



Misc. B. 44. 11

AÑO 1917

NUM. 3276

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COREA DE SYDENHAM

EN EL ADULTO Y SU TRATAMIENTO

POR

Las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARCELINO A. CAMPANA

Practicante del Instituto Jenner años 1913-14 — Practicante externo del Hospital San Roque
Año 1914

Practicante menor y mayor interno por concurso Hospital Alvear 1914-15-16-17



IMP. "MARQUEZ, HNOS."
CALLAO 431 — BUENOS AIRES
1917



COREA DE SYDENHAM

EN EL ADULTO Y SU TRATAMIENTO

FOR

Las inyecciones intra-raquideas de sulfato de magnesia

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

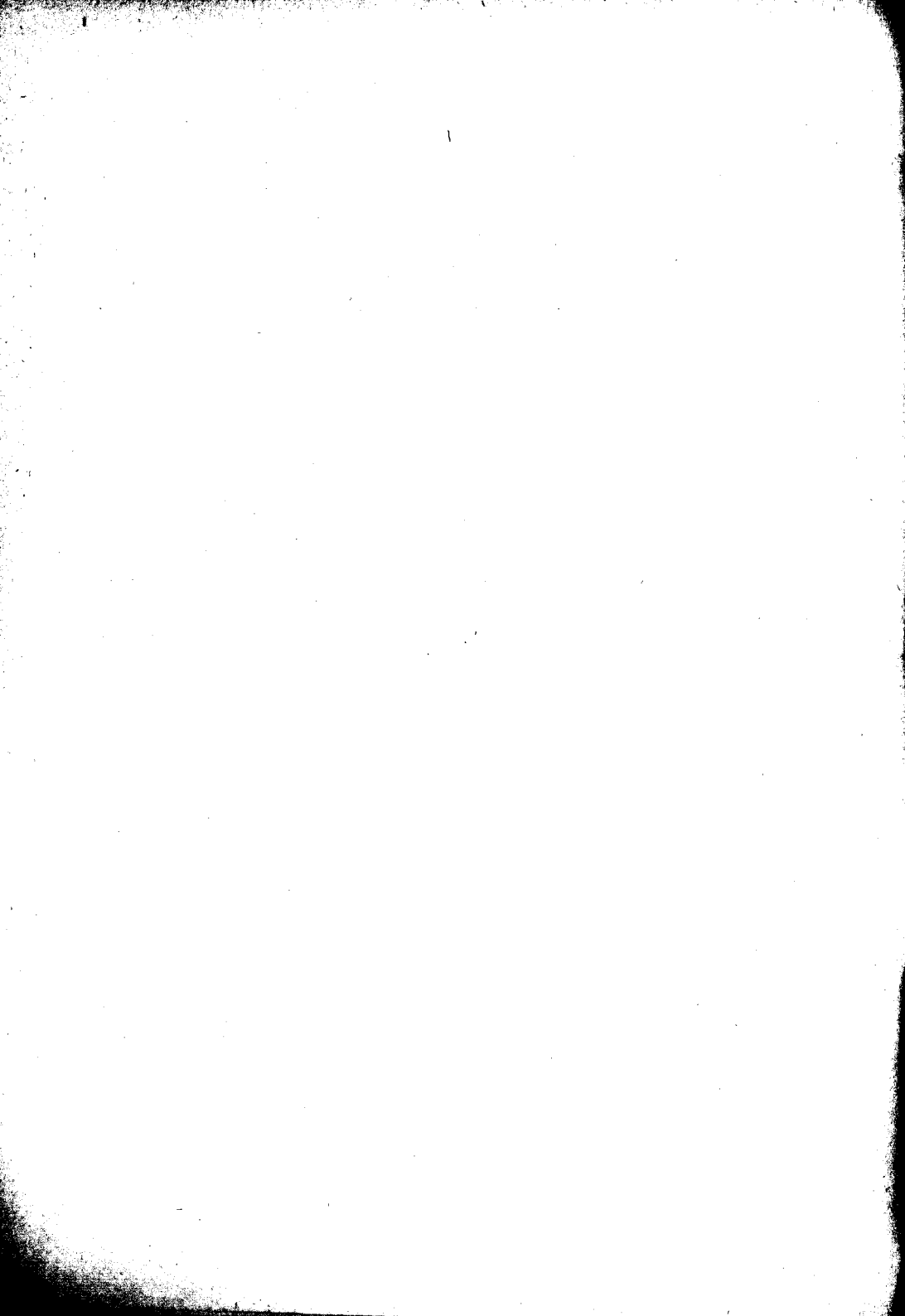
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GUEMES
6. » » ELISEO CANTON
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTFERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIOGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
DR. MARCELINO HERRERA VEGAS

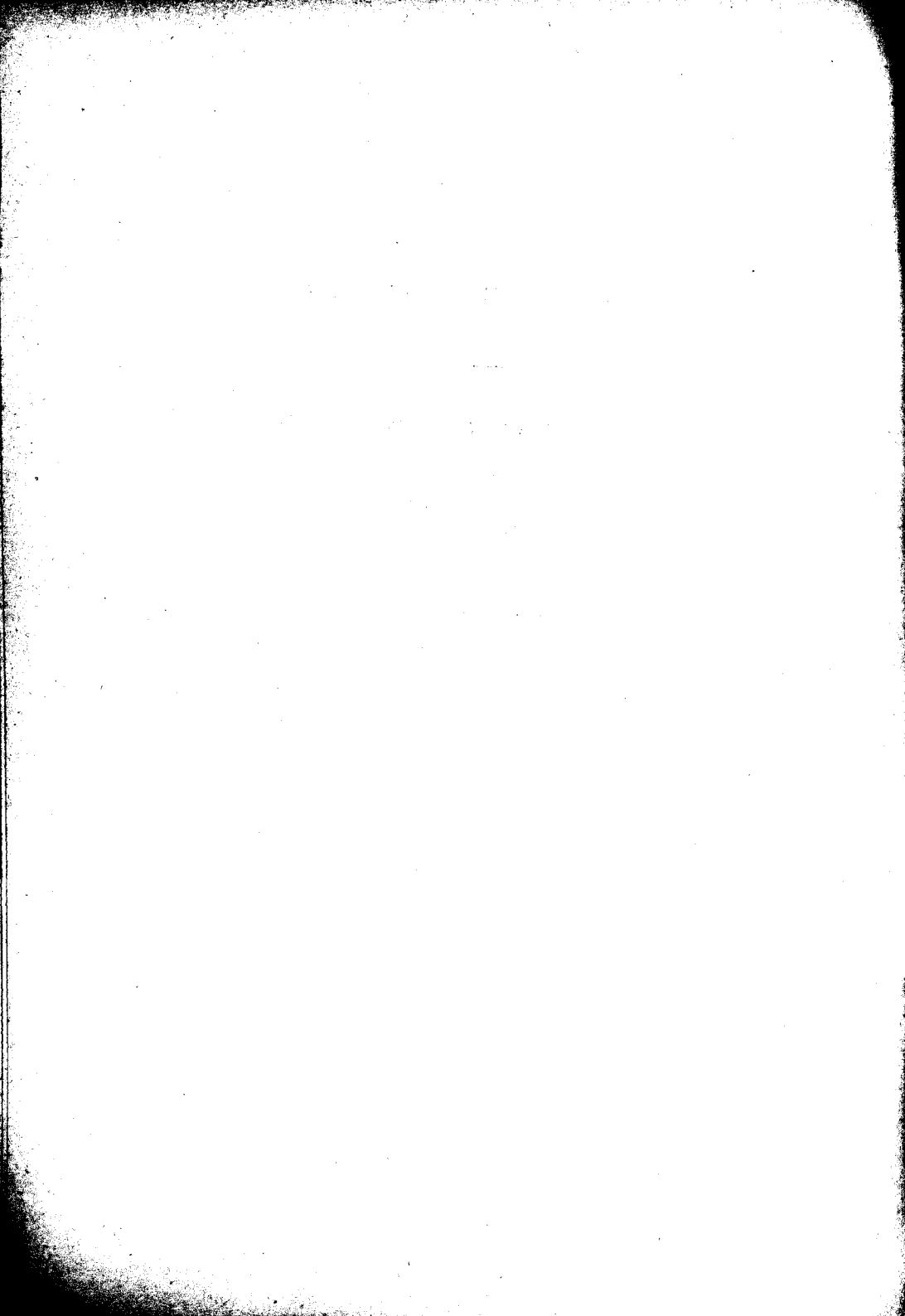


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

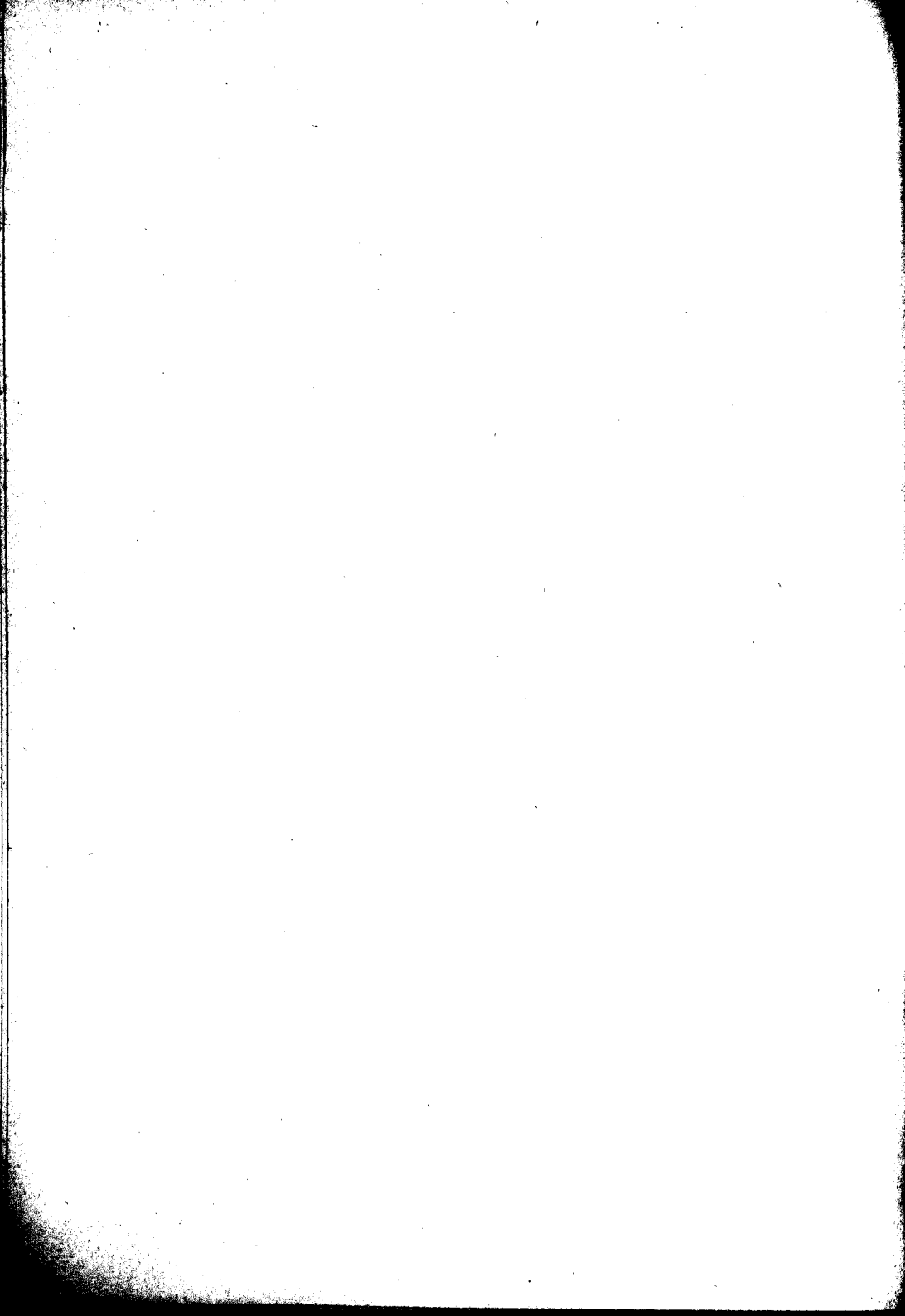
Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» D. ELISEO CANTON
» D. ANGEL M. CENTENO
» D. DOMINGO CABRED
» D. MARCIAL V. QUIROGA
» D. JOSÉ ARCE
» D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» D. DANIEL J. CRANWELL
» D. CARLOS MALBRAN
» D. JOSÉ F. MOLINARI
» D. MIGUEL PUIGGARI
» D. ANTONIO C. GANDOLFO (Supl.)
» D. FANOR VELARDE
» D. IGNACIO ALLENDE
» D. MARCELO VIÑAS
» D. PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. CASTRO ESCALADA

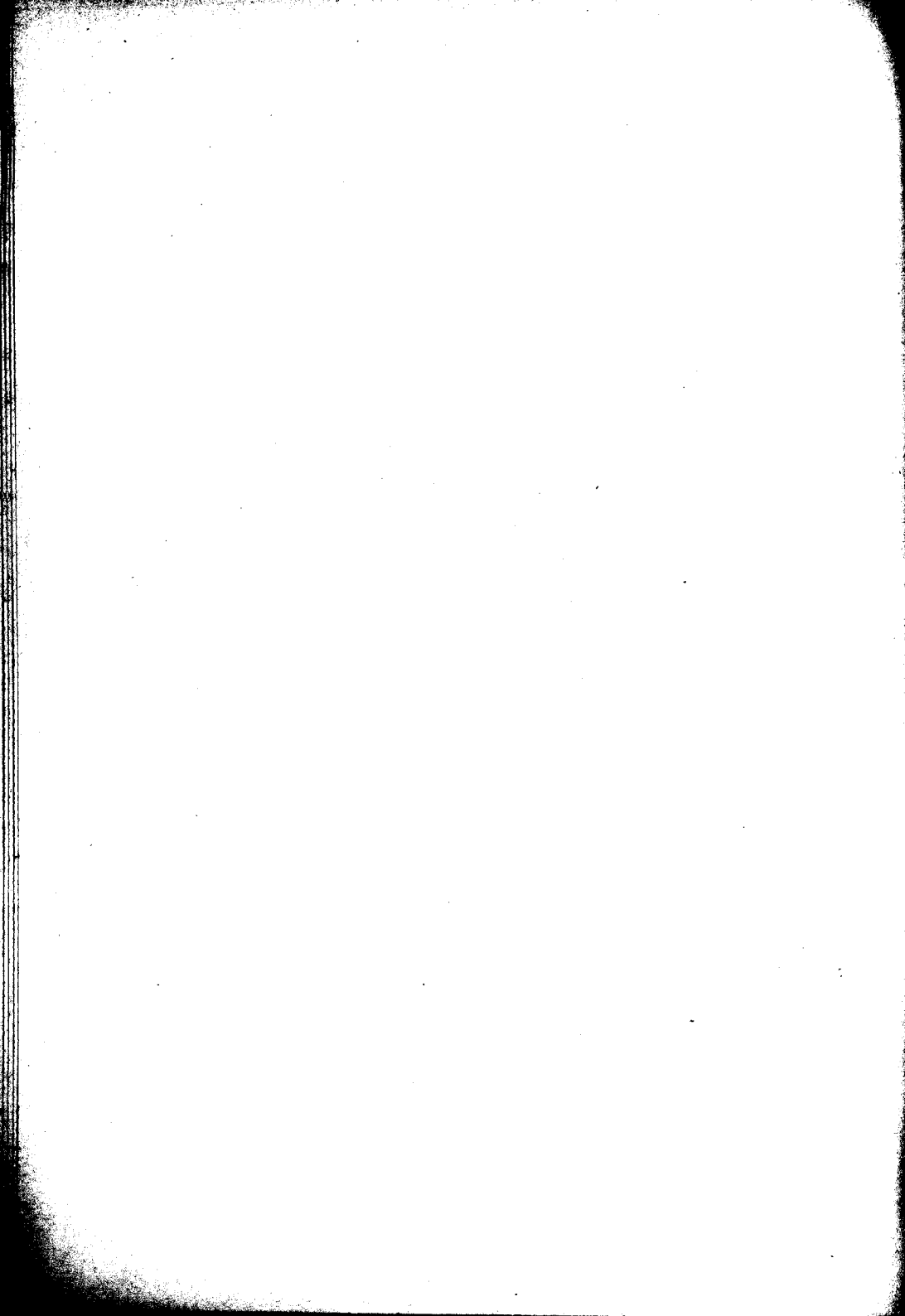
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

