

PERIARTRITIS
ESCAPULO-HUMERAL

Ezama



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313216192

X-53-391158-2

~~Dr. Maestre~~

26-4

L. Chacón

~~Dr. Maestre~~

~~Cádiz 9-~~

81-2-C-19

Nº
1570

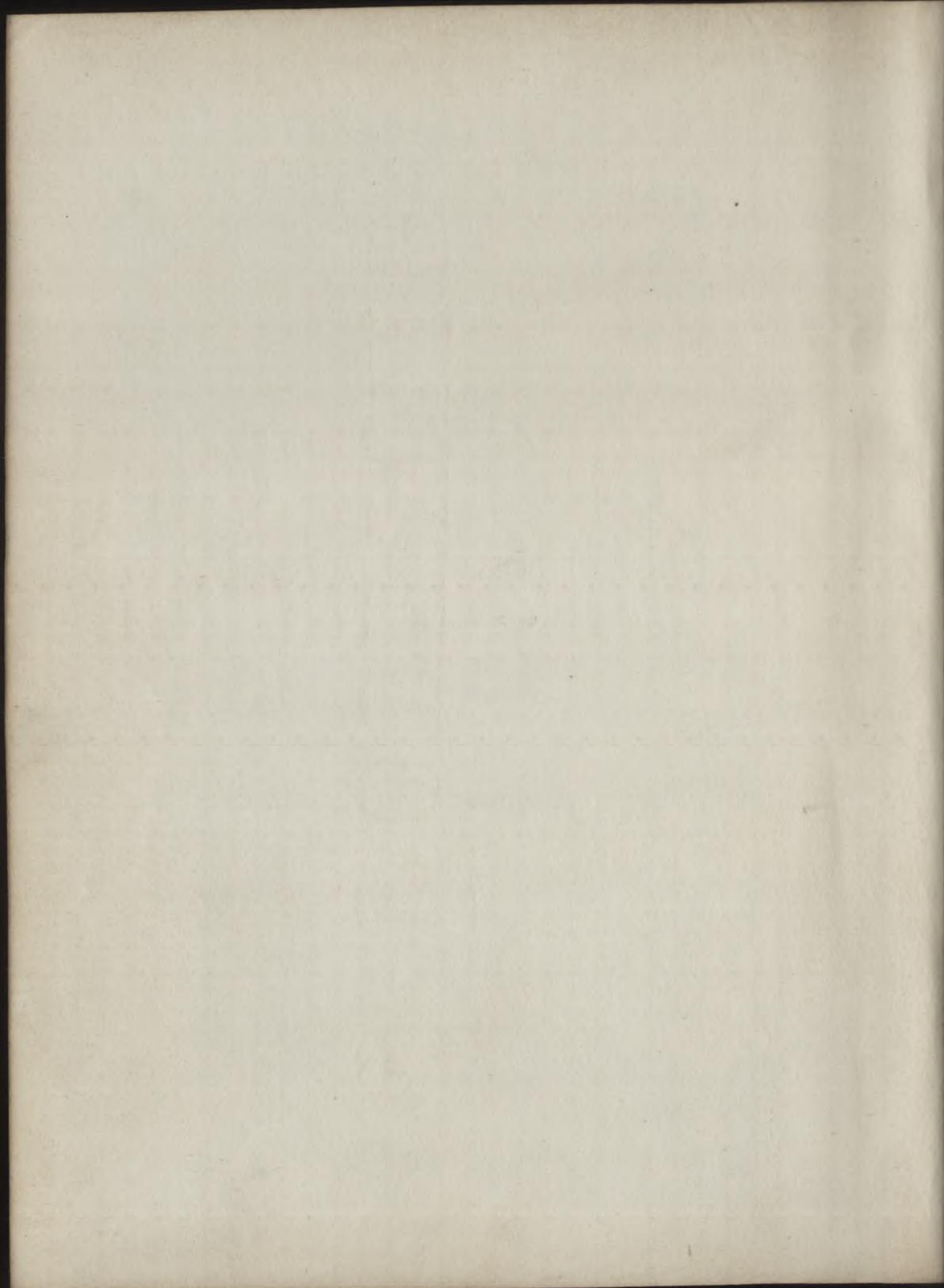
T E S I S

Ca 2445

D E L

D O C T O R A D O

~~*****~~







I N T R O D U C C I O N

~~XXXXXXXXXXXX~~

Desde la aparición en los Archivos generales de Medicina de la Memoria de Duplay viénesese dando el nombre de periartritis escápulo humeral á la inflamación aguda ó crónica sea cualquiera su naturaleza, de la bolsa serosa subdeltoida.

La frecuencia relativa de esta afección, sus diversas causas y formas, lo característico de sus síntomas y la importancia de establecer un diagnóstico seguro dado lo distinto que es el tratamiento de esta afección y el de las demás enfermedades de esta región con las que se pueden confundir, nos ha inducido á hacer este modestísimo trabajo.

Si bien es cierto que Duplay no estudió en su memoria mas que la forma seca ó fibrosa, dada la existencia aunque menos frecuente de formas infecciosas exudativas, nosotros haremos un estú-

dio general concediendo el mismo derecho á estas que á aquellas de llevar el nombre de periartritis-escápulo-humeral.

Primeramente expondremos á grandes rasgos la historia para despues pasar á hacer algunas consideraciones anatómicas y fisiológicas de la región estudiando á continuación la etiología, anatomía patológica, patogenia, sintomatología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento.

H I S T O R I A

~~*****~~

Cowper el año 1.694 y en su "Myotomía deformatá" describe el siguiente caso: "Una mujer viene á consultarnos tres dias despues del accidente creyendo haberse luxado la articulación del hombro, estando retorciendo ropa despues de lavar.

Ella dice que al hacer un esfuerzo en dicha maniobra sintió como algo que se le salía de su sitio "Examen hecho de la región desechamos por falta de síntomas patognomónicos toda idea de luxa-

ción, pero habiendo observado una depresión sobre la parte externa del músculo deltoideo y hallándose la parte inferior del biceps rígida al mismo tiempo que el codo no podía extenderse, nosotros sospechamos que el tendón de la porción larga del biceps se había salido de su corredera hicipital aunque no pudimos justificar nuestra sospecha. El muñón del hombro estaba ligeramente inflamado y unos instantes antes, la enferma se había servido de su brazo. Aconsejamos la aplicación de un topico emoliente y el reposo. Al día siguiente nos encontramos con lo que sospechábamos; imprimiendo al brazo movimientos en distintos sentidos el tendón volvió á su sitio y la enferma recobró el uso de su miembro.

Montiggia en sus "Institutioni Chirurgiche, dice haber tenido la ocasión de ver una mujer de cierta edad que al sostenerse con el brazo en una caída sintió un vivo dolor en el hombro, dolor que persistió hasta que sintió algo que volvía á su sitio.

Después de éste accidente la enferma adquirió cierta predisposición, repitiéndose el hecho con frecuencia y al menor traumatismo de la región. Entonces ella apoyaba su mano en el hombro de otra persona y al relajar al parecer el biceps, sentía volver á su sitio el tendón.

En general hasta el año 1.867 en que Jarjay en la " Gaceta hebdomadaria " publicó un artículo donde demostraba que las lesiones periarticulares atribuidas hasta entonces á una luxación del tendón del biceps, eran debidas á la inflamación de una bolsa serosa que existe debajo del deltoides, entre la bóveda coraco-acromial y las tuberosidades humerales, todos los cirujanos estaban acordados en interpretar el dolor vivo en el hombro acompañado de sensación de dislocación en el interior, imposibilidad de verificar ciertos movimientos del brazo y de rigidez del biceps, como debidos á la dislocación del tendón.

Ahora bien, es que esta dislocación no es ra-



rísima por no decir imposible en los traumatismos simples del hombro que no van acompañados de luxación escapulo humeral? No admitiéndose que en las luxaciones incompletas ni aun en las subcoracoideas el tendón abandone la corredera bicipital } como puede ser posible que la haga á consecuencia de un traumatismo sin luxación? Es pues muy probable que la mayoría de los casos atribuidos antiguamente á una luxación del tendón del biceps fuesen pariartritis-escapulo-humerales.

El año 1.872, Mr. Duplay en los "Archivos generales de Medicina y Cirujía" fijaba magistralmente la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de la inflamación crónica de la bolsa serosa subdeltoidiana y le daba el nombre de pariartritis-escapulo-humeral que ha conservado hasta hoy.

No había apenas aparecido esta memoria, cuando Duronéa inspirado por su maestro Gosselin la refutaba diciendo que los síntomas atribuidos á la inflamación de la bolsa serosa sub-acromio-deltoidea



no eran otros que los de la escapulalgia. Poco después reconocía Gosselin la exactitud de la memoria de Duplay y describía él mismo la periartrosis de la rodilla.

El año 1.875, Gauthier en su tesis amplía el estudio de su maestro Duplay.

En 1.878 y en la "Gaceta hebdomadaria" Desplats de Lille acusa al reumatismo articular en sus diferentes formas como causa de muchas periartrosis.

Y por último numerosos trabajos de diversos autores estudian las formas serosas tuberculosas purulentas, & & dándolas el nombre de higromas. Citemos entre otros autores á Chauvel, Kirmissen, Gosselin, Besnard y á Vidal que en la "Gaceta hebdomadaria" (1.896) publica un interesante artículo sobre la periartrosis-escápulo-humeral supurada de origen pneumocócico.

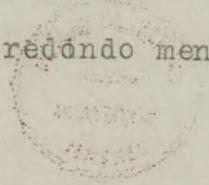


ALGUNAS CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓ-
GICAS SOBRE LA REGION ESCAPULO-HUMERAL

Dos capas de músculos recubren la cabeza humeral, la una superficial está constituida por el deltoídes que marca exactamente los límites de la región escápulo humeral por lo que algunos autores la llaman región deltoídea.

Se inserta por arriba este músculo en el labio inferior de la espina del omóplato, en el borde externo del tercio anterior de la clavícula y por abajo por tres tendones en las dos ramas y en el vértice de la V deltoídea. Es el músculo abductor del brazo. El nervio circunflejo penetra en él por su cara profunda distribuyéndose en su interior.

La segunda capa más profunda es musculo-tendinosa y está constituida por el subescapular que recubre la parte anterior de la cápsula articular, el supra-espinoso que recubre la superior y el infra-espinoso y redondo menor que re-



visten la parte posterior. Todos ellos nacen del omóplato y van á fijarse en las tuberosidades humerales: el primero en el troquin y los tres últimos en el tróquiter. Todos ellos refuerzan y aun suplen á la cápsula articular en los sitios en que ella se hace sumamente fina y aun desaparece.

