovanile di Scheuermann, morbo di Kienböck;

1° e 2° malattia di Köhler, malattia di Osgood-Schlatter;

generalizzate: malattia di Kachin-Beck, epifisite generalizzata familiare di Ribbing, osteocondropatia multipla di Grudinski, osteocondrosi generalizzata di Morquio, ecc.

b) Miositi:

lombaggine, torcicollo, ecc.

c) Periartriti acute e croniche:

periartrite calcarea scapolo-omeroale (malattia di Duplay); alterazioni dei tendini, guaine tendinee, borse sierose (igroma cronico), legamenti, capsula articolare.

d) Piede da sforzo acuto e cronico (piede piatto doloroso).

Come si vede ho tentato di prospettare una classificazione delle affezioni reumatiche, cercando, sulla scorta delle moderne acquisizioni e della mia esperienza, di portare un po' di ordine e di chiarezza nella sistemazione delle varie forme di artropatie, pur senza allontanarmi troppo dagli schemi classici. Spero che questo mio tentativo trovi favorevole accoglienza fra i medici e gli studiosi.

59048

~~336917~~