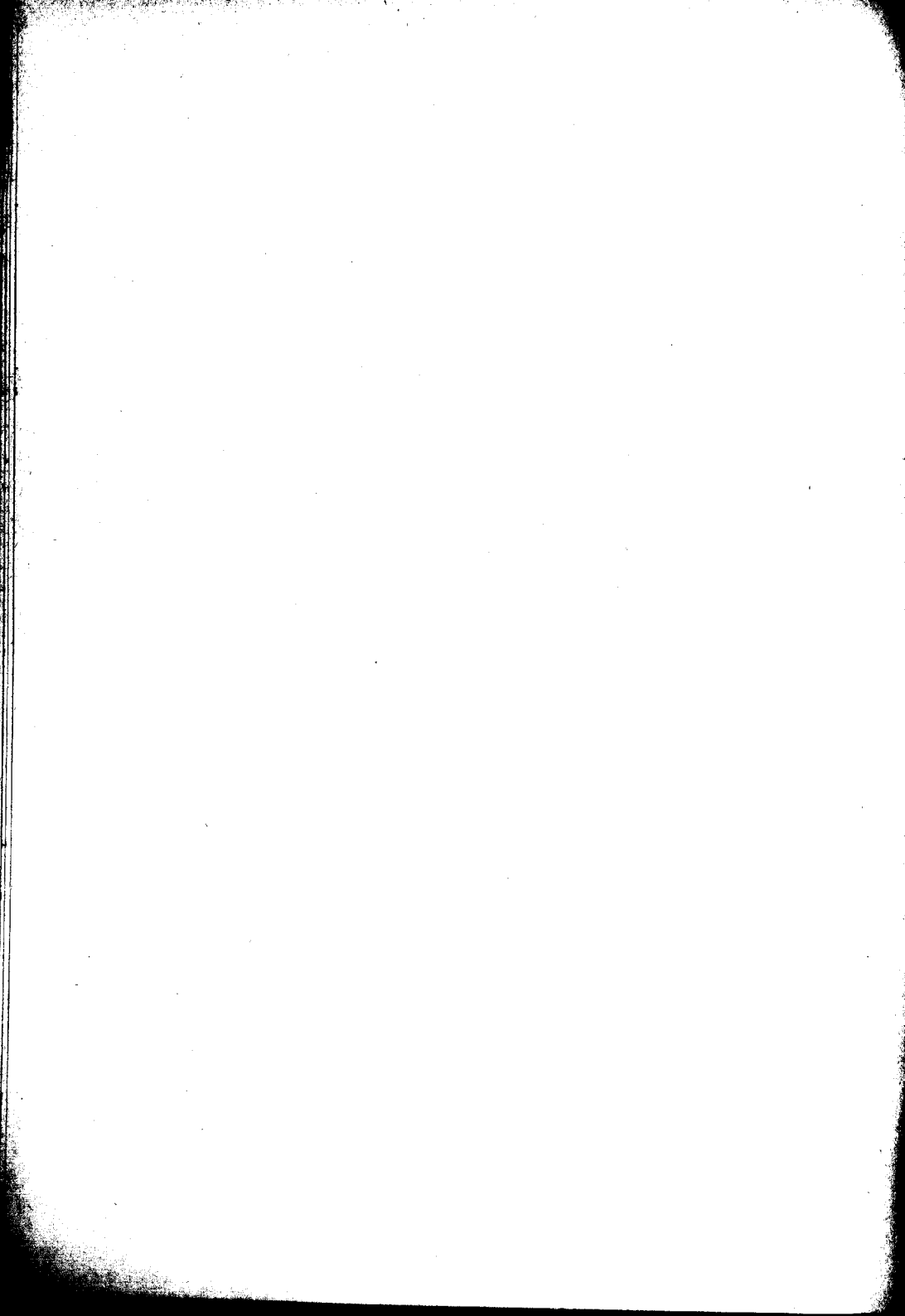
- DR. ROBERTO WERNICKE
- „ JUVENCIO Z. ARCE
- „ PEDRO N. ARATA
- „ FRANCISCO DE VEYGA
- „ ELISEO CANTON
- „ JUAN A. BOERI
- „ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

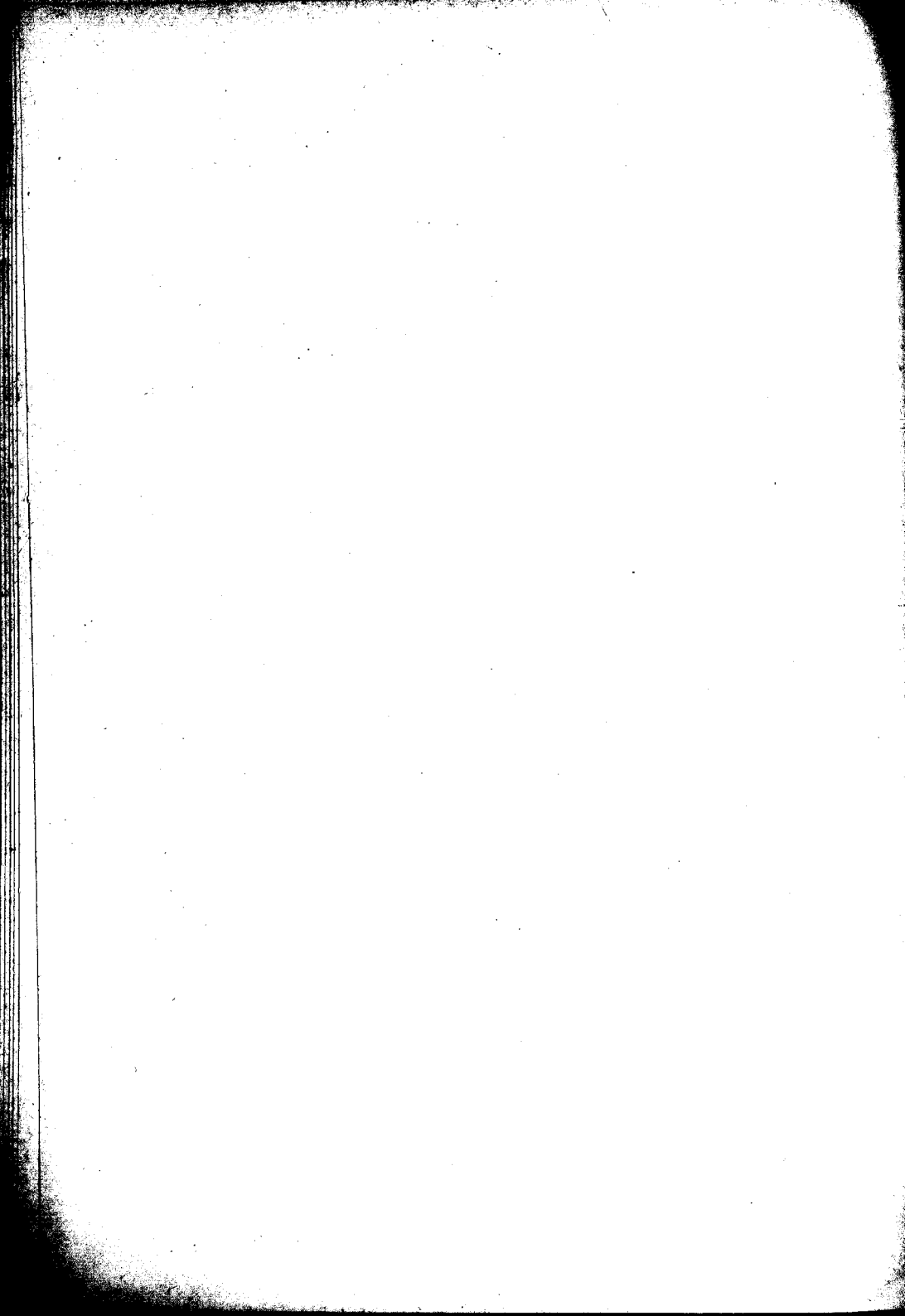
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Ziología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	« JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	« ALOIS BACHMAN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING
» Dermato-sifilográfica...	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Génito urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clinica neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LOBET
» Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica...	» ELISEO V. SEGURA
	» JOSÉ T. BORDA
» Psiquiatría.....	» BENJAMIN T. SOLARI



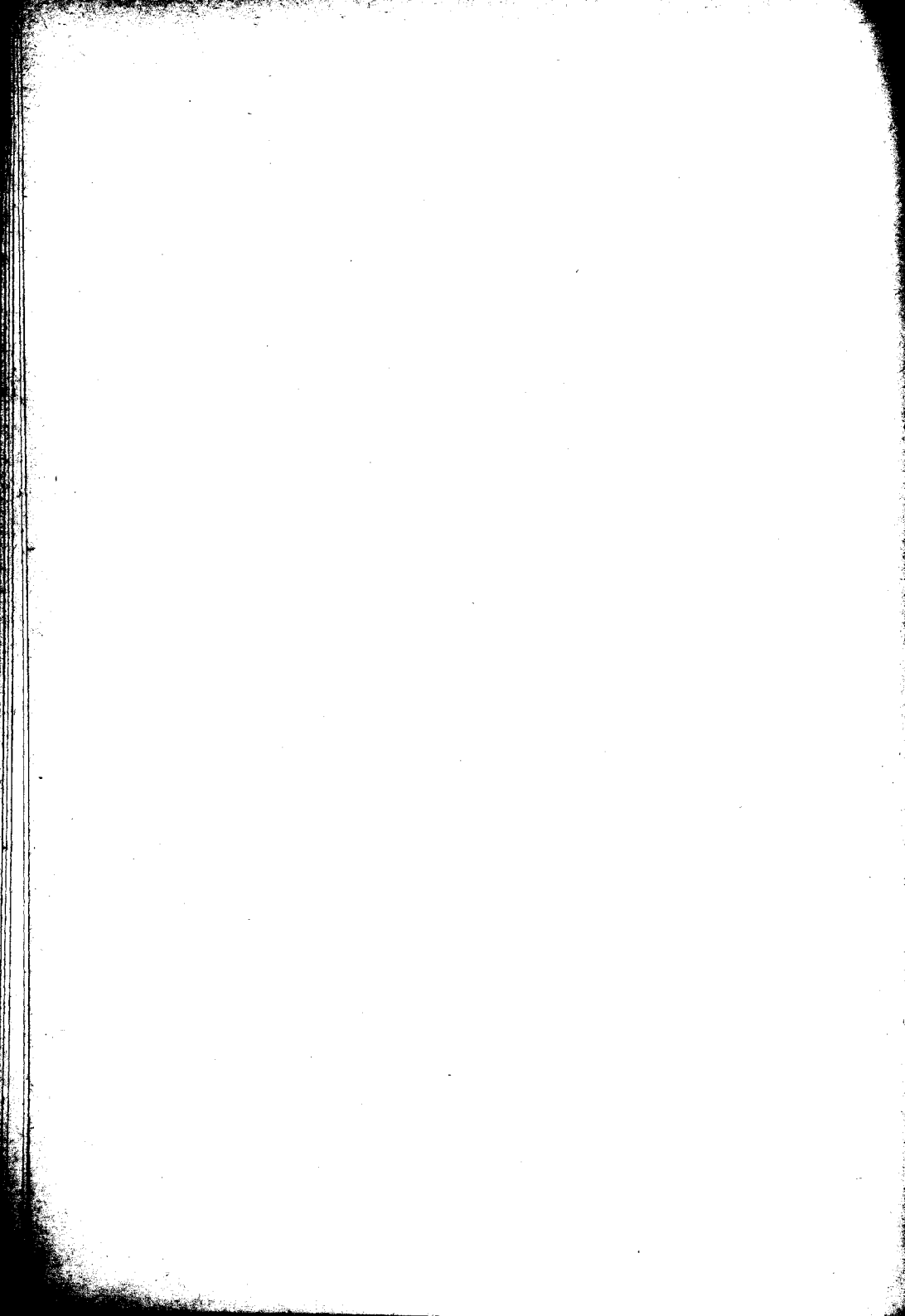
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CÁRLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos... }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OVEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» Vacante
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIOGENES DECOUD
» Quirúrgica..... }	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	} Dr. RODOLFO ENRIQUEZ » GUTILLERMO SEEBER
Zoología Médica	
Anatomía Descriptiva	} « EUGENIO GALI » FRANK L. SCHER
Fisiología general y humana	
Bacteriología	} » RODOLFO RIVAROLA » GERMAN ANSCHUTZ
Química Biológica	
Higiene Médica	} » BENJAMIN GALARCE » FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos	
Anatomía Patológica	} « CARLOS BONORRINO UDAONDO » ALFREDO VITON
Materia Médica y Terapia	
Medicina Operatoria	} » ANGEL H. ROFFO » JOSE MORENO
Patología externa	
Clínica Dermatológico-sifilográfica	} » CARLOS ROBERTSON » FRANCISCO P. CASTRO
" Epidemiológica	} » NICOLAS V. GRECO » PEDRO L. BALISA
" Oftalmológica	} » FRANCISCO DESTEFANO » ANTONIO MARCO DEL PONT
" Oto-rino-laringológica	} » ADOLFO NOCETTI » JUAN DE LA CRUZ CORREA
Patología Interna	} » PEDRO LABAQUI » LEONIDAS JORGE FACIO
Clínica Quirúrgica	} » EDUARDO MARINO » JOSE ARCE
Clínica Neurológica	} » LUIS A. TAMINI » MIGUEL SUSSINI
" Médica	} » PEDRO CHUTRO » JOSE M. JORGE (hijo)
" Pediatría	} » ADOLFO L. LANDIVAR » VICENTE DIMITRI
" Ginecológica	} » JUAN JOSE VITON » PABLO J. MORSALINE
" Obstétrica	} » IGNACIO IMAZ » PEDRO ESCUDERO
Medicina Legal	} » PEDRO J. GARCIA » JOSE DESTEFANO
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAMES SALVADOR
	» TORIBIO PICARDO
	» CARLO L. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONZE
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUIN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

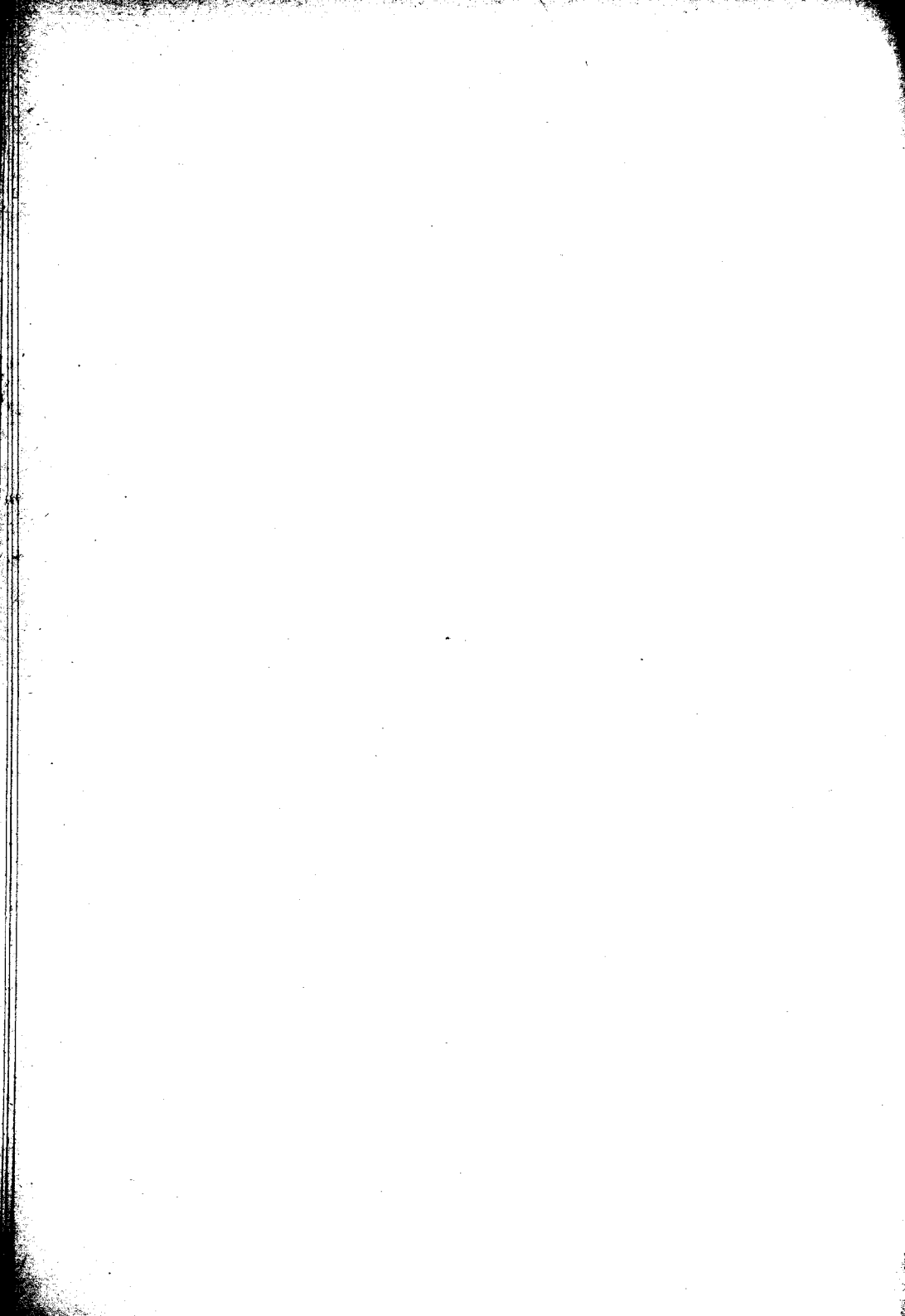
Segundo año:

Parto fisiológico..... » MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercero año:

Clinica obstétrica..... » FAJOR VELARDE

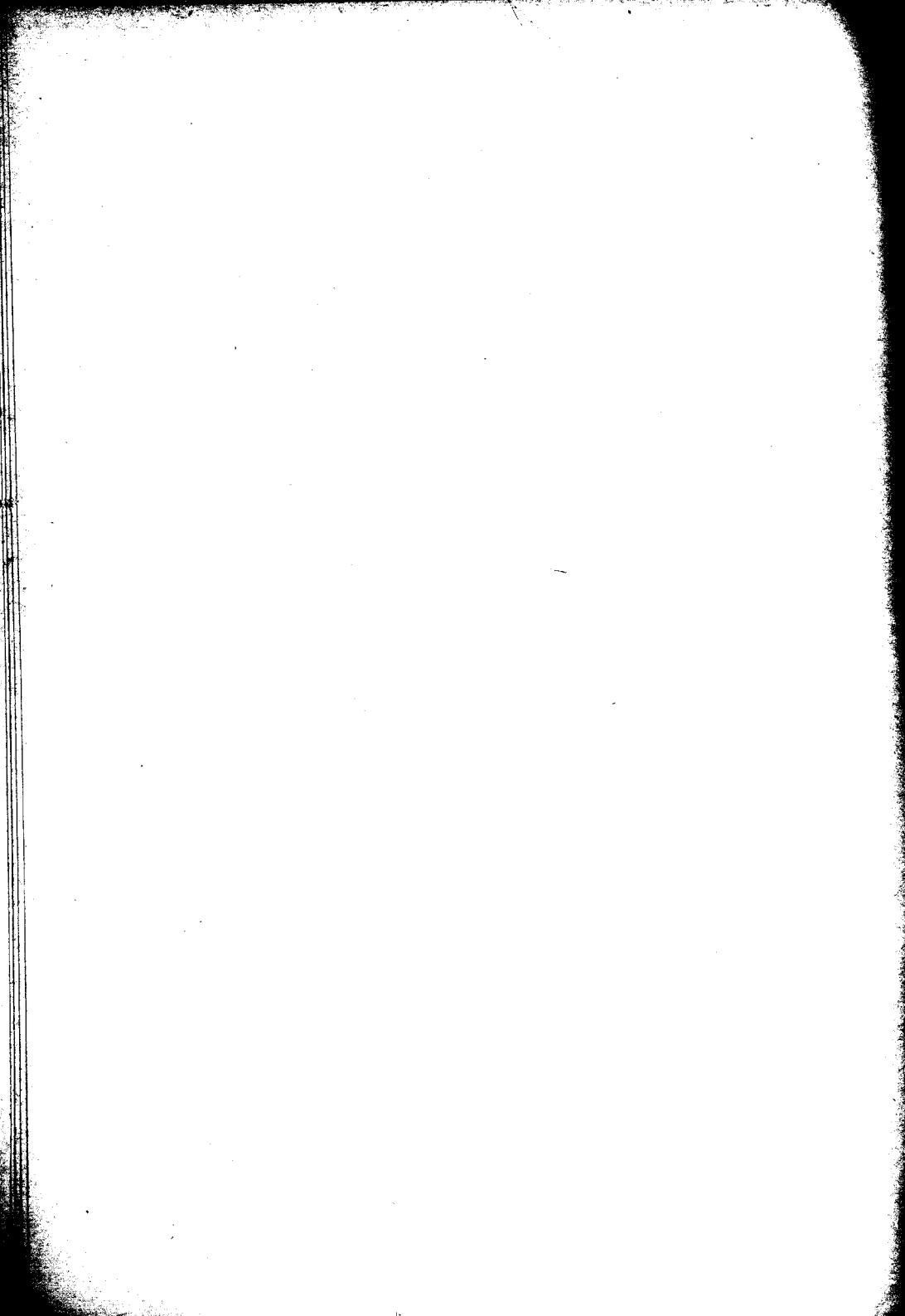
Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada...	« MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada...	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGEEZ
Física Farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	« FRANCISCO P. LAVALLE
	» RICARDO SCHATZ

Catedráticos sustitutos	Asignaturas
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI « OSCAR MIALOCK
Farmacognosia y posología razonadas.....	
Física farmacéutica.....	
Química orgánica	DR. TOMÁS J. RUMI { SR. PEDRO J. MESIGOS » LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ { » ANGEL SABATINI » EMILIO M. FLORES

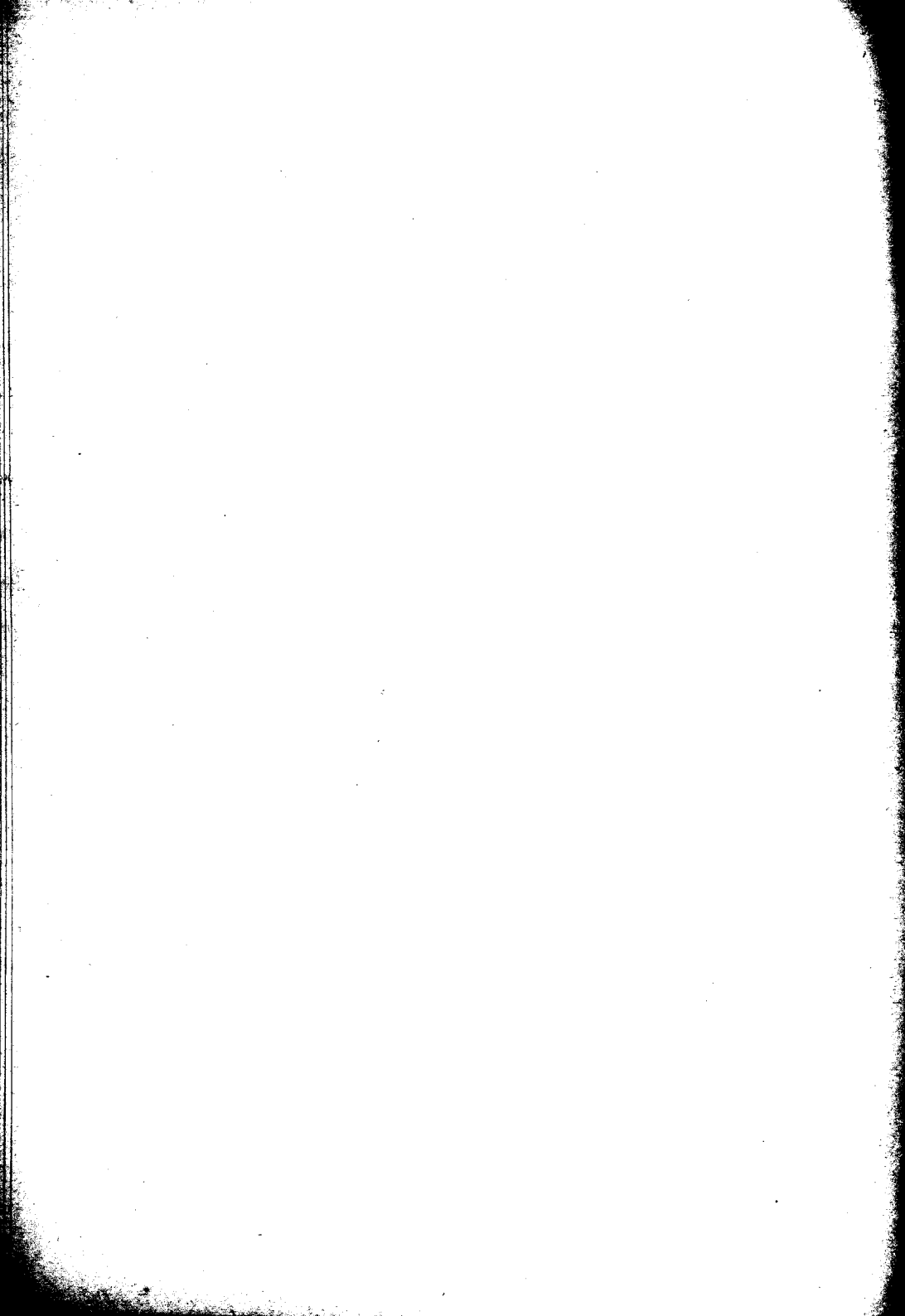


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2o. año	* LEON PEREYRA
3er. año	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

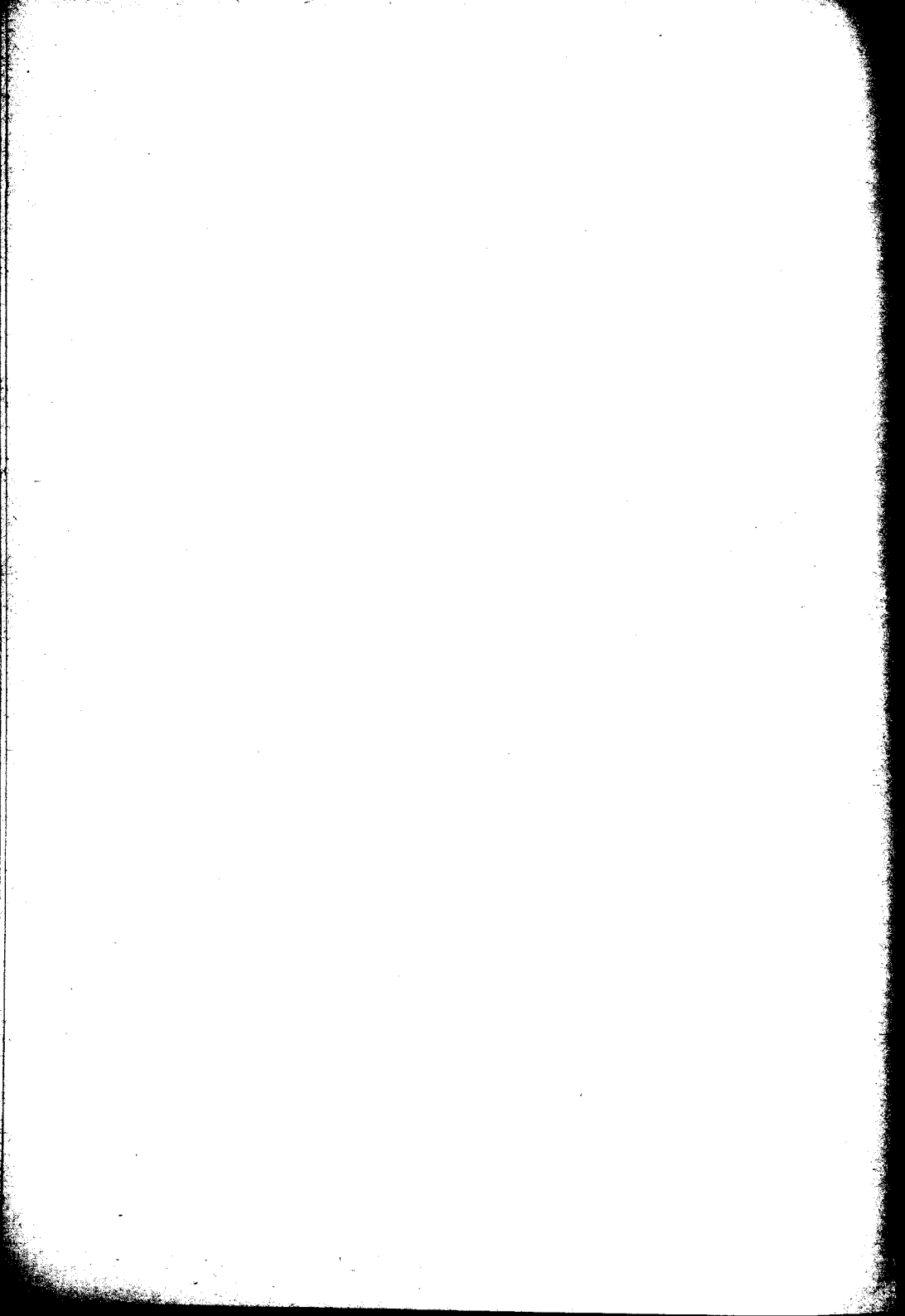
DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMAS S. VARELA (2º año)
SR. D. JUAN C. CARREA (Protesis)



Padrino de Tesis:

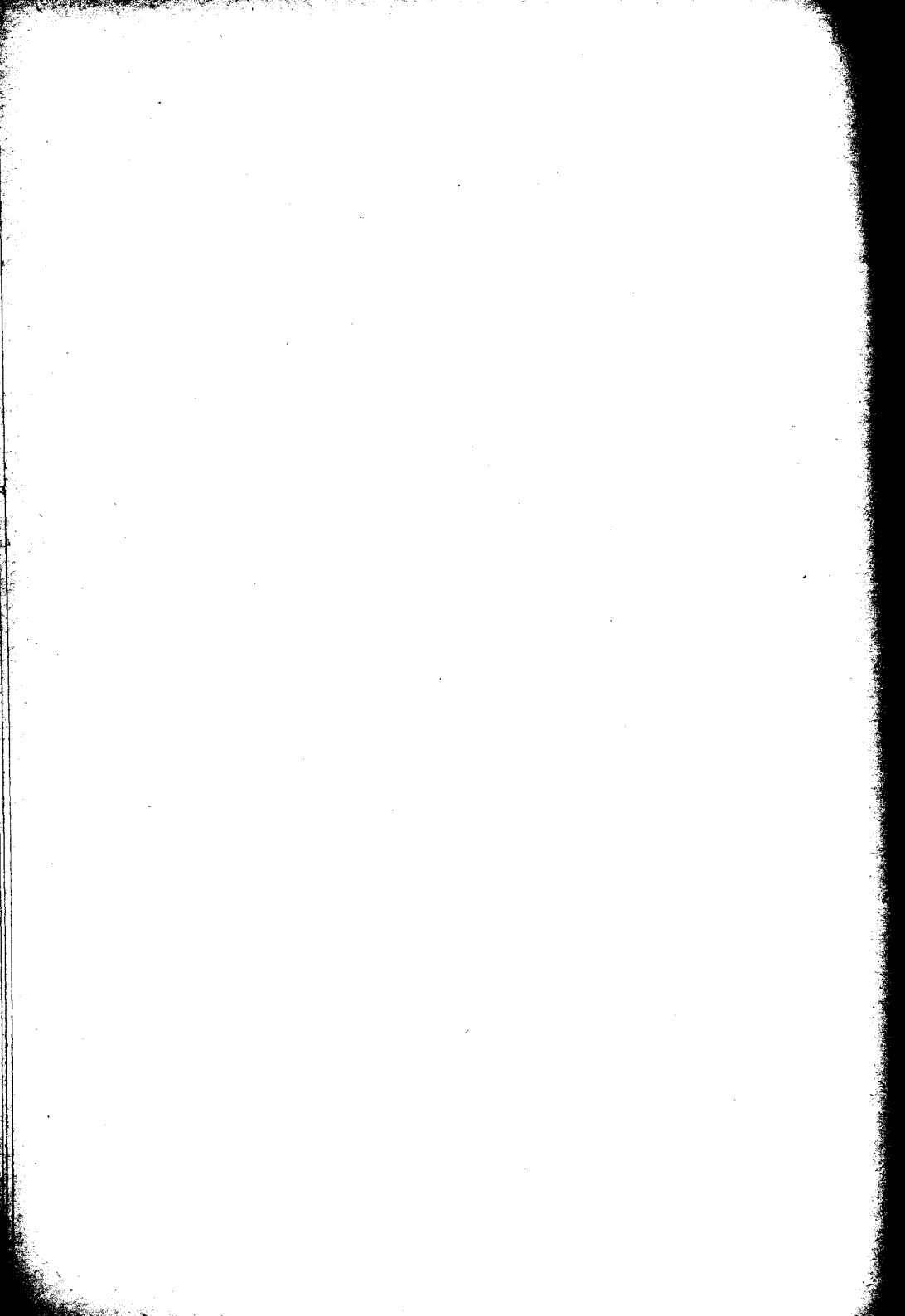
Dr. Carlos Bonorino Udaondo

Gefe de servicio de la sala 18 del H. Alvear



A MIS PADRES

GRATITUD

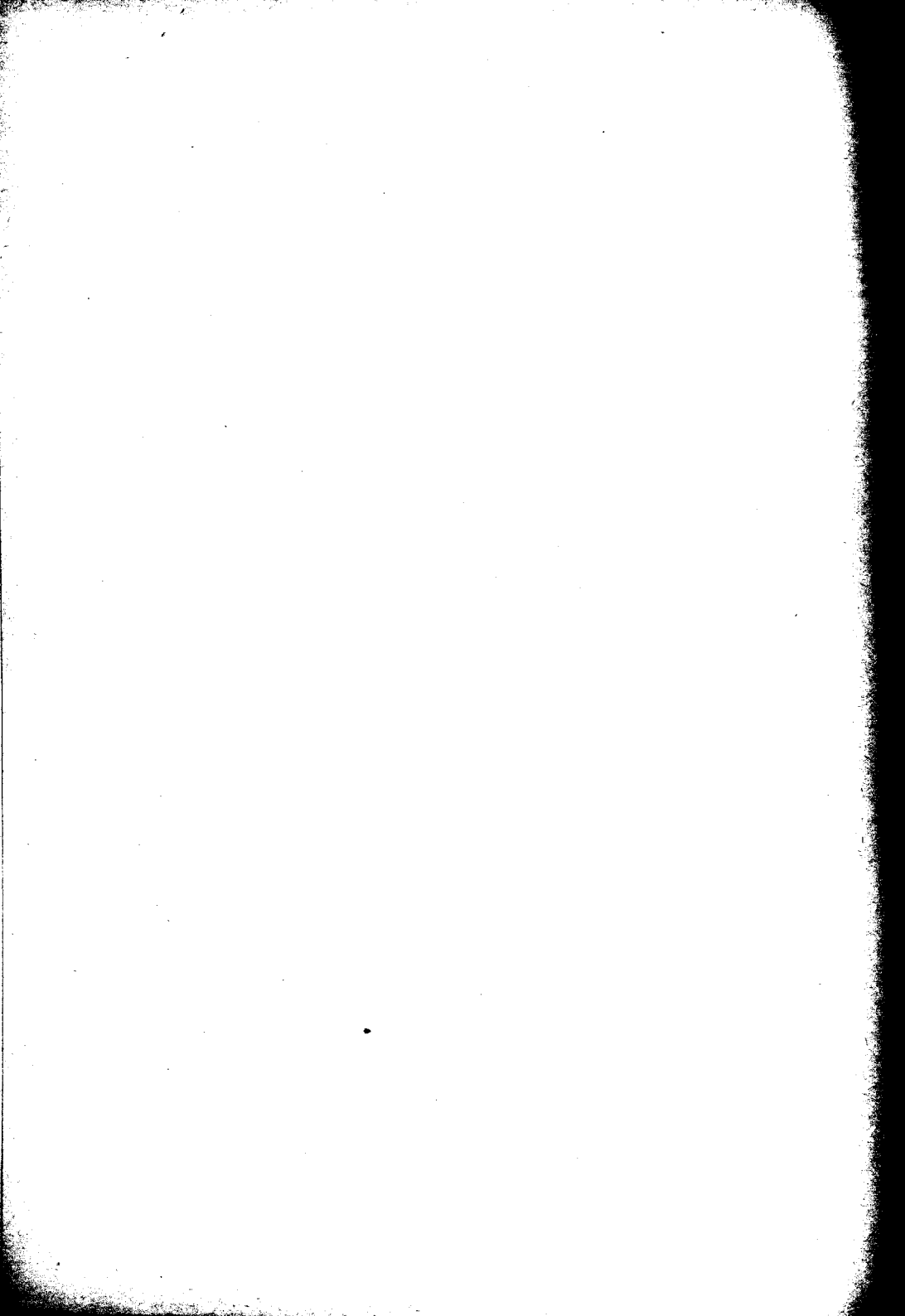


A MIS HERMANOS POLITICOS

Sr. Anibal Bonadeo Airole y Dr. Bernardo M. Dell'Oro

Y HERMANAS

María Matilde y Aida

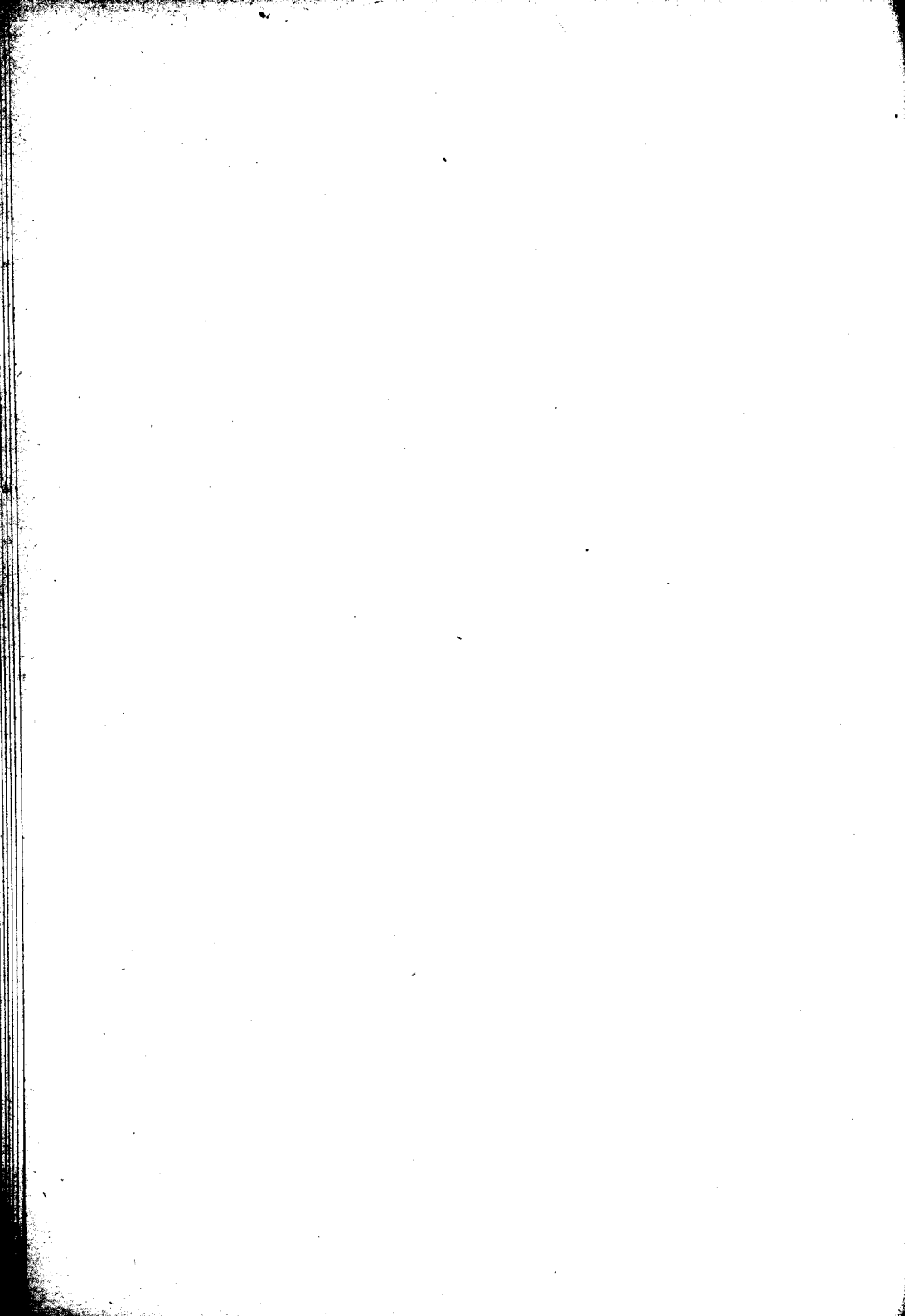


A MIS HERMANOS

Cárlos, Amanda, Joaquin, Arquimides

Y SOBRINO

Cárlos Alberto Dell Oro



A mis amigos; Drs.

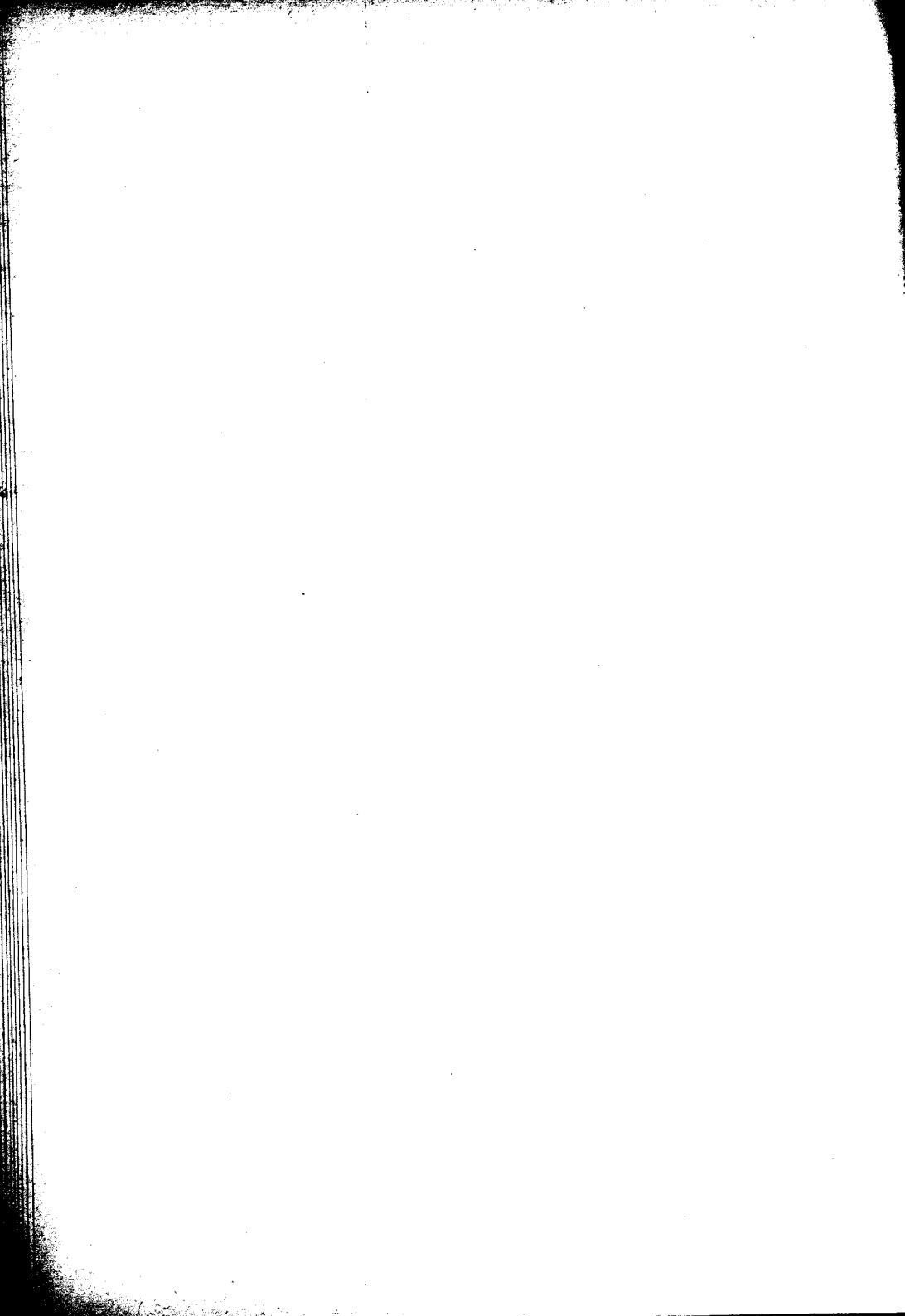
José F. Marquez

Raul A. Bruno

Juan E. Barragué

Renato Bonadeo Airolo

y Señor



Señor Decano:

Señores Consejeros:

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al borde de la consagración de mis anhelos, en estos momentos de intensa emoción, en el que presento este trabajo a vuestro veredicto; para ver coronado con ello mi último esfuerzo de estudiante. Experimento, señores, la honda satisfacción que da a todo hombre el llegar a un final tan ansiado, y no es sin antes dejar en esos 7 años vividos en esta casa tan sagrada para nosotros, tanto esfuerzo, tantos desvelos y tantos sacrificios.

Quiero poner de relieve en estas líneas el profundo agradecimiento para todos los que habeis con vuestro ejemplo y con vuestras lecciones contribuido a formar mi carácter y mi preparación profesional; y muy especialmente para aquellos que el contacto diario del Hospital, me ha hecho descubrir en ellos nobleza de sentimientos en todos sus actos dándome así el ejemplo más bello.

Al Dr. José A. Viale, mi distinguido Director, caballero y hombre sincero mis más grandes consideraciones. Quedándole reconocido por todas sus atenciones.

A mi ex jefe de servicio, Dr. Oscar Copello, amigo y excelente profesor, quien con su amplia preparación me ha guiado en el arte de la cirugía.

Al Dr. Félix A. Celesia, caracter bondadoso y buen amigo de sus practicantes. Al Dr. Pedro B. Aquino, espíritu superior de quien recibí siendo su practicante, las mayores pruebas de amistad y compañerismo.

A los Dres. Angel Marini, Mario Del Carril, Joaquín de Nin Posadas, Máximo Casteigs y Rafael Bullrich, mi agradecimiento por la enseñanza recibida al ser practicante de sus servicios y por las atenciones recibidas. Al Dr. Bernardo A. Houssay, por la amistad que me dispensó cuando fuera su practicante mayor y por los conocimientos adquiridos a su lado. Lo mismo a mi amigo Dr. Goñalonz.

Al Dr. Genaro Sisto, maestro y amigo que hace honor a nuestro Hospital y a nuestra Escuela; mis consideraciones por sus enseñanzas y múltiples atenciones particulares recibidas de su exquisita amabilidad.

Al Dr. Humberto Bisi, quien me inició en la enseñanza de especialidad y a quien ofrezco mis respe-

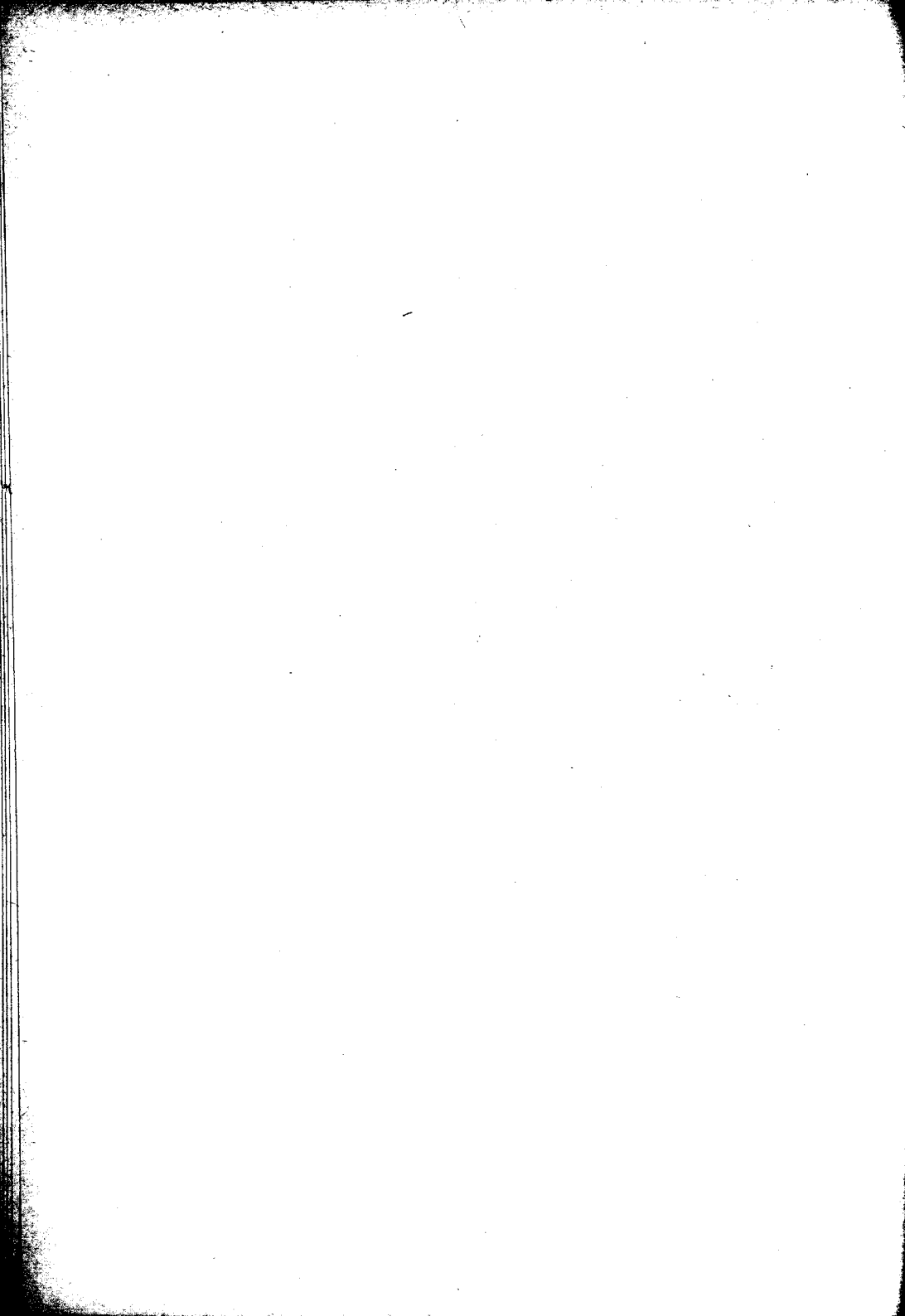
tos, por todas las atenciones observadas para conmigo.

Toda la consideración y aprecio a que se hace acreedor un superior y excelente amigo es lo que ofrezco a mi ilustre jefe Dr. Jacobo J. Spangenberg. Al jefe de farmacia Sr. Beltrán y a todo el personal técnico y administrativo del Hospital Alvear mis afectos.