“El supra espinoso ayuda al deltoides en la en la acción de elevación horizontal del brazo. El eleva el brazo hacia afuera y hacia adelante al mismo tiempo que le hace girar de dentro á fuera al rededor de su eje longitudinal”

(Poirier)

El infra-espinoso imprime tambien al brazo un movimiento de rotación de dentro á fuera lo mismo que el redondo menor.

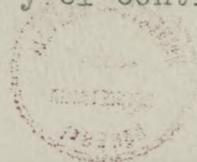
El sub-escapular que como hemos dicho es el único que se inserta en la tuberosidad menor imprime al humero un movimiento de rotación de fuera á dentro siendo por tanto el músculo antagonista de los dos precedentes.



Encima de este cono músculo-tendinoso nos encontramos una bóveda osteo fibrosa formada por el acromión y la coracoides unidos por el ligamento coraco acromial. Este ligamento de formatriangular se inserta por su vértice en la parte inferior del vértice del acromión y por su base en el borde acromial de la coracoides y está amenudo perforado por pequeños agujeros por los cuales penetran pequeños pelotones adiposos que los movimientos de la articulación hacen entrar y salir. Esta bóveda está prolongada hacia afuera, adelante y hacia atrás por el triángulo muscular del deltoides que completa la cubierta de la articulación agrandando la cavidad de recepción y protección de la cabeza humeral.

"Por debajo del músculo deltoides, una finísima hoja aponeurótica continua el ligamento acromio-caracoideo.

Todas estas partes están en contacto directo con la articulación y el continuo roce



de la cabeza humeral en esta envoltura ha creado una gran bolsa serosa, la serosa subdeltoidea" (Poirier. Anatomía)

En efecto, elevado el deltoides una vez desprendidas sus inserciones humerales, nos encontramos por debajo y por fuera del tendón del supra-espinoso una densa capa de tejido celular por la que trepan los vasos y el nervio circunflejo y que cubre la parte superior del humero, la cápsula y la cabeza humeral extendiéndose por abajo hasta la inserción del deltoides. No es raro encontrar esta capa de tejido celular convertida en una verdadera bolsa serosa en los individuos que por razones profesionales han hecho frecuentes y violentos movimientos de elevación y rotación.

Hacia la parte superior de esta capa de tejido celular, y entre la bóveda antes descrita por arriba y las tuberosidades humerales y la cápsula por abajo, nos encontramos con una vasta bolsa serosa de contener según Tillaux 30



gramos de líquido.

Gauthier dice tiene 7 centímetros de longitud, cinco de anchura en su parte superior y dos y medio en la inferior.

Puede considerarse como una verdadera sinovial de una articulación existente entre la cabeza humeral y la bóveda acromio-caracoidea, ejerciendo sus funciones en el momento en que la abducción del brazo traspasa los 45 grados. En efecto, fijando por un medio cualquiera dicha serosa á la tuberosidad mayor humeral, veremos que á partir de los 45 grados el omóplato sigue en su movimiento al humero, cosa que no ocurre hasta traspasar los 90° estando ésta libre.

Gracias á esta articulación complementaria situada entre la extremidad superior del humero y las tuberosidades por una parte y el deltoides por otra, puede el brazo traspasar la horizontal y dirigirse hacia adelante y atras.

Gauthier describe esta bolsa de la siguiente manera "Elevado el deltoides estando coloca-

do el brazo en abducción aplicado al tronco, nos encontramos con esta bolsa serosa. He aquí como se presenta exteriormente: á partir del borde externo del ligamento acromio-caracoideo que se distingue perfectamente por lo blanco y nacarado de sus fibras y por la resistencia que estas últimas oponen á la incisión, se vé un tejido celular denso apretado que se extiende desde este borde sobre la cápsula articular donde presenta su mayor espesor, (seis ú ocho décimas de milímetro) yendo á recubrir la cara superior y la externa de la tuberosidad mayor del humero; pero á partir del borde externo de esta tuberosidad este tejido celular que forma una de las paredes de la bolsa, se adelgaza pasando á ser transparente y no presenta mas espesor que el de una película de tripa de buey. Desde este punto que está situado á 4 centímetros poco más ó menos de la cara superior del tróquiter, esta pared se continúa por delante y por detrás con el tejido celular sub-deltaideo.



«Esta bolsa puede ser considerada como un desdoblamiento de la membrana fibro-celular que envuelve á la articulación y á los músculos que rodean esta, desdoblamiento en dos hojas, que se continúa con la aponeurosis de cubierta del músculo supra-espinoso despues de unirse la inferior á la cápsula articular y la superior á la cara inferior de la bóveda acromio-caracoidea».

Veamos ahora el papel que juega esta bolsa en los movimientos de elevación y de extensión hacia atras del brazo y comprenderemos lo comprometidos que se hallarán estos movimientos cuando ella está enferma.

Si á un sujeto sano le hacemos ejecutar con lentitud la elevación del brazo, el humero se separa del tronco hasta llegar á la horizontal sin que en la escápula se note movimiento alguno pero á partir de la horizontal al encontrar la gran tuberosidad del humero la bóveda coraco-acromial arrastra á

ésta y entonces podremos apreciar que el ángulo inferior de la escápula se mueve en arco de círculo al rededor del ángulo interno que permanece fijo, permitiendo de esta manera la elevación completa del brazo.

En el cadáver una vez elevado el deltoides, veremos que el movimiento de elevación hasta los 45 grados, se verifica única y exclusivamente en la articulación escápula-humeral. Una vez traspasado este límite se vé á la bolsa serosa sub-deltoides plegarse más y más sobre la gran tuberosidad á medida que el brazo se eleva siendo de tanta necesidad este acto para que la función se verifique, que si como antes hemos dicho por un procedimiento cualquiera fijamos dicha bolsa á la tuberosidad nos encontramos con que el movimiento de abducción no se verifica sin que el omóplato sea arrastrado á partir de los 45 grados.

Permitasenos aun hacer algunas consideraciones sobre las tuberosidades humerales y sus relaciones con esta bolsa.



Cuando el brazo está en rotación externa la gran tuberosidad mira directamente hacia afuera, pero cuando el brazo cae normalmente á lo largo de la pared torácica esta tuberosidad viene á colocarse hacia adelante ocupando una posición antero-externa estando por consiguiente sumamente expuesta á los traumatismos que recaen en el muñon del hombro.

Presenta tres facetas, la una superior cuadrada y que mira hacia arriba y en donde se inserta el supra-espinoso, la segunda menor que la anterior que mira hacia arriba, y atras presta inserción al infra-espinoso y la tercera más pequeña que las anteriores es postero-inferior, insertándose en ella el redondo menor.

La tuberosidad menor está situada en la parte interna de la corredera occipital y por lo tanto menos expuesta á los traumatismos, pues si bien estando el brazo en rotación externa se sitúa hacia adelante cuando aquel cae normalmente á lo largo del tronco, cede su si-

tio á la otra tuberosidad situándose en la parte interna hacia la cavidad glenoidea. Su ancha faceta mira hacia arriba y adentro insertándose en ella el tendón del sub-escapular.

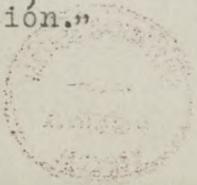
Si á la posición de estas dos tuberosidades sobre todo de la primera unimos la deficiente constitución arquitectónica de la extremidad superior del húmero, compuesta de un tejido esponjoso poco denso, de mallas sumamente finas, y recubierto de una delgadísima lámina de tejido compacto y tenemos además en cuenta que los tendones de los músculos antes mencionados están fuertemente adheridos á ellas no nos extrañaremos de lo frecuentes que son los arrancamientos y las fracturas de la tuberosidad mayor y de la cabeza humeral.

Dice el profesor Poirier hablando de la resistencia de la cabeza humeral.

„El tejido esponjoso de la tuberosidad mayor es poco denso; la mayoría de las veces esta eminencia es blanda y deprimible por el dedo; este teji-



do esponjoso se enrarece muy pronto en su centro (hacia los 35 ó 40 años) donde aparece una cavidad rellena de médula, separada al principio del canal medular por una lámina osea que señala la soldadura diafisaria; con el progreso de la edad ésta lámina desaparece y el canal medular se prolonga hasta la tuberosidad mayor. Nos parece que estas particularidades de extrúctura de la extremidad superior y de la tuberosidad mayor, presentan un gran interés para explicar la forma de las fracturas de la extremidad superior; ellas explican también ciertos síntomas que pueden acompañar á una simple contusión del muñon del hombro suficiente á nuestro parecer para determinar el aplastamiento de la tuberosidad mayor y el derrame sanguíneo tan abundante ordinariamente en esta clase de lesiones. . . Nosotros hemos demostrado con más de veinte piezas que las fracturas de la extremidad superior del humero son la mayoría de las veces por penetración."



Para terminar digamos algo de otras bolsas serosas que existen en la región y que no carecen de un gran interés.

Los principales son la del infra-espinoso entre el tendón y la cápsula y que comunica muy frecuentemente sobre todo en sujetos de alguna edad con la gran sinovial articular; la bolsa serosa del redondo menor al nivel de la inserción del tendón; la del sub-escapular, la sub-coracoidea entre la apofisis coracoidea y el borde superior del sub-escapular, y por último la bicipital.

Todas ellas juegan un papel importante en la patología de la región.



ANATOMIA PATOLÓGICA

~~*****~~

En cuanto á la periartritis aguda poco podremos decir no conociendo autopsia ninguna hecha sobre el particular, y dadas las dificultades de reproducir experimentalmente el síndrome en el animal siendo de presumir que la lesión consiste en una mayor ó menor vascularización de las paredes de la bolsa que se recubren de un exudado fibrinoso y se hacen ásperas, causa probable de la crepitación que en las fases agudas apreciamos cuando la bolsa no está distendida á causa de un derrame.

La forma aguda pasa generalmente á hacerse crónica sin que esto quiera decir no exista una forma crónica desde el primer momento.

Pasada la reacción inflamatoria de las primeras semanas se determina un engrosamiento ó induración de las paredes de la bolsa y del tejido celular que la rodea, estableciéndose ad-

herencias á causa de bridas fibrosas que unen la cabeza humeral á la bóveda coraco-acromial y á la cara profunda del deltoides, dificultando ó impidiendo completamente el deslizamiento de aquella por debajo de esta bóveda.

La inflamación no queda limitada solamente á la alta bolsa sub-deltoidea sino que invade tambien el tejido celular sub-deltoideo que la envuelve.

He aquí la descripción que el mismo Duplay hace de una autopsia hecha por él en 1.870 de un caso de periartritis crónica seca: "En el lado sano el deltoides bien desarrollado y rojo está separado por su parte profunda del humero por un tejido celular flojo que tiene la apariencia de una gran bolsa serosa. Los tendones de los músculos que se insertan en la cabeza humeral son nacarados y brillantes. Se vé perfectamente la existencia de una bolsa serosa entre estas partes y la bóveda acromio-coracoidea. La cápsula articular y su superficie exterior están absolutamente en estado normal."