Hace solo algunos días decía en un banquete de egresados: “Yo bien sé, señores, que para contemplar la montaña es necesario mirarla desde lejos; que las nostalgias de la ausencia solo vienen después de la partida”, y luego agregaba todavía no nos hemos separado de nuestro pabellón y ya sentimos gravitar sobre nosotros la ley de los recuerdos.

Es, señores maestros, lo grande que resulta para mí dejar esa vida de internado tan profficua en sentimientos generosos e ideales nobles; donde la sinceridad de nuestros actos y la fe en la amistad era nuestra divisa.

No quiero terminar sin evocar, señores, a nuestros hogares y amigos más sinceros que han seguido paso a paso nuestras emociones, y han sentido también los triunfos, en nuestra accidentada vida estudiantil.



CAPITULO I

CONSIDERACIONES SOBRE COREAS

Desde la antigüedad se conocía un número considerable de enfermedades, cuyo principal síntoma consistía en movimientos desordenados e imperiosos al mismo tiempo que involuntarios. A las que se les donominaba con el nombre genérico de *Coreas* (danza). Bajo esta agrupación se confundía una cantidad de enfermedades muy diferentes.

Charcot hace una división de las coreas y las clasifica en lo que se podría llamar corea esencial y corea sintomática; de origen orgánico (hemi-coreas, post-hemiplégicas) o dinámicas (coreas histéricas-arritmicas y rítmicas).

Ahora, fundándose en las distintas modalidades clínicas se consideran: las coreas de las mujeres en cinta, la corea paralítica o corea paralizante, la corea hereditaria crónica progresiva o corea de Huntington, corea variable de los degenerados, corea po-

limorfa. Para Charcot no responde sino a una sola entidad mórbida; Giles de la Tourette considera a la corea gravídica de naturaleza histérica y para otros autores la corea de Hutington es una enfermedad distinta de la corea de Sydenham.

Corea Paralítica-Corea paalizante. — Existen en las distintas variedades de coreas cierta parexia de los miembros; aunque poco marcada apareciendo conjuntamente con los movimientos coreicos.

Pero lo que individualiza esta variedad es el predominio de la parálisis que le da caracteres dominantes sobre los otros síntomas, y el sujeto se presenta con una marca impotencia motriz donde las convulsiones casi no son percibidas. Esta forma es bien neta y hay que separarla de lo que se conoce con el nombre de accidentes paralíticos de los coreicos.

No se conoce bien cual es la causa determinante de esta corea paralítica, aunque sabemos que la accidental casi siempre es una infección; ya un sarampión, una escarlatina o una pneumonia, etc. La temprana edad (dos a catorce años, 2 a 14 años) parece favorecerle, pues la mayor parte de los casos se han observado en esa época.

Generalmente su comienzo es lento y progresivo. Las alteraciones intelectuales y afectivas son las primeras en aparecer, notándose más tarde pertur-

baciones motoras hasta adquirir tal intensidad que dominan el cuadro clínico. Otras veces la parálisis se instala de golpe y sume al enfermo en la impotencia motriz más absoluta en el término de 24 a 48 horas. Si esta forma así brusca sucede a una infección aguda febril, se la podría tomar por una de esas parálisis orgánicas, consecutivas a estas afecciones.

Su terminación favorable es la regla después de tres semanas a dos meses.

Corea de las mujeres en cinta. — *Corea grávida.* — *Corea de la gestación.* — *Corea de las embarazadas.* — Riedlin en 1696, Ungen en 1764 y Borsieri en 1789, hacen mención de la corea de las mujeres en cinta y señalan la influencia del embarazo en su producción.

Barnes, en 1868, publica una estadística con 56 casos de corea grávida, de los cuales 17 tuvieron una terminación fatal.

La edad tiene su influencia; así vemos que la corea grávida ataca principalmente a las mujeres jóvenes. En una estadística de Delaye en la que sobre 105 casos, 23 eran de mujeres menores de 20 años; 79 entre 20 y 29 años, y en 3 casos solamente las mujeres tenían más de 30 años. Casi siempre se trataba de primíparas.

La corea tiene una marcada predilección por la primera mitad de la gestación y es más común hacia

el tercero y cuarto mes del embarazo. Excepcionalmente se la ha observado hasta el noveno mes.

Entre las causas productoras de la corea gravídica encontramos: la herencia nerviosa, el reumatismo y las emociones.

El embarazo tiene una acción manifiesta y es un agente provocador bien conocido de alteraciones nerviosas, en las predisuestas suele ser causa suficiente para dar nacimiento a la afección.

La corea gravídica tiene una iniciación en todo semejante a la corea vulgar, las gesticulaciones ya generalizadas, ya localizadas, sólo la intensidad de la agitación es más marcada; como en la corea grave. Casi siempre están tomados los músculos de la laringe y faringe, de donde las alteraciones respiratorias.

La intensidad de los movimientos coreicos es aumentada por el tacto vaginal y el palpado abdominal. Los movimientos fetales tienen la misma influencia y el estallido de la enfermedad parece coincidir con la aparición de los mismos.

Existen alteraciones marcadas del estado mental y los desórdenes de la inteligencia a veces persisten a pesar de la terminación de los movimientos coreicos.

Mac-Clean hace una división de la corea gravídica en una forma verdadera, una forma histérica y una forma mixta.

Suele observarse un soplo extra cardíaco; pero no hay complicaciones cardíacas.

La influencia del trabajo del parto es de lo más variado: en algunos casos no modifica en nada la corea y en otros tiene una influencia manifiesta ya aumentando o disminuyendo la intensidad de la afección.

La corea suele ser una causa bastante frecuente de aborto o de parto prematuro.

Su terminación comunmente se hace con el alumbramiento. A veces el alumbramiento no ha determinado la curación de la corea y ésta persiste durante toda la lactancia (*Chorea lactantium*) y cada vez que el mamón toma el pecho los movimientos coreicos son exagerados al máximo. Otras veces la afección se manifiesta después del parto; es lo que se llama (*coreas post partum*).

Las recidivas en los embarazos subsiguientes han podido ser observadas sin embargo muy comunes.

Su pronóstico es mucho más grave que el de la corea vulgar, siendo la mortalidad de 20 a 25 o/o. Nos encontramos por lo tanto, con una afección grave para la embarazada que puede llevarla a la muerte o ser causa de alteraciones mentales que no regresan, y mucho más grave aún para el feto, pues determina el aborto en un 70 o/o de los casos, según Charpentier.

Corea variable de los degenerados. — *Corea polimorfa.* — Ha sido señalada por Brissaud, en 1896.

Todas las causas habituales de la corea vulgar pueden ser mencionadas como productoras de la corea polimorfa, desde la herencia nerviosa hasta las emociones, las enfermedades infecciosas y las auto-intoxicaciones. La corea variable ataca con predilección al sexo femenino poco después de la pubertad. Pero el factor que caracteriza esta afección es la degeneración psíquica y mental de los enfermos. Los estigmas degenerativos que los acompañan forman parte integrante del cuadro clínico.

Los síntomas principales son dados por el terreno degenerado en que evoluciona la enfermedad. Existen signos físicos y psíquicos de degeneración: infantilismo, malas formaciones genitales (criptorquídea), retardo en la menstruación, desarrollo rudimentario de las mamas, ausencia de pechos en el pubis y axila.

Las alteraciones del estado mental se acentúan con los movimientos coreicos, los que casi siempre se instalan a consecuencia de una fuerte emoción; son irregulares en su forma y amplitud y en un caso de Brissaud consistía en gesticulaciones que presentaban el carácter de tic y de corea al mismo tiempo. Una de las cosas que la caracteriza es la variabilidad.

El enfermo se encuentra curado y por una causa cualquiera recidiva, llegando los movimientos a tal intensidad y amplitud que no se había sospechado pudieran alcanzar.

La enfermedad dura varios años y la corea termina por curar, pero su estado mental persiste y el enfermo es siempre un alienado; de modo que el pronóstico es benigno por lo que respecta a la existencia, pues no la compromete, es serio en lo referente a los desórdenes motores y grave por las alteraciones intelectuales.

Corea crónica de Huntington. — *Corea de los viejos.* — *Corea crónica progresiva.* — *Corea hereditaria del adulto.* — Señalada en 1816, por Thilenius y estudiada en 1822, por Huntington. Es la herencia acompañada por desórdenes mentales y el ser crónica y progresiva lo que caracteriza a esta afección. En algunos casos la herencia puede faltar o no ser tan clara; pero los desórdenes mentales forman el substractum de la enfermedad.

Etiología.—Herencia. — En la corea de Sydenham la herencia similar es rara, mientras que en la de Huntington es la regla por lo que le ha valido el nombre de corea hereditaria autónoma. Se puede observar también la herencia di-similar o herencia nerviosa de transformación.

En la infancia es excepcional, rara todavía en

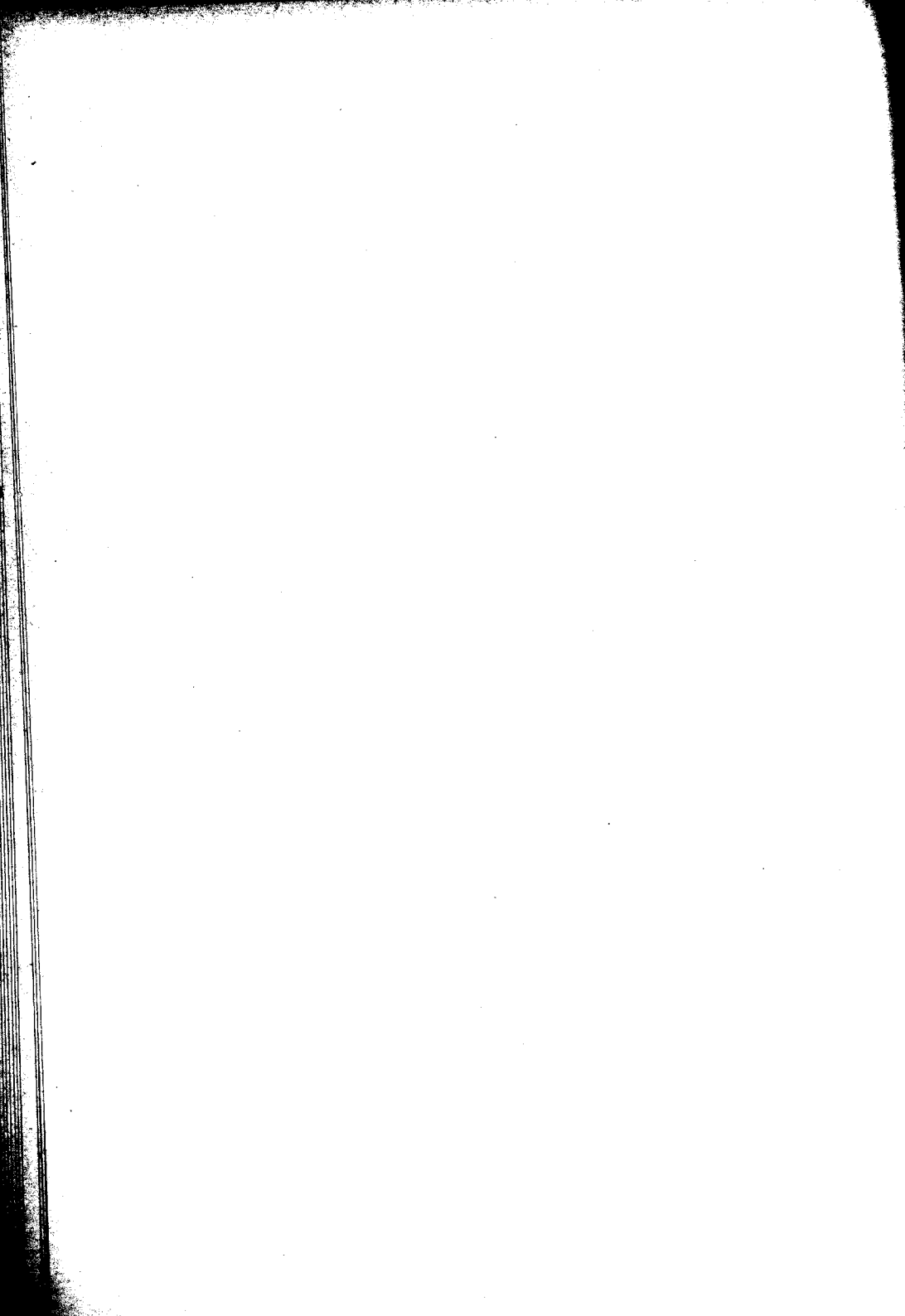
la pubertad y más común de 30 a 45 años, de 45 a 55 la frecuencia se mantiene para hacerse nuevamente rara después de esta edad. El sexo masculino es el más atacado en oposición con la corea vulgar la que tiene marcada predilección por el otro sexo, y el reumatismo tan frecuente en esta última se observa solo por excepción en la corea crónica. Y así también como es tan frecuente la asociación de la corea de Sydenham con la gran neurosis (histeria); en la corea de Huntington también la observamos pero no ya con la histeria sino con la epilepsia. La de Huntington tampoco parece tener ningún origen infeccioso, pues aparece sin estar ligadas ni en su iniciación ni en su evolución al reumatismo o a ninguna enfermedad infecciosa.

La enfermedad comienza, por alteraciones motoras más raramente por perturbaciones de la inteligencia (pérdida de la memoria, dificultades de raciocinio) que se van acentuando lenta y progresivamente hasta llegar a la demencia.

Las alteraciones motoras empiezan por la cara, a veces son las dificultades de la marcha las que llaman la atención, los caracteres de los movimientos son los mismos que los de la corea vulgar, un poco más lentos y menos frecuentes. Son casi siempre generalizados y pueden tomar la forma parapléjica o hemipléjica. Disminuyen por el reposo, desaparecen

por el sueño, son exagerados por las emociones y pueden detenerse por la voluntad, aunque transitoriamente.

El estado mental es lo que caracteriza el cuadro clínico, la marcha de la afección es lenta e insidiosa; dura de 10 a 30 años y los enfermos llegan a una edad avanzada.



CAPITULO II

Corea de Sydenham. — El año 1812, Dartigues escribía: “Se ha incriminado el origen de la corea a las degeneraciones humorales de toda especie; los agentes irritantes, los elementos contagiosos, las saburras gástricas, la presencia de vermes y la influencia divina o diabólica”. Cuarenta años más tarde Goudet cita entre las causas principales ciertas mordeduras de animales, la supresión de los sudores de los pies, etc. Entre las causas que tienen un rol apreciable en la etiología de la corea encontramos: el clima, la raza, los países, las estaciones, la edad, el sexo y la herencia. Más rara en los países del mediodía que en los del norte se dice que la corea pasa por ser desconocida en la raza negra. La influencia de la estación es todavía más conocida; según J. Lewis existe una estrecha relación de corea y reumatismo con la época y para él, el frío húme-

do tiene una acción indiscutible sobre el desarrollo de estas afecciones. W. B. Pritchard nota al contrario que es en primavera y no en invierno; a la misma conclusión llegan las estadísticas de Legay.

Edad. — La corea de Sydenham es una enfermedad de la niñez y la ataca de preferencia después de la segunda dentición hasta la pubertad, sumamente difícil de encontrar por debajo de los seis años y por encima de los veinte, es más frecuente entre seis y doce

Tiene una marcada predilección por el sexo **femenino**.

Herencia. — La herencia similar es rara, lo más común es encontrar la herencia nerviosa di-similar o de transformación y es así que observamos con frecuencia entre los ascendientes histeria, epilesia, neurastenia, las psicosis y el alcoholismo.

Las enfermedades crónicas parecen en algunos casos favorecer el desarrollo de la corea ya sean estas del sistema nervioso o de otros aparatos. La más común de las afecciones del sistema nervioso es la histeria y hasta se ha pensado si la corea no era más que una manifestación de origen histérico; entre otras afecciones crónicas debilitantes tenemos la anemia, la clorosis y el raquitismo.

El rol de las enfermedades infecciosas ha sido indicado por Rilliet y Barthez que notan la acción

debilitante de las fiebres eruptivas, de la pneumonía y de la tifoidea.

Los antiguos autores atribuían al onanismo una gran importancia en la etiología de la corea; Raymond, sin negar en absoluto la influencia de esta causa no le concede mayor valor en sus estadísticas. Las impresiones morales, emociones vivas y el miedo en particular, son especialmente citadas, aunque no hay que olvidar la tendencia que tienen los padres en hacer intervenir estas causas. Y la imitación a la que Zienssen ha sostenido no parece ser capaz de provocar una verdadera carea de Sydenham.

En la etiología y patogenia de la corea encontramos tres teorías; la una nerviosa, sostenida por Charcot, la otra reumática de la que es partidario Roger, y la última infecciosa, defendida por Triboulet.

La teoría nerviosa se basa en la herencia y en la coincidencia existente muchas veces entre una emoción y a continuación el ataque de corea, en los estigmas que presentan muchos de estos enfermos, etcétera.

La frecuencia del reumatismo en los casos de corea es un hecho indiscutible. Según H. Roger, hay identidad de las dos afecciones. "La naturaleza reumática — dice — probada por su coincidencia con el reumatismo y a más con las enfermedades del



corazón". Y agrega que existe una forma de corea a la cual convendría darle el nombre de corea cardíaca.

En la estadística de J. Hughes, sobre 108 casos de corea ha observado 14 complicados de reumatismo articular agudo; Kikes 33 de reumatismo articular agudo en 36 casos de corea; Garrod 45 sobre 100 con antecedentes reumáticos. Lerroud, de 80 casos solo ha encontrado 2 con reumatismo articulado agudo, 3 con reumatismo articular alternante y 13 con dolores vagos articulares o abarticulares apiréticos, 62 sin ninguna manifestación reumática anterior; en total 5 casos de reumatismo bien comprobado. De lo cual resulta que si el reumatismo se asocia frecuentemente a la corea existen sin embargo un número considerable de casos en los cuales evoluciona sin ninguna manifestación reumatismal y lo mismo podría agregarse de la relación con las lesiones cardíacas.

Y por último la teoría infecciosa. Triboulet ha encontrado sobre (trescientos) 300 casos, 100, en los cuales la corea apareció en el curso de una enfermedad febril: Escarlatina, sarampión, coqueluche, viruela, pneumonia, etc.

En realidad solo quedan dos teorías, la nerviosa, que considera la corea como una neurosis y la infecciosa, puesto que consideramos al reumatismo

articular agudo de origen infeccioso. Aunque muchos autores han pretendido encontrar el agente específico de la corea parece ser que las lesiones orgánicas encontradas no tienen nada de específico.

Naturaleza orgánica de la corea de Sydenham.

— Para Charcot y su escuela a la corea de Sydenham la consideran como una neurosis. Babinski, basándose en una serie de signos, fué el primero que habló de la probabilidad de su origen orgánico. Hutinel cree se trate de una encefalitis superficial pasajera y curable que es el concepto actual y como comprobación que lo justifique encontramos investigando en los coreicos un número de signos que se admiten como demostrativos de lesiones orgánicas del sistema nervioso. Estos signos deben ser buscados sistemáticamente en toda la época de la evolución de la enfermedad, sino, dice Gareyzo, se corre el riesgo de no encontrarla, pues la presencia de ellos suele ser transitoria y fugaz. Uno de los más constantes, de mayor significación, es el fenómeno de Babinski y el que se encuentra durante el mayor tiempo de la enfermedad. En algunos casos su presencia es de muy corta duración y en otros es tan constante que solo desaparece con la terminación de los movimientos coreicos; generalmente el signo es bilateral, pero a veces solo es unilateral en las hemi-coreas se encuentra casi siempre del lado afec-

tado, a veces no puede constatarse el Babinski, y entonces existe el fenómeno de la flexión combinada del muslo sobre la pelvis. El fenómeno de los dedos constatado la primera vez por nuestro profesor el doctor Estevez en 1903 (en un caso que publica Gareyzo), y en 1906 por Charpentier, sería según Babinski, excepcional. Otros observadores lo han comprobado con más frecuencia. Otro signo que tiene la misma significación que el Babinski: la interrupción en la función del haz piramidal es la flexión combinada del muslo y la pelvis que va acompañada de hipotonía más o menos marcada. Gareyzo dice haberlo constatado 49 veces en 500 casos. Hay otros signos que han sido observados y que tienen el mismo valor, como el de Gordon, Oppenheim, Strümpell y Grasset y Gaussel. Gareyzo ha encontrado excepcionalmente (solo dos veces), la trepidación epileptoidea del pie que era bilateral intensa y sostenida.

Existe además el reflejo patelar sostenido o prolongado descrito por Weill y en el que el miembro permanece un tiempo en extensión, después de la proyección que da la percusión del tendón. No siempre se produce después de una o dos percusiones, son necesarias varias para provocarlo, pasa pues lo que dice Triboulet, retardo en su aparición y exageración en su exteriorización.

La significación que le atribuye Weill sería una perturbación de la sensibilidad, seguida de una hiper-excitabilidad medular. Ha sido observado ya aisladamente ya en conjunto con los otros signos orgánicos.

Existen signos que André Thomas señaló (el primero) como demostrativos de la participación de alteraciones cerebelosas en la sintomatología de la corea, donde encontramos la prueba de la prehensión y las perturbaciones de la adiadocosínesis, muy difíciles de tomar y de apreciar debido a los movimientos desordenados de los coreicos. Según Thomas, las lesiones sobre la vía piramidal y corteza cerebral repercuten forzosamente sobre el cerebelo, determinando alteraciones que dan lugar a esas perturbaciones.

Los reflejos tendinosos han sido objeto de numerosas investigaciones y lo que más llama la atención es la diversidad de conclusiones a que llegan los experimentadores.

Así tenemos que algunos autores los encuentran abolidos, según Babinski son normales y otras estadísticas traen desde el estado normal hasta la abolición y la exageración de los reflejos. El estado de estos suele variar de un día para otro. Sabemos que los reflejos tendinosos en la corea presentan una diversidad muy grande en cuanto a su intensidad, pre-

sencia o ausencia y estas variaciones pueden encontrarse durante toda la evolución de la afección.

La hipotonía muscular es bastante marcada y tanto la flexión como la extensión de los miembros superiores e inferiores puede llevarse más allá de los límites normales. La apreciación de estos signos que denotan una lesión orgánica del sistema nervioso no siempre se encuentran reunidos en un mismo enfermo pero suelen sustituirse. Así encontramos en una estadística de Madame Gatow Gatowski, que de 32 enfermos (28 tenían hipotonía muscular; con exageración de reflejos 11; debilitados 4; abolidos una vez y al estado normal 6. Flexión combinada del muslo y de la pelvis en 3 observaciones. Sincinesia del miembro superior en 15. 8 con Babinski y 2 con Oppenheim, todos estos signos han sido observados con predominio sobre el lado más atacado.

Las lesiones anatómicas que dan origen a estos fenómenos difícilmente pueden ser encontradas, puesto que como dice muy bien Hutinel, son generalmente alteraciones superficiales y curables. Sin embargo, Cassard, en su tesis de Paris de 1910, hablando de la naturaleza orgánica de la corea después de referirse a los signos que denotan lesiones orgánicas del sistema nervioso entra a estudiar las lesiones anatómicas observadas y dice así: En la re-

gión optoestriada la mayor parte de las células están enfermas. En un corte de la parte media de la frontal y parietal ascendente derecha ha observado que la corteza subyacente a la pía-madre ofrece una ligera rarefacción en sus capas superficiales, dilatación de las vainas linfáticas, algunos focos hemorrágicos y un ligero aumento de las células de la neuroglia. **Hay que tener en cuenta que estas lesiones han sido encontradas en coreas graves seguidas de muerte y por eso las lesiones son bastante apreciables.**

En el año 1915 entre nosotros el Dr. Juan Carlos Navarro en colaboración con los Doctores Enrique Beretervide y Juan P. Garrahan publica un caso del Hospital de Clínicas del servicio de profesor Dr. Centeno que murió en plena evolución de la corea, donde hace un estudio completo de las lesiones anatómicas y trae una nutrida bibliografía.

La historia del caso es la siguiente:

“Cama 44. — V. M. — Edad 12 años. — Fecha de entrada el 24 de Enero de 1915.

El médico que la trata acompaña una carta que dice: En Abril de 1914 esta atacada de corea de Sydenham que duró hasta Julio, ya tenía un soplo sistólico mitral. Dos meses más tarde tuvo monoplejía superior derecha flácida. Practicada la Wasserman en el público dió resultado positivo. Inmedia-

tamente se inicia el tratamiento, inyecciones de 0.01 de Biyoduro diario, notándose a los 15 días mejoría de la parálisis así como de los movimientos coreicos. Al poco tiempo sobreviene un proceso febril con debilidad cardíaca, hecha la terapéutica sintomática como la enferma sigue mal es internada.

Los antecedentes no dan nada de particular.

Estado actual. — Febrero 5. Los días anteriores movimientos coreicos muy intensos que obligan a contenerla en cama; ahora los movimientos han desaparecido casi por completo.

Niña de constitución débil, algo enflaquecida, piel pálida mate, ligera cianosis, dispnea.

Estado intelectual muy perezoso, responde lentamente y con palabra arrastrada. A veces contesta con incoordinación, decúbito lateral.

Corazón. — Choque cardíaco intenso, visible desde el segundo espacio intercostal izquierdo hasta cerca del epigastrio algo afuera de la línea axilar anterior, la punta se ve y se palpa entre el quinto espacio y sexta costilla sobre la línea axilar anterior. Area cardíaca aumentada. En el segundo espacio intercostal izquierdo un poco por dentro de la línea mamilar hay un thrill intenso. En el foco mitral soplo intenso sistólico con propagación hacia afuera y abajo. En el triscuspideo y aórtico tonos sordos algo enmascarados por los soplos. En el pul-

monar soplo intenso. Al nivel del cuarto espacio dos dedos por dentro de la tetilla hay un doble soplo de timbre distinto al anterior. — Al final el soplo pulmonar toma un timbre distinto asemejándose a un frote.

Pulso. — Onda poco amplia, algunas arritmias. P. M. 9 ½, P. M. 7 ½.

Pulmones. — Nada de particular.

Abdomen, el borde inferior del hígado se palpa a un través de dedo del reborde. No se palpa bazo. Paredes regular tensión.

No hay parálisis; pero la movilidad de los miembros está muy disminuída, reflejo rotuliano no existe.

Febrero 9. — Mayor depresión en el estado intelectual, casi soporoso. La paresia de los miembros inferiores se ha acentuado sin llegar a hacerse parálisis completa. Hay gatismo.

Febrero 10. — Hay mayor depresión aún. No responde, no habla, solo emite algunos quejidos. La tensión del pulso ha disminuído considerablemente y no reacciona a los estimulantes cardíacos. Hay dispnea, en la base derecha disminución de la sonoridad y de la entrada de aire sin ruido sobregregado.

Febrero 10. — Orina, albúmina 1.70 o|o, regular cantidad de pigmentos biliares. Al microscopio

pio algunos hebatíes, escasos cilindros hialinos y hialinos granulados.

Aparece una erupción generalizada predominando en el tronco y abdomen a pequeños elementos puntiformes de color rojo oscuro.

Febrero 11. — Fallece a las 6 a. m.

Autopsia practicada tres horas después del fallecimiento. La cara externa de la dura-madre no presenta alteraciones, la interna es lisa y brillante, nada de particular en meninges blandas y bóveda. En la base entre el quiasma y la protuberancia la tela coroidea presenta un color blanco lechoso en bandas o placas.

En la médula hemorragia intradural al nivel del ensanchamiento dorso lumbar y otras más pequeñas al nivel del ensanchamiento cervical.

En la cavidad abdominal líquido citrino claro (1 litro). Epiplón con escasa grasa. Hígado aumentado de volumen, cápsula lisa transparente, consistencia normal. Al corte hígado moscado, algunas zonas amarillentas vesícula biliar llena de bilis espesa y negruzca.

Bazo cápsula lisa, forma y consistencia normal.

Riñones, tamaño normal, cápsula lisa, se desprende con facilidad al corte, superficie sin brillo, difícilmente se distingue la sustancia molecular de la cortical. Cápsula suprarrenal normal.

Pericardio liso brillante, contiene líquido citrino.

Corazón aumentado de tamaño, aspecto flácido, endocarditis vegetante en la mitral, en la tricuspídea menos número de granulaciones. Ventrículo derecho dilatado. Válvula pulmonar sana, ocluye bien. Aorta presenta las mismas vegetaciones que la mitral y tricuspídea. Miocardio pálido blando con algunas zonas amarillentas.

Pleuras normales, líquido citrino del mismo aspecto que el del abdomen y pericardio.

Del cerebro fresco se sacan fragmentos de las zonas frontal rolándica, temporal y occipital y del cerebelo de ambos lados y de tres alturas distintas de la médula. Fijándose en alcohol a 95° para coloración de Nissl. Inclusión después en parafina y celandina. El resto de la masa encefálica, con bulbo y protuberancia fijados en formol. El resto de la médula en alcohol a 95°.

Al microscopio. — Pericardio: sano.

Miocardio. — Ha desaparecido la estriación de la fibra cardíaca, hay alteraciones del núcleo y de la masa protoplasmática. Válvula mitral, lesiones de endocarditis vegetante. La investigación de gérmenes fué negativa.

Pulmón. — En el interior del alveolo una exudación homogénea como de edema, desaparición de

algunos tabiques inter-alveolares, capilares dilatados y exangües, la pared de los pequeños bronquios tiene su capa epitelial destruída por partes.

Bazo. — Los corpúsculos aumentados de volumen con gran cantidad de glóbulos rojos en su interior, algunos pocos nucleados.

Riñón. — Llama la atención los elementos rojos de la sangre en gran cantidad, no se nota otra alteración de importancia.

Hígado. — Al lado de partes normales otras han desaparecido ahogadas por los glóbulos rojos, los espacios de Kiernan agrandados.

Cápsulas suprarrenales ligeras modificaciones.

Sistema nervioso. — *Zona frontal.* — Las grandes células piramidales de aspecto habitual, la parte más coloreada es el nucleolo. La sustancia nuclear se tiñe poco. Las granulaciones de Nissl son visibles aunque en algunas células menos que de ordinario, su número es algo menor que lo normal, prolongaciones normales. Las células de glía no están aumentadas.

La pía-mater normal, los vasos sanguíneos muy dilatados y llenos de sangre sin alteración de sus paredes. No hay hemorragias ni acúmulos leucocitarios.

Zona rolándica. — En las grandes células igual constatación que en la frontal., mismo estado de los vasos y de la meningia.

Zona temporal. — En las células de esta región alteraciones del mismo grado que en las anteriores.

Cerebelo. — Está perfectamente diferenciadas las zonas que lo constituyen, en la molecular y granulosa nada de particular, las células de Purkinje presentan su nucleolo muy bien teñido, núcleo bastante claro, protoplasma contiene granulaciones de Nissl con su aspecto normal.

Médula. — Las células del cuerno anterior granulaciones de Nissl y aspecto normal pero en número reducido; núcleo bien diferenciado se colorea poco: el nucleolo intensamente teñido. Las células de las otras regiones coloreadas en forma análoga. El canal del epéndimo algo ensanchado, las células que lo tapizan normales. Ligera gliosis periepéndimaria, la pía sana.

Capa óptica. — Núcleos no bien coloreados, excéntricos en sus células, granulaciones de Nissl poco visibles, ligero aumento de los núcleos de la glía.

Núcleo lenticular. — Las células de esta región más grandes que las de la anterior, presentan alteraciones semejantes.

Núcleo caudador. — Igual aspecto que en las dos anteriores.

Bulbo y protuberancia. — La estructura de ambos es perfectamente normal, ligera dilatación e ingurgitación vascular.

Las fibras nerviosas de la cápsula interna, bulbo, protuberancia y médula fijadas con formol lavadas al agua corriente durante 24 horas y sumergidas en el líquido fijador de Müller, en el cual permanecieron dos meses. Inclusión en celoidina. Coloración Met. Weigert; Weigert-Pal y Weigert Van Gieson no presentan alteración en ninguna de estas regiones. En los cortes del bulbo coloreado con Weigert Van Gieson se aprecian la dilatación e ingurgitación de los vasos sanguíneos sin alteración inflamatoria.

Neuroglia. — Fragmentos del cerebro fijado y conservado en formol correspondientes a la zona frontal, parietal y occipital, el profesor Merzbacher no ha encontrado ninguna lesión usando su método especial para este tejido.

En resumen dice Navarro, nosotros hemos encontrado lesiones celulares en la corteza, ganglios de la base y médula, consistentes en disminución del número de granulaciones de Nissl y ligera disminución de la colorabilidad de los núcleos. Ninguna lesión en las fibras ni en la neuroglia.

Ectasia general bascular sin manifestación inflamatoria. Ninguna de estas leves lesiones es específica.

Las lesiones del sistema nervioso son poco constantes y de grado y localización muy variables. Cro-

matolisis más o menos acci... (Hugovering), lesiones muy leves según Reichert, Poynton, etc., y ausencia total de modificación en las células para Iburguern.

Hugovering encontró los llamados cuerpos coreicos, Flechsig, Jacewenko, Lanfenarr y Wollemberg, concluyen basándose en un número considerable de observaciones que los pretendidos cuerpos coreicos se encuentran con frecuencia en afecciones distintas de la corea.

Kopozinski, Bonardi y otros, dicen, en nuestro caso solo encontramos ectasia vascular, escasísimas lesiones celulares, ningún signo de inflamación.

FORMAS CLINICAS DE LA COREA

En la corea de Syderham podemos considerar dos formas clínicas: la benigna y la grave.

La primera se subdivide en corea a formas normal y anormal.

Corea normal. — Forma ordinaria. Benigna, Ligera. Corea vulgar, Después de un ataque de reumatismo articular ligero que a veces no se manifiesta sino por algunos dolores articulares o que pasa casi completamente desapercibido se observa que el sujeto se hace torpe para comer y tropieza con dificultades en la escritura.