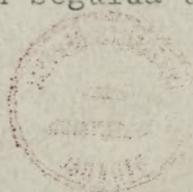


"El lado enfermo presenta notables alteraciones. El deltoides parece poco atrofiado, pero su tejido es mucho más pálido que el del lado opuesto. En lugar del tejido celular flojo que ocupaba la cara profunda del músculo del lado sano se encuentra un tejido fibroso muy resistente constituyendo bridas que en distintos puntos unen el deltoides á la extremidad superior del humero.

No se encuentra absolutamente ningun vestigio de la bolsa serosa que claramente aparecía en el lado opuesto."

"Los tendones de los músculos supra é infra-espinosos, del redondo menor y del sub-escapular han perdido su aspecto brillante y nacarado, lo pulido de su superficie y tienen un color amarillento. Lo mismo ocurre con la cara inferior del acromión que corresponde á la extremidad superior del humero.

Es evidente que la bolsa sub-acromial ha sido el sitio de una inflamación seguida de engrue-



samiento de sus paredes, pero no se encuentran adherencias ni bridas fibrosas á esta altura. Es así mismo imposible encontrar vestigios de adherencias que habrán sido rotas en maniobras hechas unas semanas antes; mientras que se vé facilmente en la cara profunda del deltoides la existencia de bridas fibrosas en las que los puntos de inserción han sido arrancados."

"La cápsula fibrosa de la articulación está ligeramente engruesada sobre todo en su parte inferior; (se sabe que ha habido antes luxación) el tejido celular que la rodea tambien engruesado, está transformado en tejido fibroso y atravesado en una extensión de algunos centímetros por los nervios cubital y braquial cutáneo interno intimamente unidos el uno al otro. En toda esta porción de su trayecto estos dos nervios están rojos y marcadamente inyectados. Por último la superficie externa de la articulación enteramente libre de adherencias, presenta una apariencia normal comparable



á la del lado sano».

En los casos en que hay exudado, este suele ser generalmente un líquido cetrino mas ó menos viscoso, unas veces, otras turbio, ó sero-purulento conteniendo granos amarillentos.

En algunos casos nos encontramos con la forma llamada de granos riciformes de naturaleza tuberculosa y semejante á la sinovitis tendinosa de granos riciformes estudiada admirablemente por Poulet y Vaillard en su memoria de 1.885.



P A T O G E N I A

~~*****~~

Para Duplay la lesión esencial reside en la bolsa serosa sub-deltoidea explicándose por la inflamación de esta bolsa y del tejido celular que la circunda toda la sintomatología de la periartrosis y atribuyendo la atrofia que se observa á la inmovilidad y no negando como fenómeno secundario, la existencia de una neuritis del nervio circunflejo.

Desplats cree que la lesión primordial es la neuritis del nervio consecutiva á una manifestación reumática y que sería la causa de todos los trastornos periarticulares explicándose la atrofia muscular por la neuritis de los nervios periarticulares que se extiende hasta el plexo braquial ó bien por la contusión primitiva de dicho plexo.

Tilleaux sin negar que los hechos pueden verificarse como Duplay dice, cree que en una gran



parte de las veces la lesión primitiva es una neuritis consecutiva á la contusión.

He aquí como él se explica en su Cirugía Clínica.

“Un sujeto se ha caído ó ha recibido un fuerte golpe en el muñón del hombro; acusa un dolor mas ó menos vivo, pero con todo, los movimientos del brazo son posibles y á veces hasta puede continuar su trabajo ordinario.

“No se producen fenómenos agudos pero los movimientos del brazo en vez de aumentar, más bien disminuyen, y luego se nota que el muñón del hombro se aplana, lo cual significa que el deltoides se atrofia. Con el tiempo el enfermo encuentra mayores dificultades para el funcionamiento del brazo y acaba por no poder trabajar ni vestirse siquiera. Si se examina el enfermo en este periodo se observa que los movimientos de abducción y elevación del brazo son imposibles, el muñón del hombro ha disminuido notablemente de vo-



lumen y el enfermo acusa dolores espontáneos cuyo sitio se puede precisar exactamente en el trayecto del nervio circunflejo."

"A mi entender, una contusión primitiva de este nervio dá la explicación satisfactoria de estos fenómenos. Es muy verdad que si se trata de imprimir al humero movimientos de rotación, se nota cierto obstáculo y de ello se deduce legítimamente la existencia de adherencias articulares ó periarticulares; pero no es esto motivo suficiente para dejar de admitir que el punto de origen de la lesión esté en el nervio circunflejo.

El hombro es una de las articulaciones que mas pronto se alteran por causa de la inmovilización y precisamente la parálisis del deltoides consecutiva al traumatismo del circunflejo (parálisis que se acentúa cada vez más á medida que sufre un trabajo de degeneración) inmoviliza forzosamente la juntura. Recuérdese sinó, lo que sucede, por ejemplo, á consecuencia de las fracturas del radio cuando el brazo ha debido permanecer inmovil más tiempo



que de ordinario; el hombro se pone absolutamente rígido, y mucho tiempo después de la curación de la fractura no se ha recobrado aún la función libre de la articulación. Lo mismo sucede á consecuencia de la neuritis del circunflejo."

A nuestro entender tanto la teoría de Tilleaux como la de Duplay nos parecen ciertas en muchos casos dado lo racionales que ambas son, pero no podemos menos de creer que las fracturas de la cabeza humeral y sus tuberosidades juegan frecuentemente un papel importantísimo para explicarnos estos hechos.

Lo frecuente que es que los rayos Roentgen nos acusen en casos de periartritis la existencia de fracturas de esta índole sobre todo las del tróquiter, creemos que nos dá autoridad para pensar que en muchos casos sea primitiva la lesión del esqueleto siendo la sinovitis consecutiva, dado el contacto íntimo que existe entre las tuberosidades y la bolsa sub deltoide-



dea.

La atrofia muscular la explica Duplay por la inmovilidad. "Todo órgano que permanece inerte, dice él, se degenera y atrofia y estas serán mas acentuadas y rápidas cuando el órgano atacado sea más activo."

Esto es una ley general y todos los días vemos su comprobación, pero la rapidez con que se presenta y evoluciona la atrofia en la periartritis, son datos que no la explican bien.

En las paraplegias de origen medular y en las hemiplegias de causa encefálica á pesar de estar los músculos paralizados se manifiesta la atrofia muy á la larga y lentamente.

Por otra parte en los casos poco dolorosos y en los que los movimientos del miembro se hallan poco comprometidos la atrofia muscular no se hace esperar; de aquí que busquemos otras razones para explicarnos estos hechos sin que por esto creamos que la inmovilidad no intervenga como factor bas-



tante importante.

Para Charcot es la consecuencia de un acto reflejo; los nervios periarticulares irritados por la inflamación transmitirían esta irritación á la sustancia gris espinal. Afectas las células nerviosas de los cuernos anteriores se produciría en ellas primero un trabajo irritativo que nos explicaría la contractura del primer periodo por excitación refleja del sistema neuro-muscular que iría seguida del cansancio de la célula ganglionar y por ende la paresía, y la atrofia simple del músculo.

En otro caso la lesión muscular sería degenerativa y la afección espinal se traduciría por una atrofia de las células nerviosas de los cuernos anteriores.

La teoría de Roux que atribuye la atrofia á la distensión que sufre el músculo por el líquido acumulado en la serosa no puede ser admitida en los casos en que no existe exudado y



solamente podría ser cierta tratándose del deltoide, no explicándonos la atrofia del supra é infra-espinoso ni la del pectoral que tan frecuentemente se observa.

Creemos que la atrofia que se presenta con gran rapidez y en la primera semana se explicaría bien atribuyéndola á una neuritis traumática concomitante con la periartrosis y que la causa sería la misma aunque los procesos fueran dos distintos y que evolucionarían por su cuenta.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la atrofia muscular no se presenta siempre rápidamente en la periartrosis sino á las seis ú ocho semanas evolucionando con extraordinaria lentitud, nos satisface la teoría de Duplay que la atribuye á la inercia de la activa articulación escapulo-humeral, así pues, según los casos la causa de la atrofia será distinta.



E T I O L O G I A

~~XXXXXXXXXXXX~~

Los traumatismos juegan el papel más importante en la etiología de la periartritis escápulo-humeral.

Generalmente la causa suele ser una contusión sobre el muñon del hombro, bien por un golpe directo ó por caída sobre él.

Otras veces es un movimiento brusco del brazo, (acto de lanzar una piedra con fuerza, por ejemplo, como en el caso descrito por el Dr. Lozano en la Clínica Moderna, Mayo 1.902)

La torsión exajerada del húmero alrededor de su eje acompañada de la abducción del brazo, suele ser causa frecuente de periartritis.

No es raro verla en individuos que por razones profesionales llevan grandes pesos sobre el hombro.

Duplay en su memoria no menciona entre



las causas de periartritis las fracturas, de las tuberosidades humerales y las llamadas verticales de la extremidad superior del húmero.

Es lo cierto, que muchos casos en que se hace el diagnóstico de periartritis consecutiva á un fuerte traumatismo, los rayos Roentgen nos demuestran la existencia de lesiones del esqueleto de la articulación.

Por otra parte tambien es muy frecuente ver fracturas de esta índole ir seguidas de síntomas netos de periartritis siendo muy racional el pensar que la periartritis es consecutiva á estas fracturas dadas las relaciones de la cabeza humeral y de sus tuberosidades sobre todo del tróquiter con la bolsa serosa sub-deltaidea. En otro capítulo veremos lo frecuente que es diagnosticar una periartritis simple, descubriendo después los rayos X la existencia de fracturas de esta índole.

Los agentes exteriores pueden tambien ser causa de localización de una diátesis; así, es muy frecuente ver un reumático que á consecuencia de



un insignificante traumatismo ó por la acción del frío es víctima de una periartritis.

El reumatismo articular agudo puede también determinar la inflamación de la bolsa serosa sub-deltoidea.

Lejars (Tratado de Cirugía Duplay y Reclus) cita la blenorragia como pudiendo ser causa de periartritis.

Mr. Vidal en la Gaceta hebdomadaria (1896) describe un caso de periartritis supurada de origen pneumocócico que lo reproducimos más adelante.

Esta bolsa serosa puede inflamarse también por la acción de diversos agentes infecciosos localizados en sus proximidades (erupciones furunculosas, flemones, osteomielitis, &c.)

Y por último citemos la tuberculosis como responsable de la forma llamada hygroma de granos riciformes (Pottel y Vaillard.)



S I N T O M A T O L O G I A

~~*****~~

Sea la periartritis aguda ó crónica, siendo esta forma con mucho lo más frecuente, vaya ó no acompañada de formación de un exudado, cuatro son los síntomas que la caracterizan; dolor, impotencia funcional, la contractura muscular y la atrofia muscular.

En los casos de periartritis aguda en que asistimos á la formación de un exudado purulento, el dolor es espontáneo, intenso, difuso y muy tenaz y va acompañado de un enrojecimiento é hinchazón del muñon del hombro y de aumento de la temperatura local y general. En suma, es la evolución de un flemón.

Por el contrario en la forma crónica, el dolor apenas espontáneo es solo provocado por los movimientos y la presión, manifestándose en la parte externa del muñon del hombro á dos dedos por debajo del acromion punto en que el circunflejo se dis-



tribuye por la piel; otro punto doloroso existe en las inserciones inferiores del deltoides (V deltoidea) y muy frecuentemente por debajo de la apófisis coracoides es dolorosa la presión.

Así podemos encontrarnos también con alteraciones de la sensibilidad en el brazo, antebrazo y manos y principalmente en las zonas inervadas por el braquial cutáneo interno siendo probablemente debidas á la compresión del nervio por el tejido fibroso de nueva formación.

La compresión de la cabeza humeral en el hueco axilar no despierta dolor alguno.

Si examinamos el enfermo de pié y desnudo, observaremos los hechos siguientes. Los movimientos de abducción se hallan notablemente dificultados siéndole al enfermo muy difícil llevar la mano á la frente é imposible ponerla encima de la cabeza.

Si comparamos los movimientos del lado sano con los del lado enfermo, veremos que mién-



tras que en aquel el brazo se eleva hasta la horizontal sin que el omoplato se mueva lo más mínimo, en el lado enfermo una vez que el húmero traspasa los 45 grados, arrastra consigo á la escápula haciéndola bascular de tal manera que el ángulo inferior de ella gira hacia adelante y la cavidad glenoidea hacia arriba y afuera.

Si hacemos ejecutar al brazo movimientos pasivos nos encontraremos con la confirmación de estos hechos. Tomemos el codo en flexión con una mano y fijemos la escápula con la otra cogiéndola por su ángulo inferior y borde axilar, elevemos el brazo lentamente y veremos que mientras que el omoplato queda inmovil hasta los 45 grados una vez que traspasamos éste límite su ángulo inferior se nos escapa de los dedos ocasionando al enfermo dolores intensos si tratamos de fijarlo. Los movimientos hacia adelante y hacia atrás se hallan poco limitados pudiendo el brazo formar un ángulo de 60 grados con la vertical sin que el enfermo acuse dolor.



Por el contrario el acto de llevar el brazo hacia atrás y adentro como para colocar las manos al nivel de la cintura está grandemente dificultado, viendose los enfermos imposibilitados para vestirse á causa de los grandes dolores que ocasionan estos movimientos.

Estando el brazo caído y unido al tronco los movimientos de rotación alrededor de su eje, aunque algo limitados no ocasionan dolor.

Nos parece importante hacer constar que los movimientos posibles se hacen con cierta agilidad y son perfectamente libres hasta un punto inflexible y siempre el mismo, como si el traspasar ciertos límites lo impidiera un obstáculo material, duro y rígido.

La contractura muscular es siempre constante en los primeros días.

El enfermo se presenta ante nosotros con el codo en semi-flexión (en un primer periodo,



entiendase bien, pues más tarde cuando la atrofia comienza á iniciarse puede esto no ocurrir) á causa de la contractura del biceps y con el brazo inmóvil y unido al tronco por la contractura del pectoral mayor, gran dorsal y redondo mayor.

Esta contractura más manifiesta cuanto mayores son los dolores parece quedar bien explicada atribuyéndola á que el enfermo inconscientemente contrae sus músculos para inmovilizar la articulación. Anestesiado el enfermo desaparece la contractura.

La atrofia muscular que se manifiesta unas veces desde la primera semana no aparece hasta la 6^a ú 8^a en otros casos, siendo el deltoides el músculo más comprometido y el primero atacado.

Debido á ella presentase el muñon enfermo menos voluminoso que el sano notándose sobre todo al nivel del deltoides un aplanamiento en la mayoría de los casos.

” Los músculos que forman las paredes de la



axila están en ciertos casos de periartritis seca tan atrofiados, esclerosados y retraídos que tienen la rigidez y la consistencia de la madera "(Chauvel).

Algunas veces veremos también las fosas supra é infra-éspinosas escavadas y el gran pectoral adelgazado y como pegado al tórax.

Hay otro síntoma de gran importancia cuando se presenta, que no es siempre. Nosotros no hemos tenido ocasión de observarlo. Este síntoma es la crepitación. Duplay lo ha apreciado dos veces por cada diez enfermos.

Para que la crepitación se aprecie es necesario imprimir al brazo movimientos en distintos sentidos estando este en abducción y lo suficientemente elevado para que la tuberosidad mayor se deslice por debajo de la bóveda acromial; de esta manera las paredes de la bolsa serosa arrugadas y comprimidas entre el tróqui-



ter y el acromión rozan unas con otras produciendo la crepitación siempre que no exista un derrame que impida este frotamiento.

Es más fácil observarlo estando el enfermo anestesiado pues los movimientos no siempre son posibles á causa de los grandes dolores que ocasionan y por otra parte el enfermo inmoviliza de tal manera la articulación contrayendo sus músculos, que los movimientos no se verifican en esta, si no en la externo-clavicular.

Un traumatismo intenso seguido inmediatamente de hinchazón y de un equimosis deltoideo precoz y de otro más tardío en la cara interna del brazo, nos harán pensar en una lesión de la epifisis superior del húmero.

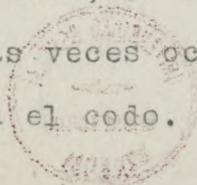


D I A G N Ó S T I C O

~~XXXXXXXXXX~~

La periartritis aguda no se confundirá con la la artritis. Esta en su forma aguda está caracterizada por atroces dolores provocados al menor movimiento. La palpación de la cabeza humeral en el hueco axilar provoca dolores intensísimos, cosa que no ocurre en la periartritis en que la presión de esta en dicho sitio es completamente indolora. En el caso en que exista exudado, este lo apreciaremos al nivel de la bolsa serosa sub-deltoidea y no en el intersticio que existe entre el deltoides y el pectoral como ocurre en los casos en que el exudado es intra-articular.

La periartritis fibrosa podrá en algunos casos hacernos pensar en la artritis á causa de la anquilosis. En esta, los dolores son espontáneos, cosa que pocas veces ocurre en aquella é irradiándose hacia el codo.



132

En cuanto á los dolores provocados por la presión, en la artritis existe en los puntos accesibles á la articulación ó sea en la axila y en el intersiticio situado entre el deltoides y el pectoral, mientras que en la periartritis estos puntos son indolores, estando los puntos dolorosos como antes hemos dicho uno á 4 centímetros por debajo del acromion en el lado externo del brazo, otro en la V. deltoidea y otro inmediatamente por debajo de la apofisis coracoides.

Los dolores provocados por los movimientos tampoco se comportan de la misma manera en la artritis que en la periartritis. En aquella todos los movimientos resultan dolorosos por pequeños que sean; en esta por el contrario pueden verificarse sin dolor todos ellos siempre que no se traspasen ciertos límites constantes y fijos.

Por último el análisis de las perturbaciones funcionales nos dará también datos para establecer el diagnóstico diferencial en estos dos casos.



En la artritis en todos los movimientos del brazo por pequeños que sean, el omoplato es arrastrado; en la periartritis los movimientos se pueden verificar sin auxilio de la escápula siempre que no se traspasen ciertos límites, que para el de abducción es de 45 grados y esto se explica por la laxitud de las adherencias que caso de no estar interesada la articulación, permiten cierto juego de las superficies articulares, sin arrastrar al omoplato hasta que ellas han alcanzado el límite de su extensión.

De aquí que sea el movimiento de abducción el que produce en la periartritis la desviación escapular y no el de adducción como ocurre en la artritis verdadera en la que si hacemos al humero verificar movimientos de abducción y adducción aun sin traspasar los 45 grados el omoplato será arrastrado lo mismo hacia afuera que hacia adentro.

En la contusión simple y cuando el traumatismo ha sido tan intenso como para producir per-

turbaciones funcionales, se presenta generalmente un equimosis más ó menos intenso y en el movimiento de abducción el brazo no arrastra al omoplato mientras no traspase la horizontal.

La contractura del deltoides y su parálisis son causa de deformaciones del muñón del hombro y de perturbaciones funcionales, pero la presión en los distintos puntos mencionados no es dolorosa.

La presencia de un equimosis tardío en la cara interna del brazo y la hinchazón considerable del muñón del hombro inmediatamente después del traumatismo nos hará pensar en una fractura de la extremidad superior del humero.

La crepitación producida por el rozamiento de los fragmentos cuando no hay penetración, es un signo patognomónico, crepitación que para obtenerla deberemos con una mano imprimir al brazo colocado más alto de la horizontal, movimientos de rotación fijando sólidamente la tuberosidad con la otra.

Pero en general los síntomas de esta clase de fracturas son muy oscuros hasta el punto de ser im-



posible establecer clinicamente un diagnóstico seguro pues incluso la crepitación, la desviación de fragmentos y la deformación son casi siempre síntomas más teóricos que prácticos, sobre todo los primeros días que siguen al traumatismo á causa de la gran tumefacción que invade el hombro.

Por otra parte los signos más evidentes presentan mucha analogía con la periartritis escapulo-humeral. Como en esta, se nos presentan los enfermos con el brazo inmóvil apoyado contra el tronco, la región está tumefacta, existe un punto doloroso en el sitio que ha actuado el traumatismo y en el punto en que existe la fractura, dolor localizado generalmente como en la periartritis en el muñón del hombro y á dos traveses de dedo por debajo del acromiön.

Más tarde cuando la inflamación y el dolor ceden, los movimientos reaparecen pero están limitados. El enfermo puede, pues, hacer algunos



movimientos pero no puede trabajar como antes, ni colocar su mano encima de la cabeza sin experimentar grandes dolores. Hay rigidez articular. Este dolor y las perturbaciones, persisten y nosotros nos vemos seriamente comprometidos para establecer el diagnóstico y pronóstico.

Examinamos al enfermo haciendo mover su brazo fijando el omóplato y como en los casos de periartritis el brazo verifica su movimiento sin el auxilio de la escapula hasta los 45 grados; pero si pasamos de los 45 grados, el enfermo acusa dolor y el omóplato es arrastrado por el humero.

Todos los otros movimientos están tambien limitados: flexión hacia adelante, hacia atrás, rotación y circunducción.