De modo que lo más comunmente la corea principia lenta y progresivamente; y una vez instaladas las alteraciones motoras, se generalizan sin adquirir una gran intensidad y cesan completamente en el sueño.

El estado general es bueno, no hay fiebre, los reflejos son apenas modificados, la sensibilidad general no está alterada. En el estado mental no hay ninguna perturbación psíquica. Y en la zona apaxiana existe un soplo cardíaco-pulmonar.

Al cabo de seis semanas o dos meses y medio los movimientos coreicos se atenúan; empezando primero por los del miembro inferior, después los del superior y los últimos en desaparecer son los de la cara.

El enfermo parece curado; pero tiene generalmente una lesión cardíaca orgánica. El pericardio está a veces tocado.

El sujeto se encuentra expuesto a recaídas y recidivas. Estas recaídas y recidivas son bastante frecuentes, d'Espine y Picot las han observado en la mitad de sus casos y G. Sec 37 veces en 138 coreicos generalizados.

Coreas anormales. — Cuando los movimientos coreicos son ligeros, (coreas latentes) o localizados (coreas parciales), su generalización y su reproducción incesante es lo que les da caracteres y las hace graves.

Hay complicaciones constantes de corazón y pleura, insomnio, delirio, hipertermia. Llegando en muchos casos a la muerte.

Lo que caracteriza a las coreas parciales es que los movimientos coreicos se localizan a un cierto número de grupos musculares: músculos de la lengua, de la cara, del cuello, ciertos tics de Salaam no son otra cosa que coreas de los músculos de la nuca.

Alteraciones psíquicas suelen acompañar a estas coreas parciales que después terminan por evolucionar hacia la corea vulgar. Esta forma recidiva con gran facilidad.

Coreas graves. — Sumamente grave generalmente se terminan por la muerte. Según M. Léauté tiene una marcada predilección por el sexo masculino.

Los primeros ataques no son mayormente inquietantes, y es solo en las recidivas donde aparece la gravedad.

En esta forma clínica hay concomitancia de afecciones cardíacas: encarditis vegetante, pericarditis aguda.

Clínicamente se las puede dividir en aquella forma en que la muerte sobreviene por la complicación y no por la corea y en la que la corea es mortal ella misma, y lo lleva al enfermo al estado llamado por Charcot de mal coreico.

INTIMA RELACION DE LA COREA CON LA HISTERIA

Caracteres comunes a la corea y a la histeria. — En la corea existen muchos puntos de contacto con la histeria, tanto en sus manifestaciones como en su origen y así vemos en la herencia por ejemplo tienen una estrecha relación. Los coreicos tienen muchas veces en sus padres la histeria y los histéricos en sus ascendientes la corea; a más la herencia nerviosa tan marcada en los coreicos lo es aún más en las histeria y generalmente se trata de la misma herencia disimilar o de transformación.

Así como en la corea el más atacado es el sexo femenino sabemos que la histeria es casi patrimonio de las mujeres.

El traumatismo es una causa frecuente de histeria (el histerotraumatismo). Se han observado algunos casos en donde a consecuencias de un traumatismo se instala una corea, tal es la observación de Bouteille publicada en 1810 “Una niña cae del coche, al examen médico no se comprueba ninguna lesión pero la esfera moral parece haber sido hondamente afectada: algunos días después presenta movimientos coreicos de los músculos de la cara, de la lengua y de los miembros”.

Bouteille cita en su tesis una corea sobrevenida a causa de la extracción de un diente en una mujer embarazada.

El estallido de una crisis histérica está por lo general ligada a las emociones morales. Toda sacudida del sistema nervioso favorecen o intensifican las crisis coreicas. Las observaciones en las cuales el temor o las contrariedades son la causa de un ataque de histeria son numerosas y suelen ser también de muchas coreas. La imitación que tiene un sitio tan amplio en la producción de la histeria suele dar origen a movimientos coreicos. Es muy común ver en una sala a muchas histéricas presentar crisis convulsivas cuando una de sus compañeras tiene un ataque sería un caso de contagio nervioso. Y Bouchout cita muchos casos de enfermos presentar movimientos coreicos después de haber visto a uno de sus compañeros atacado de convulsiones coreicas.

Monoplejía coreica por imitación — “Niño de 13 años entra por gastralgia, es atacado de violentas convulsiones; se hace coreica por haber sido acosado al lado de un enfermito atacado de monoplejía coreica.

El tratamiento de este enfermo fué el siguiente: se le anuncia que es necesario el procedimiento del termo cauterio para desembarazarlo del mal, a la vista del termo al rojo llora y se desespera pero 48

horas más tarde está curado (citado por Nouhaud, tesis de París de 1908).

El estado mental de los coreicos se asemeja al de los histéricos son de una impresionabilidad muy viva, la menor contrariedad los irrita, tienen un excesivo amor propio, mal humorados, no soportan las correcciones, se alarman a propósito de todo y de nada, de una susceptibilidad y emotividad extrema.

La gestación sobre las dos neurosis tiene una influencia marcada; en la corea sabemos toda la importancia que tiene hasta llegar a determinar una forma especial: la corea gravídica. La histeria no perturba generalmente el embarazo; pero en algunos casos altera la salud de la madre y puede llegar a producir el aborto o el parto prematuro. En una como en otra de las dos afecciones, el aislamiento del hijó se hace necesario, lo que prueba el parentesco de las dos neurosis (dice Nouhaud).

En la corea existen lo que se llaman zonas hiperextésicas, asimilables en un todo a los puntos histerógenos.

Los puntos dolorosos de Triboulet que este autor ha encontrado en los coreicos haciendo presión a lo largo de la columna vertebral.

El punto ovárico de Marié.

La comprensión ovárica puede detener los movimientos coreicos, dice Charcot, tratando de la corea

rítmica histérica y agrega: “esta detención así marcada de los movimientos coreicos no se hace sino por un momento mientras dura la comprensión ovárica, reaparecen enseguida desordenados e irregulares desde que la comprensión termina”.

Barjon Revues des malades de l'enfance 1903 citado por Nouhaud tiene una observación clínica que pone de manifiesto la relación existente en las dos neurosis.

Accidentes pseudo-menéngíticos a repetición en el curso de la evolución de una corea de Sydenham en un histérico. “Enfermo de 17 años viene a consultarse por una corea vulgar; por la noche es atacado de accidentes cerebrales graves; que desaparecen después para volver una segunda vez con una gravedad mucho menos marcada y le repite una tercera más atenuada aún.

A cada poussé pseudo-menéngítico el sujeto presenta una serie de síntomas que lo asemejan a una menengitis: vómitos, contracturas, intermitentes temperatura 39°; pérdida de conocimiento, posición en gatillo de fusil, constipación, irregularidades del pulso. Pero a pesar de todos estos síntomas; hay ciertos caracteres que pueden hacer sospechar que no sea una verdadera menengitis. “El principio siempre brusco, los síntomas adquiriendo de golpe toda su intensidad y la pérdida de conoci-

miento precoz”. En estos casos, así complejos es imposible aislar las manifestaciones coreicas de las histéricas. Y Olliner dice: “La evolución de la corea: no modifica ni impide las manifestaciones de la histeria.

Corea rítmica histérica. — El carácter esencial de los movimientos en la corea de Sydenham es el de ser desordenados e ilógicos sin ningún fin preciso, ni significación, la arritmia la distingue netamente de la forma rítmica que caracteriza la corea histérica.

Pero los caracteres principales de ser irresistible independientes de la voluntad e incesantes (salvo en el sueño) están conservados.

La historia de las coreas rítmicas de origen histérico data y pueden ser relacionadas con aquellas famosas epidemias de la Edad Media.

En la corea rítmica, dice Charcot, no encontramos, ni las oscilaciones, ni las gesticulaciones contradictorias e ilógicas, ni las vibraciones como en el temblor, que hallamos en la corea vulgar.

Se puede decir que son sistematizados, parecen coordinados para un fin determinado como la danza por ejemplo: corea saltatoria; o reproducen ciertos actos profesionales, movimientos de remos (rameurs ou de forgerons), corea malleatoire.

Esta afección puede observarse independiente-

mente de todo fenómeno histérico, pero lo común es que esté ligada a la histeria. Y evoluciona ya en el curso de un ataque histérico, a continuación o fuera de todo ataque al estado de fenómeno aislado.

Observación. Tesis de Nauhaud.

Corea Rítmica en el curso de la historia. — Grande histeria, entra al Hospital por vómitos histéricos. A causa de un susto ha sido atacado de corea rítmica. Los ataques de corea alternan con los de histeria durante 8 días. La administración de un emético al principio de la crisis la detiene. Más tarde los ataques de corea se hacen raros mientras que las crisis de histeria se repiten con mayor frecuencia. Al tiempo la corea reaparece después de un ataque de histeria y se presenta con movimientos incesantes de rotación de la cabeza y maleatorios de los brazos.

La corea cede al uso de dos eméticos y el enfermo entra a su estado normal habiendo perdido todos los estigmas de la histeria: Hemianestesia, estrechamiento concéntrico del campo visual, puntos histerógenos.

Corea rítmica pendant el ataque de histeria. — Ch. 24 años. Entra al asilo de Villejuif presentando una anestesia completa de todo el cuerpo al dolor, al frío y al calor, algunas partes conservan sensibilidad entre otras los pies hasta los maleolos

y una zona de sensibilidad en la rodilla derecha que se extiende a tres traveses de dedo por encima y por debajo de la articulación.

Punto ovariano derecho, sub - maxilar izquierdo y puntos histerógenos diseminados a lo largo de la columna vertebral. Estrechamiento concéntrico considerable del campo visual, ataques de histeria clásicos que en una de sus fases presenta una crisis de corea natatoria. El enfermo acostado sobre el plano ventral hace movimientos de natación muy regulares al mismo tiempo que habla como si se encontrara en el agua: este estado dura de cinco a diez minutos.

Corea rítmica a continuación de un ataque de histeria. — Cr. . . . gran histérico, con hemi - anestesia sensitivo sensorial del lado derecho a continuación de un ataque se le instala una corea rítmica manifestándose por movimientos de rotación de la cabeza y de los brazos cruzados sobre el pecho y flexionados los antebrazos se alternan con gran rapidez. Este ataque le dura tres días sin interrupción, todos los medios empleados para detenerlo no han dado ningún resultado. Después de la cesación de la crisis sus estigmas han desaparecido, no quedan ni rastros de la anestesia sensitivo sensorial ni de los puntos histerógenos, en el sitio donde estaba un punto histerógeno situado algo por encima del seno derecho existe ahora un punto coreígeno. Este nue-

vo estado dura 8 días sobreviniéndole un ataque de histeria que la vuelve a su situación anterior.

Mr. Jofroy de la Societé Medicale des Hopiteau citado por Nouhaud ha visto una corea de Sydenham transformarse en corea rítmica a causa de una emoción. Charcot considera la corea rítmica como un ataque histérico prolongado y transformado.

Corea arrítmica histérica. — Existe una clase de corea histérica que presenta los mismos caracteres fundamentales de la corea vulgar puesta en evidencia por M. Debove en la Societé Medicale des Hopiteau en 1890 en la que presenta un histérico atacado de corea arrítmica.

Cadet de Gassicourt en 1884 dice: “Yo pienso que ciertas coreas que tienen todos los caracteres de la vulgar no son sino de origen histérico”. Más tarde Marié en 1886 que ha observado el punto ovárico en las coreicas afirma que la corea no es otra cosa que una forma de histeria.

Déjerinne en su tesis de agregación sobre la herencia de las enfermedades del sistema nervioso dice: “La corea de Sydenham afecta con la histeria relaciones tan íntimas que nos podríamos preguntar si estas dos afecciones no son más que ramas de un solo y único tronco mórbido”.

Tesis de Sonnevile (citado por Nouhaud).

Jules M. 10 años de edad. Antecedentes he-

reditarios: padre alcoholista, madre nerviosa, emotiva; los hermanos y hermanas han padecido de convulsiones.

Antecedentes personales: nacido a término, ligero raquitismo. El niño ha sido siempre nervioso, colérico, caprichoso, atacado de terrores nocturnos hasta los siete años.

Enfermedad actual: jugando con unos compañeros le empujan y cae en una fosa poco profunda: tiene una emoción muy viva, al día siguiente sus padres lo encuentran triste, abatido, a los cinco días se aperceben que come torpemente, luego los miembros inferiores y la cara son tomados. El enfermo examinado al poco tiempo no presenta ningún rasgo de degeneración mental; solo movimientos ilógicos, desordenados, arrítmicos, más marcados en el lado derecho. No existen en él sueño, son calmados por la comprensión de los testículos. Mientras se examina el enfermo se exageran, lo mismo por la cólera o la contrariedad y por la presión en la columna vertebral.

En la cara hay parpadeo, movimiento de los ojos a derecha e izquierda, la alas de la nariz agitados, lo mismo que las comisuras labiales, la lengua proyectada hacia afuera a cada instante; la palabra está algo dificultada.

Miembros superiores: el enfermo escribe difícilmente. Come y bebe apenas.

Los miembros inferiores están muy atacados, la marcha es difícil, las piernas se entre cruzan, sensación subjetiva de constricción en la garganta, Anosmia. Mentalidad normal. Reflejos existen.

Se le trata con azul de Metileno y se le recomienda tomarlo con cuidado agregándole que el medicamento es un veneno peligroso.

Caso de Babonneix..... 14 años y medio de edad, madre muy nerviosa, después de una emoción (muerte de la abuela) es atacado de movimientos desordenados del brazo y pierna izquierda al mismo tiempo que de la cara y la lengua.

A los dos meses sale completamente curado, no presenta ningún fenómeno mórbido.

Al cabo de tres semanas debido a una reprimenda es nuevamente atacado de los mismos movimientos y a las dos semanas está completamente curado.

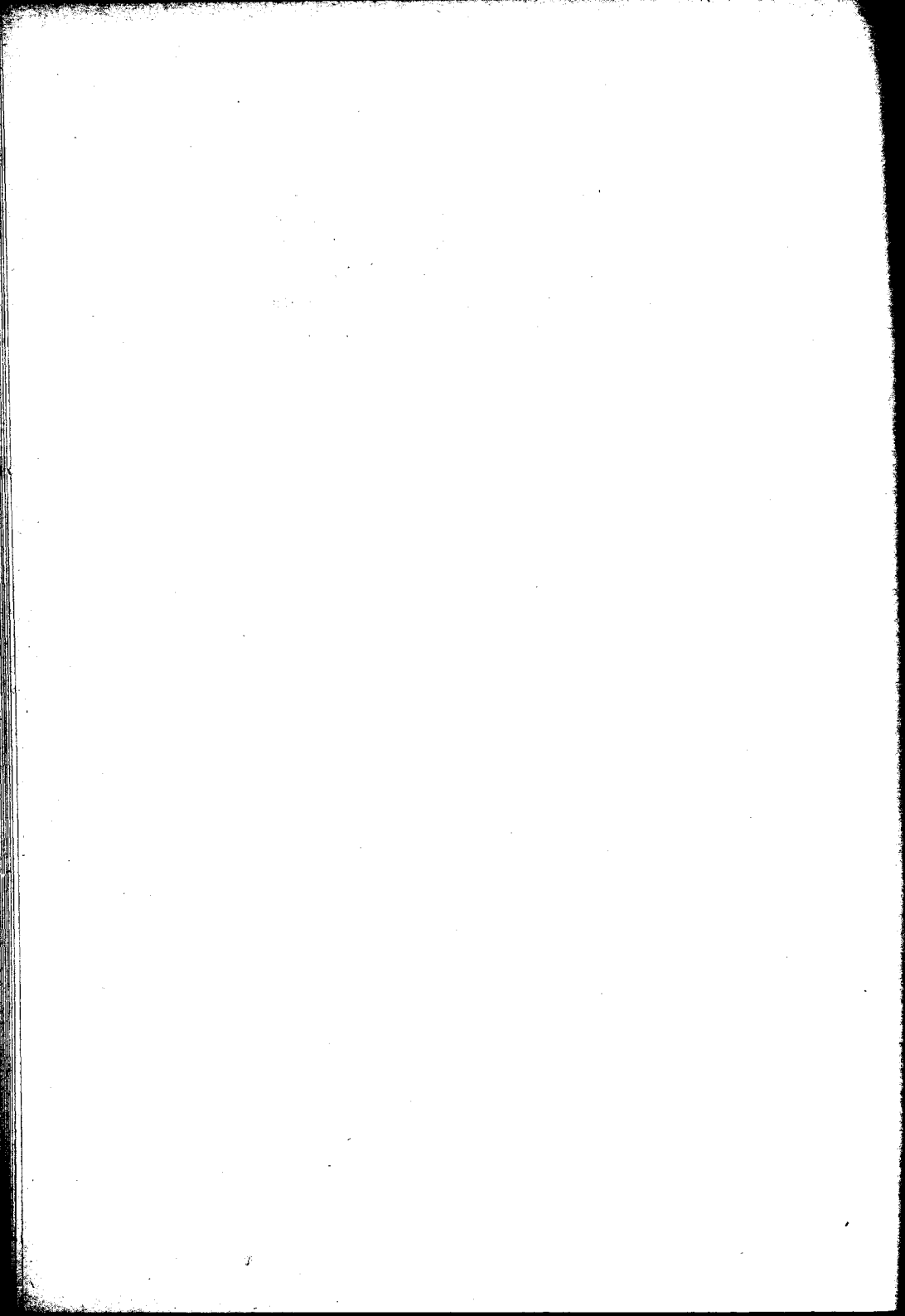
Tesis de Dettling. — S. . . , joven de 19 años, crisis convulsiva a los 13. Histeria ovárica a los 15, dos años antes de la primera menstruación, actualmente el ovario derecho exalta la crisis, hemi-anestesia del mismo lado, anosmia del lado derecho, pérdida absoluta del gusto sobre una mitad de la lengua desde la punta hasta la base, disminución de la agudeza auditiva del mismo lado. Contractura del lado derecho a continuación de una crisis histero-epiléptica.