Vemos, pues, las dificultades que presenta el diagnóstico en los casos de lesiones traumáticas de la región deltoidea dado que la sintomatología es casi idéntica en esta clase de fracturas que en la periartritis.



Así, pues, creemos que cuando un fuerte traumatismo ha interesado la región del hombro debemos recurrir siempre que nos sea posible á los rayos Roentgen pues si bien este medio de exploración no debe sustituir á la clínica, es un medio complementario magnífico para la comprobación del diagnóstico y para descubrir la existencia de lesiones imposibles de diagnosticar por la exploración manual.

Mr. Tuffier en un artículo publicado en la "Prensa Médica" del 10 de Enero de 1.900 reproduce cuatro esquemas de radiografías que demuestran claramente la existencia de lesiones óseas en enfermos diagnosticados de artritis ó periartrosis traumática.

Dice Mr. Tuffier en dicho artículo:

"Si hay una articulación en la que las fracturas pasen desapercibidas, esta es la del hombro."

"Yo no hablo de fracturas del cuello anatómico en las que ningún aparato hoy por hoy tiene la pretensión de reducirlas, yo hablo de las fractu-

ras parciales de la cabeza humeral. Todos nosotros hemos visto un traumatismo del hombro, provocar rigideces articulares definitivas sin lesión aparente y diagnosticadas de rigideces consecutivas á artritis ó periartrosis traumática."

"Estos procesos existen seguramente pero en tres enfermos de los que hé aquí el esquema de la radiografía, el diagnóstico había sido de artritis ó periartrosis traumática con rigidez consecutiva y los tres tenían una fractura desconocida de una de las tuberosidades."

"Téngase presente que la regularidad de la cabeza humeral es indispensable para su buen funcionamiento y comprenderemos que la inútil inmovilidad de la articulación lleva consigo en estos casos la formación de un callo vicioso causa de una rigidez definitiva. Numerosas artritis y periartrosis no tienen otro origen. ¿que puede hacer un aparato en lesiones de esta índole? Pretender coaptar estos fragmentos es una utopía pero la enseñanza que nos dé es preciosa puesto que nos per-



mite comprender la formación de estas pseudo-anquilosis traumáticas tan frecuentes y tan poco explicadas "

ESQUEMA DE MR. TUFFIER n° 1

Representa una fractura de una tuberosidad del humero en un sujeto muy musculoso y enviado á los 15 días á la Pitié(1.898) diagnosticado de artritis traumática.

ESQUEMA DE MR. TUFFIER n° 2

Fractura parcial de una tuberosidad humeral. Rigidez articular atribuida á una periartritis. (Julio 1.899)

ESQUEMA DE MR. TUFFIER n° 3

Fractura de una tuberosidad humeral no apreciable por procedimientos clínicos (La Pitié 1898)

ESQUEMA DE MR. TUFFIER n° 14

Enfermo enviado de Saint Denis tres semanas después del traumatismo. Diagnóstico, periartritis. El esquema demuestra la existencia de una fractura de la tuberosidad mayor. (Lariboisière)



EVOLUCION Y PRONÓSTICO

~~XXXXXXXXXXXX~~

En los casos de periartritis aguda con exudado puede éste reabsorberse terminando los fenómenos inflamatorios y curar. Pero la mayor parte de las veces el exudado no tiende á desaparecer tomando la afección una marcha crónica y formándose alrededor de la articulación bridas fibrosas que comprometen de día en día los movimientos.

Frecuentemente y á consecuencia de un pequeño traumatismo, la mayoría de las veces, la infección de la bolsa viene á complicar el cuadro, transformándose el higroma simple en purulento de pronóstico serio dada la proximidad de la articulación escapulo humeral á la cual se puede comunicar la infección.

El pus invade generalmente la axila y el hueco sub-clavicular no teniendo ninguna tendencia á abrirse al exterior á causa de la interposición de



la masa deltoidea entre la bolsa y la piel.

Los síntomas por lo demás son los del flemón profundo, dolor, fiebre intensa, delirio &.&.

La periartritis seca aguda como hemos dicho antes, tiende generalmente á hacerse crónica, entonces se produce la atrofia de los músculos, los movimientos se limitan más y más á medida que las adherencias fibrosas se producen, hasta inmovilizar casi completamente la articulación escapulo-humeral, verificándose los movimientos á expensas de la externo-clavicular.

La enfermedad no teniendo ninguna tendencia á curarse por sí misma, el pronóstico es de lo mas serio sino se instituye á tiempo un tratamiento conveniente con el cual y en los casos mas favorables puede curar en 6 ó 7 semanas proximately.

La mayoría de los casos reclaman 3 ó 4



meses de tratamiento habiendo otros que necesitan hasta 6 y 8 meses.

De todas maneras no podremos asegurar que el miembro recobre completamente sus funciones.

El pronóstico en los casos en que haya fractura será menos favorable, pues además de que la inflamación estará sostenida por ella, habrá un motivo más para que los movimientos se hallen comprometidos á causa de los depósitos irregulares de materia ósea que se forman en la vecindad de la fractura durante el período de consolidación.

La persistencia de dolores en la región y á lo largo del brazo es un signo desfavorable por cuanto indica un trabajo de irritación por parte del nervio.

Son tambien elementos que nos servirán para establecer el pronóstico, el estado general del enfermo, su predisposición á las afecciones reumáticas y el grado de limitación de los movimientos.



T R A T A M I E N T O

~~XXXXXXXXXX~~

El tratamiento variará según la forma:

En los casos de periartritis aguda seca ó en los que la escasa cantidad de exudado nos haga presumir sure absorción prescribiremos desde luego el reposo y los antiflogísticos.

Una vez que los fenómenos dolorosos han desaparecido, procederemos á hacer verificar á la articulación movimientos graduados para impedir la pseudo-anquilosis.

Se practicará también el masaje para prevenir la atrofia muscular.

Por el contrario en los casos en que el derrame no tenga tendencia á reabsorberse y sea abundante, procederemos á la punción.

Si el derrame es purulento habrá necesidad de abrir extensamente la bolsa y drenarla sin pérdida de tiempo dado lo fácil que es que la infección se trasmita á la cápsula articular.



En las formas secas de periartritis crónicas y una vez que las adherencias se han formado deberá cloroformizarse al enfermo para romper las bridas que se oponen al perfecto funcionamiento del brazo.

Un ayudante fijará fuertemente el omóplato mientras el cirujano imprime al brazo movimientos en todos sentidos.

Los crugidos que se producen durante la operación nos indican la rotura del tejido fibroso.

La operación se repetirá las veces que fuere necesario no dejando de practicar diariamente la gimnasia de la articulación.

Contra la atrofia muscular lucharemos por medio del masaje y la electricidad.

En un artículo publicado en la "Prensa Médica" (27 de Agosto del corriente año), Mally dice que el mejor tratamiento deberá estar basado en el empleo de la electricidad.

"La faradización intensa del deltoides y de los músculos peri-escapulares, dice él, produce



y debe producir siempre un alivio inmediato: espontáneamente el enfermo eleva su brazo con más facilidad y con un poco más amplitud. Se aprovechará esta libertad pasagera para ejercer tracciones progresivas pero enérgicas sobre el húmero fijando antes la escápula. Se terminará con una segunda tentativa de faradización aplicada como la primera pero más corta. Este tratamiento deberá hacerse diariamente y con constancia, pero no deberá fatigarse al enfermo".

En los casos en que exista una fractura con penetración deberá fijarse el brazo al tronco durante 10 ó 12 días. Cuando la coaptación de los fragmentos no se pueda obtener sin la elevación y la abducción del brazo, se deberá, acostado el enfermo, recurrir á la extensión continua sobre el brazo en rotación externa y en abducción en ángulo recto con el tronco, Esta actitud podrá asegurar la re-



ducción y coaptación en las fracturas de la tuberosidad mayor.

El masaje y la movilización efectuadas tan pronto como los fenómenos agudos hayan desaparecido nos servirán para prevenir la anquilosis. Hace falta comenzar este tratamiento todo lo antes posible (á los 12 ó 14 días lo más tarde) Durante los primeros días deberemos ser prudentes con la movilización. Por el contrario el masaje será profundo y prolongado desde el principio.



O B S E R V A C I O N E S

~~*****~~OBSERVACION 1^a.-(personal)

Periartritis escápulo humeral sin signos apreciables clinicamente de fractura de la extremidad superior del humero. La radiografía demuestra la existencia de una fractura en forma de V. de la extremidad superior del humero.

M.....de 52 años, cochero se presentó el 28 de Abril de 1.904 en la consulta del Dr. Demoulin en el Hospital Boucicaut declarándose incapaz de trabajar á causa de una rigidez articular del lado derecho.

Dice el enfermo que dos meses antes á consecuencia de una caída desde el pescante de su coche recibiendo el golpe sobre el muñon del hombro sobrevino una gran hinchazón en dicho sitio con equimosis precoz. Mas tarde apareció otro equimosis en la cara interna



del brazo.

Fué sometido á las fricciones y le inmovilizaron el brazo con un simple vendaje.

Examinado el enfermo presenta todos los signos de periartritis. No se nota ninguna deformación de la extremidad superior del húmero. El deltoides está atrofiado pero no hay atrofia apreciable de los músculos supra é infra-espinosos. Se nota una ligera crepitación en todos los movimientos que se comunican al brazo, crepitación muy parecida á la que se aprecia en las sinovitis.

El enfermo es diagnosticado de periartritis traumática.

Radiografiado se descubre la existencia de una fractura en V de la extremidad superior del húmero.

El masaje y la movilización fué el tratamiento instituido.

Al mes de tratamiento la atrofia deltoidea muy marcada el día de entrada del enfermo, pare-



cía menos pronunciada y los movimientos de abducción aunque aun exigían la ayuda de la escápula eran notablemente más extensos.

Estaban también mejorados notablemente los movimientos de elevación hacia adelante y atrás.

La rotación interna se hacía con su amplitud normal; el enfermo podía poner bastante fácilmente la mano sobre la región lumbar correspondiente.

OBSERVACION 2^a

Periartritis escápulo-humeral izquierda sin signos clínicos apreciables de fractura del cuello anatómico ó del cuello quirúrgico pero con deformación y eminencia anormal de la región de la tuberosidad mayor.

D.....57 años, jornalera entró por rigidez del hombro derecho en el Hospital Necker, Sala Foucher, bajo la dirección del Dr. Demoulin el 10 de Septiembre de 1.902.



Esta mujer sin antecedentes personales ni hereditarios dignos de mención, cuenta que á fines del mes de Julio de 1.902 había sufrido una caída recibiendo el golpe sobre el codo y cara posterior del brazo izquierdo.

Añade que despues del accidente se le hinchó mucho la región deltoidea apareciendo al dia siguiente con equimosis en la misma región.

Unos dias despues apareció otro en la cara interna del brazo.

Fué curada despues del accidente con la aplicación de compresas revulsivas y se le inmovilizó la articulación con un vendaje.

Solicita entrada en el Hospital porque no puede trabajar á causa de dolores expontáneos sobre todo durante la noche y porque los movimientos son tambien dolorosos y están muy limitados.

Examinada la enferma nos dá los datos siguientes:

El brazo izquierdo está unido al tronco y



al antebrazo ligeramente flexionado sobre el brazo y sostenido con la mano derecha.

La región deltoidea enferma comparada con el lado sano está aplastada como también las fosas supra e infra-claviculares aunque en menor grado.

La inspección demuestra que las fosas supra e infra-espinosas están menos llenas que en el lado sano y el pellizcamiento del deltoides que está mas blando y flácido que su compañero.

En una palabra hay atrofia de los músculos periarticulares del hombro.

A través del deltoides atrofiado y siempre comparativamente, se observa que si la cabeza humeral izquierda parece conservar sus caracteres normales, la región de la tuberosidad mayor está engruesada y deformada, sintiéndose en el sitio de esta apófisis al nivel de su borde inferior una cresta ósea apreciable perfectamente



con la pulpa del dedo, y que hace pensar en una fractura viciosamente consolidada de esta gruesa tuberosidad.

El exámen funcional demuestra todos los signos de una periartritis escápulo humeral clásica.

Los movimientos de abducción del brazo no pueden hacerse mas allá de los 45 grados sin arrastrar al omóplato.

Los movimientos de elevación del brazo hacia adelante y hacia atrás están muy limitados

Ruegase á la enferma que ponga la mano izquierda sobre su cabeza y no puede hacerlo elevándola solamente hasta la extremidad interna de la clavícula.

Es completamente imposible colocar la cara dorsal de la mano izquierda sobre la región lumbar correspondiente.

Los movimientos provocados de rotación del humero hacia afuera son dolorosos y casi nulos.



También están limitados los de rotación hacia dentro, pero en menor grado.

La palpación de la región deltoidea revela un dolor vivo por debajo del borde externo del acromión. Cogiendo entre los dedos la inserción humeral del deltoides se provoca un dolor aun más acentuado. Si se ensaya de poner el antebrazo en extensión el enfermo se queja también de un dolor vivo por debajo de la apofisis coracoides.

Todos estos signos permiten afirmar la existencia de una periartritis.

Pero la deformación de la región de la tuberosidad mayor decide al cirujano á que se haga una radiografía y ella revela una fractura de la extremidad superior del humero difícil de clasificarla pues no pertenece á ninguno de los tipos habituales de fractura del cuello anatómico ni del cuello quirúrgico pero aproximándose más bien á esta última variedad.



La radiografía demuestra en efecto que las relaciones de la cavidad glenoidea y de la cabeza humeral son las normales no estando alterada la forma de esta perp parece que la extremidad superior de la diafisis ha penetrado mas hacia la parte externa que á la interna haciendo saltar la mitad externa de la extremidad superior de la epifisis humeral en donde se encuentra la tuberosidad mayor, de aquí la eminencia que se aprecia por la palpación, y que no es otra cosa que la mitad inferior de esta apofisis, desprendida en este punto del resto del humero.

En resumen: un exámen clinico muy mucioso no daba datos para diagnosticar la fractura de la extremidad superior del húmero, aunque hacía suponer una lesión de la tuberosidad mayor, habiendo permitido la radiografía asegurar el diagnóstico de fractura y afirmar que la periartritis observada tenía una causa primitiva; la lesión del esqueleto humeral.



El masaje y la movilización fueron aplicadas cuidadosamente durante tres semanas y cuando el enfermo abandonó el hospital no había mejoría alguna. La limitación de los movimientos era la misma; los dolores habían disminuido algo.

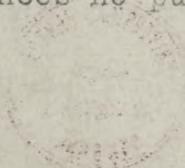
OBSERVACIÓN 3^a (personal)

PERIARTRITIS CRÓNICA TRAUMÁTICA

D.....56 años carpintero entró en el Hospital Necker sala del Dr. Demoulin el 3 de Mayo de 1.904. Sin antecedentes hereditarios ni individuales.

El 17 de Febrero de este año sufrió una caída recibiendo el golpe sobre el hombro izquierdo sintiendo un vivo dolor y presentándose al poco tiempo un equimosis poco mayor que una pieza de 5 pesetas al nivel de las inserciones humerales del deltoides. Se le trató por el masaje y la inmovilización.

Desde entonces no puede trabajar á causa



de lo molestos que le son los movimientos del brazo molestis que aumenta de día en día.

Examinado el enfermo vemos que el hombro enfermo está un poco mas elevado que el sano.

El brazo y antebrazo del mismo lado caen normalmente á lo largo del tronco.

El enfermo tiene la cabeza ligeramente inclinada hacia el lado enfermo.

El deltoides y el biceps estan un poco atrofiados y las fosas supra é infra-espinosas han perdido mucho su relieve.

El enfermo se queja de un dolor continuo localizado en la parte superior y externa del brazo, dolor que se exacerba á la presión y que tiene su máximun de intensidad á unos 4 centímetros por debajo del acromión:

La presión entre los dedos de la parte inferior del deltoides hacia sus inserciones humerales es un poco dolorosa.

El enfermo siente cierta sensación de cosqui-



llego á lo largo del miembro superior.

El movimiento de abducción se verifica bien hasta un poco antes de la horizontal no pudiendo elevar mas el brazo por ocasionarle un vivo dolor.

El omóplato es arrastrado antes de que la abducción alcance los 90 grados.

Los movimientos pasivos son tambien dolorosos cuando el brazo se eleva más allá de la horizontal.

El movimiento del brazo hacia adelante está tan poco limitado que permite al enfermo colocar su mano sobre la cabeza. El movimiento hacia atrás se encuentra algo mas comprometido.

La mano del lado enfermo no puede ser colocada atrás al nivel de la cintura sin ocasionar un vivísimo dolor.

Diagnóstico; periartritis crónica seca.



OBSERVACION 4^a (personal)

PERIARTRITIS CRONICA CONSECUTIVA A UN TRAUMATISMO.

El Dr. Bago de San Sebastián tiene la amabilidad de enviarnos el día 2 de Octubre del corriente año para que sea examinado por nosotros el enfermo P.G. de 52 años, jornalero, que exige sea indemnizado por su patrón, por creer que la ley de accidentes del trabajo le autoriza á percibir dicha indemnización. No hay antecedentes dignos de mención.

El día 1° de Marzo del corriente año cayó sobre su hombro derecho una caja de gran peso desprendida de la cadena de una grua. Inmediatamente sintió un dolor agudísimo. Conducido á la Casa de socorro se vió la existencia de un equimosis en la parte externa y parte posterior de la extremidad superior del brazo y del tamaño de la palma de la mano. Fué curado con compresas empapadas en un líquido. Tuvo varios



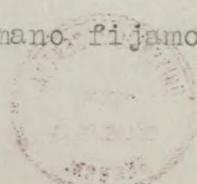
días inmovilizada la articulación por ocasionarle dolor los movimientos pero cuando ~~después~~ transcurrido algún tiempo quiso servirse de su miembro observó que los movimientos de el estaban muy limitados y eran dolorosos cuando pasaban de cierto límite, continuando hasta el día de su presentación ante nosotros, sin mejoría alguna.

Examinado el enfermo nos encontramos con que el hombro enfermo está mas elevado que el sano y las fosas supra é infra-clavicular mas pronunciadas en aquel lado que en este.

No se aprecia diferencia ninguna en el volumen de ambos hombros.

Invitado el enfermo á elevar el brazo derecho hacia afuera lo hace hasta los 45 grados solamente estando el cuerpo recto; siéndole necesario inclinarse y servirse de la articulación externo-clavicular para traspasar estos límites.

Si con una mano fijamos el omóplato es im-



posible pasar el movimiento de abducción de los 45 grados.

Los movimientos pasivos nos dan el mismo resultado.

Los movimientos de rotación del brazo alrededor de su eje se verifican con la misma amplitud en los dos lados cuando los brazos caen normalmente á lo largo del tronco pero estando estos en cruz, la rotación hacia adentro del derecho ocasiona mucho dolor.

La mano derecha no puede colocarse atrás al nivel de la cintura.

Existe un punto doloroso á la presión y agudo en la parte externa del muñon del hombro á cuatro centímetros por debajo del acromión y otro en la fosa supra-clavicular.

La presión de la cabeza humeral en el hueco axilar provoca algún dolor.

En vista de todos estos datos hemos diagnosticado la existencia de un periartritis de Duplay sin desechar la idea de que existe una lige



ra artritis dado lo sensible que es la cabeza humeral á la presión efectuada en el hueco axilar.

Recomendamos la faradización intensa de la región y la gimnasia articular.

El enfermo está en el 7º día de tratamiento y asegura estar más aliviado.

OBSERVACION 5ª (personal)

PERIARTRITIS SUPURADA DEL HOMBRO DERECHO

Publicada en las Historias clínicas del segundo curso de Clínica Quirúrgica (1900 á 1901) bajo la dirección de nuestro maestro el Dr. Guedea.

=

Ocupa la cama nº 3 A.J. de 30 años, soltero, labrador, natural de Tomelloso (Ciudad Real) de temperamento linfático nervioso y mediana constitución. Carece de antecedentes hereditarios é individuales.

ENFERMEDAD ACTUAL. Comenzó hace 35 meses á con-



secuencia de un traumatismo, recibido en la unión del tercio medio é inferior del brazo derecho: á los cuatro meses de sufrir el golpe y sin dolor ni molestias que le impidieran trabajar, apareció en dicho sitio un bulto del tamaño de un huevo de gallina sin que la piel presentase signos de inflamación apreciables por el enfermo; dos meses despues se abrió espontáneamente dando lugar á la salida de un pus amarillo que siguió fluyendo durante 14 dias, al cabo de los cuales se cerró la herida merced á irrigaciones con agua afenicada y cura con gasa yodoformica. En el mes de Marzo del año anterior, se le formó en el mismo sitio otro bultó de menor volumen que el primero, que habiéndose abierto á los pocos dias, dió motivo á que acudiera á la Clinica primer curso; al mismo tiempo se le formó otro absceso del tamaño de una avellana sobre el pectoral mayor del lado derecho que comprimido dejaba salir pus por la abertura del otro absceso y que se le abrió el mismo dia que ingresó en la Clinica. A los pocos dias de su



ingreso se le desarrolló en el hombro derecho un flemón bastante doloroso y que exigió intervención por la parte posterior á fin de evacuar el pus formado. A mediados de Agosto apareció un nuevo absceso al nivel del tercio medio del borde externo del biceps derecho; se abrió espontáneamente dando salida á gran cantidad de pus seroso y quedando una úlcera que todavía conserva actualmente.

ESTADO ACTUAL.-Enfermo regularmente constituido; el hombro derecho más elevado que el izquierdo, más redondeado en todas sus partes, especialmente en la parte externa de la región clavicular, más abultado que el lado opuesto, abultamiento que contrasta con la atrofia de los músculos del brazo del mismo lado.

Presenta de arriba á abajo sobre el pectoral mayor del lado derecho una superficie de color lívido que tiene la extensión de una moneda de cinco pesetas y en la que aboca un trayecto fistuloso por el que, mediante la compresión,



se vé salir un líquido seroso sanguinolento. En la parte postero interna de la extremidad superior del brazo hay una cicatriz hundida y livida, restos de la intervención antes mencionada. Una úlcera inmediatamente por fuera de la inserción deltoidea, en parte cicatrizada, de bordes adherentes, de fondo rosaceo y excavado, deja escapar cuando se comprime el muñon del hombro, un pus seroso, fluido y amarillento. Ofrece, además, en la parte media del brazo, proximamente en el borde externo del biceps, una cicatriz hundida muy pigmentada habiendo otras de igual naturaleza en sus inmediaciones.

La palpación aprecia mayor dureza en los músculos del hombro enfermo. Cuando se comprime el brazo sobre el hombro, el enfermo acusa dolor en este último y sale mucho pus.

El estilete permite reconocer una superficie excavada en la úlcera situada sobre el pectoral mayor. En la del brazo penetra unas veces unos seis centímetros y dándole mayor incurvación hasta unos



diez, pero sin percibir más sensación que la que produce un cuerpo blando como de tejido fibroso. Alguna vez al retirarlo ha rozado en algo duro sin que nos atrevamos á afirmar que es hueso.

Los movimientos activos de la articulación del hombro están bastante limitados especialmente el de separación del brazo; sin embargo en pequeños límites no le causan dolor. Los movimientos pasivos son algo dolorosos determinando como crepitaciones articulares, las que por otra parte, tambien se producen haciendo presiones sobre la bóveda acromio-clavicular.

DIAGNOSTICO.-Periartritis supurada del hombro derecho.

TRATAMIENTO.-El día 19 de Noviembre previa anestesia clorofórmica y lavado antiséptico del enfermo se procedió al tratamiento quirúrgico que consistió en lo siguiente: Introducida una sonda en el trayecto fistuloso, se incindió con el bisturí unos seis centímetros por abajo y otros tantos hacia arriba en la dirección del



eje del brazo profundizando á través del deltoides y aponeurisis hasta articulaci3n sin que llegase á abrir ésta por no encontrarse nada de anormal en ella; se prolongó esta incisi3n con otra hasta un poco por debajo de la parte media de la clavícula en la regi3n pectoral, uniéndola con la lesi3n existente en dicho punto y se procedió al raspado de los alrededores de la articulaci3n y de la lesi3n pectoral. Se cauterizó con compresas empapadas de cloruro de zinc al 10 por 100 y algunos toques con el termo-cauterio; despues se ligaron algunos vasillos que habian sido seccionados. Se suturó con tres puntos, dejando dos desagües, uno en el brazo, con salida por la axila para lo que se practicó una contra-abertura y otro con la salida por la regi3n pectoral. Cura yodof3rmica y vendaje apropiado.

CURSO POST-OPERATORIO.-El enfermo tiene por la tarde del día de la operaci3n 37,8°; en los días siguientes á este, las temperaturas de mañana y tarde fueron las que á continuaci3n se expresan:



Dia 20, mañana 37,5°; tarde 37°; dia 21 mañana 36,9°
 tarde 37,1°; dia 22, mañana 36'8°: tarde 37'4°: dia
 23 mañana 37'7° tarde 37'2°. Los días sucesivos
 estuvo apirético. La herida continuó supurando con
 ligeras oscilaciones y antes de que pudieramos
 observar su curación salió de la Clínica, de don-
 de se le dió el alta por escándalo, durante las
 vacaciones de Navidad.

OBSERVACION 6^a.

PERIARTRITIS AGUDA A CONSECUENCIA DE UN VIOLEN-
 TO MOVIMIENTO DE ROTACION (JARJABAY)

Se trata de una mujer de 47 años jornalera
 que vino á la consulta del Hospital el 22 de Ju-
 lio y que hice entrar en la Sala de Santa Marta.

Dos días antes y yendo tirando de un carro
 pequeño cayó dando con la cara en tierra sin
 abandonar la mano derecha la vara del carro.

El miembro toracico habia sufrido durante es-
 te accidente un movimiento de rotación hacia
 adentro y atrás.



La enferma sintió al mismo tiempo un dolor muy agudo en el hombro derecho.

23 de JULIO.-Existe un poco de hinchazón en la región escapulo-humeral.

Los movimientos del brazo provocan dolor por debajo de la parte saliente del acromión. El antebrazo está flexionado en ángulo recto sobre el brazo que cae á lo largo del tronco, el bíceps está rígido y la parte anterior del codo presenta cierta laxitud.

El brazo puede ser llevado en todos sentidos aunque en pequeño grado excepción hecha en la abducción .

Los movimientos comunicados no son dolorosos cuando el brazo cae á lo largo del tronco, pero cuando se verifica la abducción elevando el codo , se produce dolor tan pronto como el brazo está en la perpendicular del eje del tronco; en esta posición no se producen ruidos mas que en los movimientos de rotación del humero sea hacia adelante ó hacia atrás y no de una manera



constante. Este ruido no se producía cuando un ayudante empujaba hacia abajo por medio de una presión la extremidad inferior del humero. Durante la estancia de la enferma en el Hospital aplicamos sobre la región compresas empapadas en agua blanca y sostuvimos el antebrazo por medio de un simple vendaje. Al cabo de dos días el dolor había desaparecido y el movimiento de abducción se verificaba fácilmente. El ruido que percibíamos en los movimientos de rotación del humero estando este perpendicular al eje del tronco era oscuro y fugaz. La mujer B.....se encontraba lo bastante bien para volver á su trabajo el día 25.

OBSERVACION 7^a.

PERIARTRITIS AGUDA DURANTE UN ACCESO DE REUMATISMO ARTICULAR AGUDO (Artículo de Desplats. Gaceta hebdomadaria, 78)

D.....zapatero, 34 años, entrado en el Hospital el 27 de Septiembre de 1.877. Después de

unos ejercicios gimnásticos, ha experimentado hace unos once días un vivo dolor en el hombro izquierdo, dolor que no se ha calmado.

Hace doce años y después de haber pasado unas fiebres tifoideas, había tenido dolores en los miembros inferiores.

En el momento de la entrada no tenía fiebre, pero sí unos días antes.

El lado derecho está un poco abultado. Dolores espontáneos que se exageran por la presión y por los movimientos. Gran debilidad en todo el miembro. Se le pusieron ventosas escarificadas, inyecciones de morfina y se le cubrió el hombro con algodón.

1° DE OCTUBRE.-Los dolores se extienden hacia el codo y mano del mismo lado. Las articulaciones de los dedos están deformadas. Todo movimiento es imposible. Salicilato de sosa.

DIA 3.-Dolor del hombro muy atenuado, pero los dolores de la mano y del antebrazo persisten. La temperatura es normal. Pulsaciones 68.



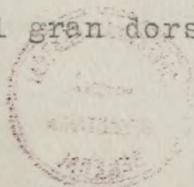
DIA 10.-Los dolores invaden el miembro superior derecho.

DIA 18.-Los dolores desaparecen pero son reemplazados por fuertes cólicos, diarrea y disuria. Estos accidentes no desaparecen hasta los 3 días y su desaparición coincide con la vuelta de los dolores.

DIA 6 DE NOVIEMBRE.-Desde hace algunos ^{días} años los músculos del miembro superior, parecen atrofiarse. Una exploración detenida confirma estos temores y demuestra que el deltoides ha disminuido mucho de volumen, como también el biceps y los músculos del antebrazo.

El enfermo no puede elevar su brazo y solamente después de grandes esfuerzos consigue llegar hasta los 45 grados. Fricciones, faradización y baños sulfurosos.

DIA 15 DE ENERO.-Aplanamiento notable del muñón del hombro, excavación, acentuada de las dos fosas supra é infra-espinosas, disminución de volumen muy marcada del gran dorsal, atrofia de to-



dos los músculos del brazo ,del antebrazo y de la mano. Todos los movimientos del húmero son comunicados al omóplato é inmovilizado éste,el húmero no puede ejecutar ningún movimiento.

DIA 16.-Rotura de las adherencias cloroformizado el enfermo.

DIA 27 DE FEBRERO.-El enfermo sale del Hospital. Todos los movimientos son posibles pero la atrofia persiste.

D.....salido del Hospital el 27 de Febrero vuelve á entrar el 11 de Marzo,quejándose de vivos dolores desde hace algunos días. Los dolores no ocupan la región escápulo-humeral sino la base del cuello y el brazo;la exploración de la articulación por la presión al nivel del acromion y de la apofisis coracoides ó por la presión de la cabeza del húmero contra la cavidad glenoidea no lo despierta,sin embargo los movimientos son dolorosos,pero el enfermo no localiza sus dolores en el hombro;el máximun de dolor lo localiza en el brazo y en la axila. La periartritis podía, pues, considerarse curada, que-



dando solo la neuritis, en efecto, cuando se comprimía con un solo dedo en la fosa supra-clavicular el enfermo acusaba un vivo dolor que se irradiaba hacia el hombro y brazo. Este dolor se producía cuando también se comprimía al nivel del nervio mediano.

La atrofia persistía.

Durante su segunda estancia en el Hospital se produgeron otros signos de neuritis. El enfermo tuvo varias veces sobre el trayecto de los nervios dolorosos, una especie de forúnculos cuya curación fué muy lenta.

Por último dos veces y coincidiendo con crisis dolorosas muy parecidas á las crisis neurálgicas observamos la presencia de sudores limitados al miembro superior.

Añadamos como último dato la eficacia del tratamiento empleado (revulsivos) y tendremos reunidos, todos los síntomas de la neuritis.

OBSERVACION 8^a.

PERIARTRITIS CRÓNICA EN UN SUJETO REUMÁTICO.

(Desplats Gaceta hebdomadaria 1878 p.374)

C.....51 años, zapatero, padre de 5 niños. Todos ellos tienen buena salud.

Llegado á Francia después de una travesía de siete meses durante la cual sufrió mucho frío este hombre tuvo dolores reumáticos en los dos hombros, los inviernos de 1.854 y 1.855.

Después de una inmovilidad prolongada se produjeron en estas articulaciones adherencias que hubieron de romperse en varias sesiones.

La curación fué completa y hasta el mes de Enero del 78 los movimientos de estas articulaciones fueron completamente libres.

Entra en el Hospital el 28 de Enero quejándose de vivos dolores en el codo y en el hombro izquierdo. El principio de estos dolores databa de un mes próximamente.

El día de su entrada, aprecia ligera hinchazón del codo é inmovilidad del hombro atribuida al dolor. Baños sulfurosos y fricciones.

3 DE FEBRERO.-Salicilato de sosa.Efecto nulo, supresión al cabo de un mes.



3 DE MARZO.-Hay atrofia de los músculos del hombro, deltoides, supra é infra-espinosos y gran dorsal. La exploración del plexo braquial demuestra que está muy sensible á la presión. Algunos días después y anestesiado el enfermo fueron rotas sin dificultad las adherencias y se le administró los siguientes días una doble ducha fria.

21 DE MARZO.-Los dolores eran muy vivos y no permitian al enfermo verificar el menor movimiento. Estos dolores ocupan siempre los puntos señalados en la periartritis.

25 DE MARZO.-Nueva anestesia y rotura de las adherencias que se habían reproducido.

5 DE ABRIL.-Tercera y última anestesia.

Durante este tiempo, el plexo braquial estaba doloroso á la presión y persistía la atrofia muscular citada anteriormente. El tejido celular estaba notablemente engrosado y en el hombro, espalda y brazo existía una erupción de granos bastante raros pero voluminosos y cuya



cicatrización se verificó con gran dificultad.

Al mismo tiempo que desaparecía el dolor al nivel del plexo braquial y sobre todo en el trayecto de los nervios, desaparecían todos los signos de atrofia y el enfermo recupera todos los movimientos.

A fines de Mayo la curación era completa

OBSERVACION 9^a.

PERIARTRITIS AGUDA SUPURADA DURANTE EL CURSO DE UNA PNEUMONIA, HIGROMA SUB-DELTOIDEO SUPURADO METAPNEUMOCOCICO. (Fernand Widal .Gaceta hebdomadaria 1.896).

X.....48 años, alcohólico ha sufrido ya dos pulmonías. Entrando el 27 de Junio de 1895 por una neumonía izquierda que comenzó cinco dias antes con un punto doloroso en el costado y un gran escalofrío. El dia de su entrada los signos esteróscópicos denotan un bloque de hepaticización en la fosa infra espinosa izquierda.



Matidez, soplotubario, estertor crepitante y broncofonía. En la parte inferior del pulmón de este lado hay submatidez y estertores finos. Se oyen sibilancias en toda la extensión del pulmón derecho. El primer exámen de la orina nos demuestra la existencia de una ligera albuminaria.

Los días siguientes el soplo se extiende hacia la parte inferior del pulmón izquierdo. La temperatura oscila alrededor de los 40 grados, con ligeras remisiones matutinas. El enfermo está muy excitado y en un delirio casi continuo.

La defervescencia completa se verifica al 13° día de la enfermedad.

Dos días después, el enfermo se queja de dolores en la región escápulo-humeral derecha que se extienden hacia la espalda.

Los movimientos de elevación y de abducción son difíciles y muy dolorosos. Se puede hacer rodar la cabeza del húmero en la cavidad

glenoidea sin ocasionar dolor.

Durante algunos días la temperatura vuelve á subir hasta los 38° haciéndose poco después normal.

Durante este tiempo la tumefacción del brazo aumenta y el parte anterior de la región y por debajo del deltoides, se aprecia la existencia de una tumoración redondeada, del tamaño de una mandarina y claramente fluctuante, La palpación superficial es muy sensible á este nivel; por el contrario los movimientos que se imprimen á la articulación escapulo-humeral son poco dolorosos.

El 24 de Julio, es decir, 19 días después de la defervescencia se practicó una punción con un grueso trocaz, sobre la cara anterior del deltoides á un dedo por fuera del espacio delto-pectoral, dando salida á un pus muy espeso, grumoso, amarillento y que tiene todo el aspecto que presenta en general el pus por pneumococos.

Ni el exámen directo de este pus sobre láminas



ni su siembra en caldos ó gelatinas, expuestas á la estufa á 35 grados, permiten ver la presencia de microbio alguno.

Ratones inoculados con un centímetro cúbico de este pus no sufrieron novedad.

El tumor sub-deltaideo comenzó á desaparecer después de esta punción y la palpación era menos dolorosa pero después de algunos dias vuelve á reformarse la colección purulenta hasta el punto de que tres semanas después de la primera punción hubo necesidad de practicar una segunda. Esta vez se dió salida á un líquido no purulento sino seroso y cetrino. En este líquido como en el primero no aparecía rastro de microbio y el ratón era insensible á la inoculación. Unos dias mas tarde el enfermo fué dado de alta por curación.

OBSERVACION 10^a.

PERIARTRITIS CRÓNICA CONSECUTIVA A UNA CONTUSION (Tesis de Gauthier. Paris 1.875)

V.....45 años entrada en el Hospital de San Antonio el dia 18 de Septiembre de 1.874.

Hace seis semanas tuvo una caída contundiéndose fuertemente el brazo, el hombro y el pecho. Equimosis considerable.

Se sirve de su brazo solo incompletamente. Dos movimientos están sobre todo limitados; la abducción y la rotación hacia adentro hasta el punto de no poder separar el brazo del tronco mas que unos 15 centímetros y de serle sumamente difícil llevar la mano hasta la región glútea correspondiente.

En el movimiento de abducción el omóplato es arrastrado desde los 60 grados.

22 DE DICIEMBRE.-Rotura de adherencias, produciéndose muchos crujidos. Durante dos horas sensación dolorosa en el hombro.

23 DE DICIEMBRE.-Los movimientos siguen siendo dolorosos.

25 DE DICIEMBRE.-Los movimientos son un poco molestos pero gran dificultad para llegar con la



mano á la región glutea.

29 DE DICIEMBRE.-La enferma está muy bien.Sale curada

OBSERVACION 11^a.

PERIARTRITIS CRÓNICA SUPURADA DE ORIGEN TUBERCULOSO?(Tesis de Juanchuto de Cambo.Paris 1879)

B.....24 años,planchadora entró el 28 de Febrero de 1879 en el Hospital Lariboisiere sala de Mr.Labbé.

Delicada de salud,ésta joven ha tenido dos niños muertos ya,uno de una pulmonía á la edad de 4 años,el segundo murió á la edad de 3 meses del sarampión.

Durante su segundo embarazo tuvo una artritis de la articulación tibio-tarsiana del lado derecho que sobrevino sin causa apreciable.Esta artritis desapareció á los siete meses. Hay antecedentes de familia tuberculosos por línea paterna.

Hace unos cinco meses tuvo dolores vagos



en el hombro derecho, dolores exasperados por los movimientos y por la fatiga.

Algunos días después de este comienzo y habiéndose enfriado estando lavando sintió que los movimientos le producían una molestia más pronunciada. No hay tumefacción.

En el mes de Noviembre se consultó con un médico el cual le ordenó se diera en la región tintura de iodo y le administró una medicación anti-escrofulosa.

Desde este momento, las perturbaciones funcionales son cada vez mayores, los tegumentos peri-articulares están como un poco inflamados. Hace siete semanas un médico ha apreciado la existencia de una colección purulenta en el tercio superior de la cara anterior del brazo.

Practicada una incisión dió salida á una gran cantidad de pus seroso.

El día de su entrada en el Hospital el hombro derecho no parece más abultado que el izquierdo.

La cabeza del húmero parece producir una ligera eminencia hacia adelante. El brazo en abducción



está aplicado contra la pared torácica; el antebrazo está en flexión sobre el brazo. La palpación revela un mayor endurecimiento de la región con relación al lado sano. La presión sobre el muñón del hombro hace salir un pus seroso por la incisión practicada hace 7 semanas.

En la parte posterior hay fluctuación. Los movimientos aunque disminuidos no están abolidos.

Dolor casi nulo.

Se inmoviliza el miembro. Tintura de iodo al exterior. Arseniato de sosa y aceite de hígado de bacalao al interior.

En los primeros días de Marzo apareció un edema que se extendió por todo el brazo. Se nota fluctuación casi inmediatamente por debajo del deltoides.

Una extensa incisión dió salida á un pus bastante espeso. El pus ha disecado bastante los tejidos pero no se encuentra hueso desnudado (tubos de drenage).

La enferma iba mejor cuando á los 15 dias un

edema en la parte inferior del brazo obligó á practicar varias incisiones.

Compresión,apósito fenicado.La enferma sale curada al cabo de dos meses.



CONCLUSIONES

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

De lo que llevamos dicho en esta memoria concluimos lo siguiente:

1°.-Que la periartritis escápulo-humeral es la inflamación de la bolsa serosa sub-deltoidea, sea aguda ó crónica, seca ó con exudado de naturaleza variable.

2°.-Que la periartritis escápulo-humeral reconoce por causas los traumatismos, el reumatismo crónico, el reumatismo articular agudo, la tuberculosis, infecciones diversas, las fracturas de las tuberosidades humerales y la llamadas verticales de la extremidad superior del húmero.

3°.-Que los movimientos de abducción y los de extensión hacia atrás acompañados de rotación interna, como para colocar la mano en la región lumbar correspondiente, son los más comprometidos, siendo perturbaciones que muy rara vez faltan.

4°.-Que las fracturas mencionadas en la conclusión 2^a. relativamente frecuentes á causa de la

deficiente constitución arquitectónica de la cabeza humeral y de sus tuberosidades y de la posición que estas ocupan, pasan muchas veces desapercibidas por confundirse su sintomatología con la de la periartritis escapulo-humeral y que por consiguiente en los traumatismos intensos del hombro deberemos estar alerta sobre la posible existencia de ellas y recurrir á los rayos X para establecer el diagnóstico y pronóstico que corresponda.

5º.-Que el tratamiento variará según la forma. En la forma aguda sin exudado, reposó y antiflogísticos; en la supurada abertura y drenaje del foco sin pérdida de tiempo; en la forma fibrosa, rotura de las adherencias previamente cloroformicada el enfermo; y por último en los casos en que exista lesión ósea deberemos evitar desde los primeros días la inmovilización prolongada y recurrir al masaje y á la gimnasia articular único medio de luchar por la integridad del funcionamiento de la articulación.



SAN SEBASTIÁN 10 DE OCTUBRE DE 1.904

Luís Gana, Monasterio

Admisible
Methael

Madrid 28 Noviembre 1904

Verifiqué el ejercicio del grado
de doctor y obtuve la califi-
cacion de aprobado

Mariano del Valle

Fuente

Mariano Jimenez

Enuestro

Jos. Robredo