Hemi-corea rítmica del lado derecho con movimientos alternativos de flexión y deflexión de la cabeza sobre el tronco y de este sobre la pelvis, iguales movimientos en las piernas y brazos. A causa de una inspiración de eter le sobrevienen cinco ataques dejándole una contractura del lado derecho, después de algunas sacudidas seguidas de corea arrítmica; tres días después movimientos coreicos irregulares asemejándose a los de la corea de Sydenham. A los tres días persisten los movimientos más acentuados. A los dos días de este estado le sobrevienen 25 ataques, desde las 8 de la mañana hasta la 1 a. m. a partir de la cual los movimientos coreicos han cesado definitivamente.

Tenemos en la corea histérica dos formas, la rítmica y la arrítmica. El diagnóstico de la primera es fácil, tan clásica es la distinción de la corea vulgar cuyos movimientos son desordenados, ilógicos. arrítmicos en una palabra, que en cuanto toman una cadencia especial (ritmo), se impone el diagnóstico de corea histérica.

De modo que todo movimiento desordenado, sobreviniendo después de una emoción, susto, etc., ritmado repitiéndose siempre igual y en las mismas circunstancias y donde los estigmas histéricos son hallados con gran nitidez, nos permiten admitir la posibilidad de que un gran número de coreicos res-

pondan etiológicamente a una perturbación funcional. Sin embargo la restricción que hoy se da a las exteriorizaciones de la histeria después de los conocidos trabajos de Babinski, deben hacernos guardar mucha reserva antes de llegar a tal conclusión.



CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LA COREA DE SYDENHAM

Desde la sangría y la revolución enérgica hasta los purgantes han sido usados. Sydenham sangraba y purgaba con el fin de sacar el principio morbífico que según él hacía irrupción en los nervios determinando la corea. Serres, Petty y Lisfranc aconsejaban las sanguijuelas en el occipucio. Hamilton, creyendo que la corea era efecto de la constipación, prescribía primeramente los laxantes hasta llegar a los drásticos. Frausseau introduce en el tratamiento de la corea la estriquina que fué considerado su empleo como peligroso. Los agentes paralizantes estuvieron en boga, Bouchut recomendaba el sulfato de eserina. Majuan el clorhidrato de hioscina y el curare fué preconizado por Fulton, el haba de calabar, la cicuta, etc. fueron pregonados por otros. Boutei-

lle, Murray y Fadelot propiciaron los anti-espasmódicos: la valeriana, las sales de zinc, la belladona y, sobre todo, el opio. Otros asocian el bromuro de potasio a éstos. Se usan después los hipnóticos y nervinos, dirigidos para actuar sobre el sistema nervioso y sobre el estado general los tónicos internos y externos y la higiene. De los hipnóticos más usados tenemos: el cloral, sulfonal y la paraldehida; se ha empleado también el cloroformo, el éter, el nitrito de amilo y la sugestión hipnótica sin mayores resultados.

Entre los nervinos tenemos: los bromuros, la antipirina y la exalgina. De los tónicos generales en primer lugar el arsénico, después han sido usados también el hierro, la quina y los fosfatos, etc.

Hablando del tratamiento del arsénico, Marfan dice: "con este procedimiento no se cura la corea, se la oculta detrás de una inmovilización artificial". Y agrega luego: con el arsénico no se consigue más que provocar una parálisis por envenenamiento arsenical. En un momento dado de la arsenialización la inteligencia se nubla, sobrevienen náuseas y vómitos. Luego los vómitos desaparecen y los enfermos quedan inertes en cama.

La antipirina que tiene tantos partidarios, es considerada como muy inferior a los arsenicales, y Comby, que la había usado, la proscribe de su servicio para volver al licor de Fowler.

El tratamiento racional de la corea, dice el doctor Lacroze en su tesis de doctorado, debe llenar estas proposiciones:

- 1.º—Reposo en cama.
- 2.º—Baños templados o tibios.
- 3.º—Fricciones.
- 4.º—Sobrealimentación.
- 5.º—Ambiente bien aereado.
- 6.º—Proscribir el alcohol.

Después debe tenerse en cuenta la indicación sintomática y por último debe combatirse el elemento infección. Se recurrirá con preferencia a los derivados del ácido salicílico y especialmente al salicilato de soda. El salicilato, según el mismo autor había fracasado hasta que apareció la aspirina. La aspirina en la corea ha sido objeto de varios ensayos con algún éxito. Y concluye después de algunos ensayos terapéuticos, diciendo: la aspirina tiene un rol positivo en la medicación de la corea de Sydenham, sola y mejor aún combinada con un régimen alimenticio apropiado.

Disminuye en pocos días (8 a 10) la evolución de la enfermedad, en los 60 a 70 días que dura.

Aunque los resultados no son muy halagüeños, dicen debe preferirse a otros medicamentos. 1.º Por si se trata de una enfermedad infecciosa como se sospecha. 2.º Por ser menos tóxico y mejor tolerado.

Tratamiento por el reposo exclusivo. — El doctor Pastor Anargyros, en su tesis del 1907 publica dos casos tratados en esta forma en el servicio del Prof. Dr. Centeno. El procedimiento consiste en poner al enfermo en cama sin medicación de ninguna especie ni modificación en la alimentación. Y concluye diciendo que el reposo quizá obra como tónico del sistema nervioso.

Tratamiento por el Salvarsan. — Después del descubrimiento de Ehrlich, el 606 es ensayado a más de la sífilis, en la lepra y en las enfermedades infecciosas. Han sido señalados buenos efectos en la escaerlatina (Klemperer y Woita), en la filariosis (Reichmann y Werner).

En el paludismo crónico el 606 actúa muy bien sobre la fiebre terciana, sobre todo cuando ha fracasado la quinina.

El arseno-benzol realiza el tipo de la medicación arsenical intensiva; y como la corea de Sydenham ha sido tratada largo tiempo con bastante éxito por la medicación arsenical y como esta medicación, para que tenga una acción realmente útil debe ser dada a altas dosis sin llegar a pasar los límites de la intoxicación, es así que ha sido usado bajo la forma de cacodilato de soda y arrenal. El salvarsan encuentra una nueva aplicación, por llenar todas estas condiciones. Fué empleado la primera vez por von Bakay

en una niña de ocho años que fué atacada de corea de mediana gravedad, que cura en seis semanas, tratada por el licor de Fowler. Ahora las alteraciones motoras se han generalizado, son muy intensas, dificultan la palabra y son un obstáculo a la alimentación. Bajo la acción de una inyección subcutánea de veinte centigramos de 606, la corea desaparece en el espacio de un mes; sin otro accidente que una necrosis cutánea en el sitio de la inoculación.

Mayerhofer, en un caso de corea persistente a los tres años, en la que los otros medicamentos, en particular el licor de Fowler, habían sido usados sin éxito. Le hace una inyección de veinticinco centigramos de salversan en el espacio inter-escapular derecho, los movimientos coreicos pierden su intensidad. Y por una mala reabsorción se produce una necrosis. Entonces se le hace una nueva inyección de cincuenta centigramos de salversan en los músculos del muslo y desde el sexto los movimientos coreicos han desaparecido casi por completo.

Benno-Hahn recurre a la vía intravenosa y emplea dosis de diez a treinta centigramos. Obtiene tres casos la curación de doce a veintiocho días. El 606 no ocasiona ningún accidente, a excepción de la reacción local.

Tratamiento por el arsénico. — El arsénico es empleado bajo la forma de licor de Fowler de VII

gotas a XXX gotas por día. Price de Bélgica, dice: "La eficacia del arsénico en la corea es la misma que la del sulfato de quinina en las fiebres intermitentes".

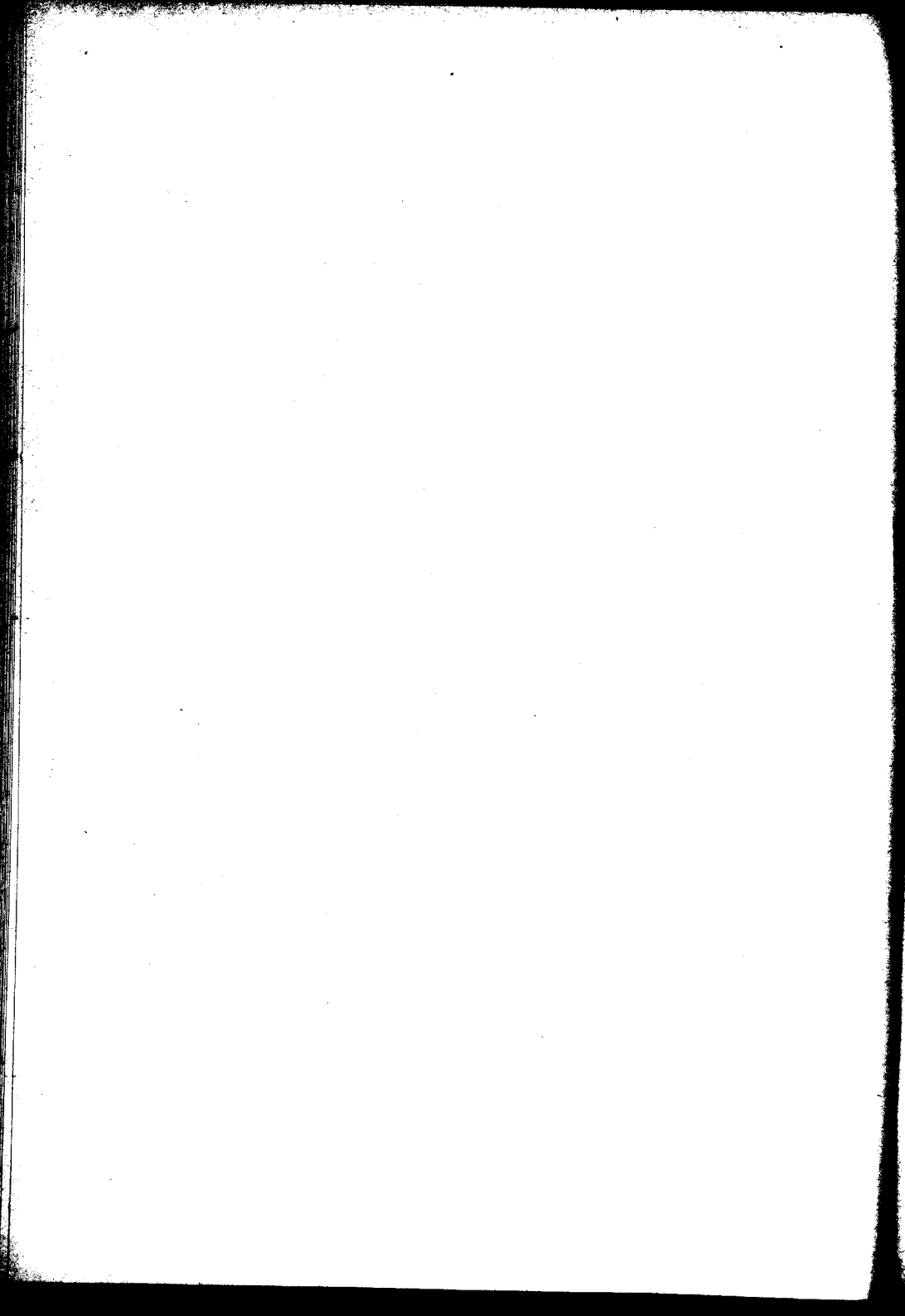
Las grandes dosis a que es necesario llegar, lo hacen un poco tóxico. Basándose en esto algunos autores, usan el licor de Boudin, solución al 1 por 1.000 de ácido arsenioso, agente terapéutico tan activo y menos peligroso para el organismo. Comby se muestra partidario del licor de Boudin y en los niños por encima de 8 años lo da comenzando por 10 grs. al día y aumentando 5 grs. cada día hasta llegar a 30; después disminuye en la misma escala, llegando a 10 grs. Su curación necesita habitualmente 11 días en general; a partir del sexto día la dosis es llevada al máximo: entonces se manifiestan signos de intolerancia que coinciden con la sedación de los movimientos coreicos. El enfermo debe ser aislado durante el tratamiento y sometido al régimen lácteo absoluto.

El licor de Boudin es en efecto un buen medicamento, aunque es algo peligroso, porque es necesario llegar casi a su límite de intoxicación.

Tratamiento por la escopolamina. — Babinski es el primero que la emplea en inyección subcutánea en la corea y observa 4 casos felices, sobre todo uno que se trataba de una corea grave donde habían fra-

casado la antipirina, el cloral y hasta el arsénico y que con una inyección de 2|10 de milígramo de escopolamina cura rápidamente. El método empleado es el siguiente: 2|10 de milígramo el primer día, 3|10 el segundo y aumentar así progresivamente 1|10 de milígramo por día hasta llegar a 5|10; raramente es necesario pasar esta dosis, observándose que los movimientos coreicos se atenúan en general muy sensiblemente, siendo suficiente entonces hacer por semana 3 inyecciones subcutáneas de esta dosis de escopolamina hasta llegar a la curación, la que se produce de tres a siete semanas. La dosis máxima a que se debe llegar es de 7|10 de milígramo.

Combinado o aislado suele hacerse el tratamiento del baño estático, con buen resultado, según algunos observadores.



CAPITULO IV

Tratamiento de la corea de Sydenham por las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesio

Referidas las nociones generales indispensables en el tratamiento de la corea, vamos ahora a ocuparnos en lo concerniente a las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesio, tratamiento más moderno y radical, dado que permite rápidamente obtener resultados óptimos sobre su sintomalogía.

Marinesco dice: basado en investigaciones de hechos anteriores sobre la acción sedativa del sulfato de magnesio en inyección intra-aracnoideana en las neuralgias ciáticas, en las crisis gástricas tabéticas y en los dolores fulgurantes ha usado el método de Meltzer y Auer en el tratamiento de la corea de Sydenham.

Los autores americanos han demostrado que las sales de magnesio en inyecciones intra-venosas, sub-

cutáneas, intra-raquídeas o bien en aplicaciones locales sobre un tronco nervioso, tienen una acción muy marcada sobre las funciones del sistema nervioso. La aplicación local suprime la estabilidad y la conductibilidad nerviosa, y por lo tanto, la excitación eléctrica por encima del punto de aplicación no provoca contracción muscular en el segmento del miembro subyacente; pero el nervio recupera sus propiedades desde que ha sido lavado con suero fisiológico.

La inyección intra-raquídea de 1 c. c. de una solución de sulfato de magnesio al 25 % por cada (25 libras) kgrs. de peso; determina al cabo de tres o cuatro horas una parálisis y anestesia de los miembros inferiores y la pelvis. Y sólo a las 8 o 14 horas reaparecen la sensibilidad y la motilidad.

Meltzer y Auer han notado la retención de orina durante uno o dos días. Uno de sus enfermos cae después de dos a dos horas y media en un estado de profunda anestesia general con retardo marcado de los movimientos respiratorios.

Calcaterra, aprovechando esa acción así en cierto modo inhibitoria de las sales de magnesio, las ha usado en inyecciones subcutáneas bajo la forma de sulfato de magnesio en la epilepsia y en intra-venosas de cloruro de magnesio en la corea y aunque no ha obtenido gran éxito, recomienda ensayar nuevamente este procedimiento.

Desguin ha constatado experimentalmente que las inyecciones hipodérmicas de sulfato de magnesio en los perros determina una especie de sopor y los hace insensibles a los traumatismos violentos, tales como las fracturas.

Este método ha sido también preconizado en el tratamiento del tétano.

Marinesco publica en la *Semaine Médicale* de 1908, cuatro observaciones clínicas muy interesantes tratadas por una solución de sulfato de magnesio intra-raquídea al 25 %; la solución es preparada así: 25 grs. de sulfato de magnesio cristalizado, puro y no (effleuri) en 100 grs. de agua; debe hacerse poco tiempo antes de usarse. De modo general retira un volumen de líquido céfalo-raquídeo igual a la cantidad de solución que se propone inyectar.

El primer caso se trata de una muchacha de 14 años que entra el 2 de junio de 1908 con casi todos los síntomas de una correa general intensa; antecedentes hereditarios y personales no tienen nada de particular.

La enfermedad ha empezado hacia el fin del mes de Mayo por movimientos involuntarios de la mano y del pie izquierdos, unos días después han invadido el lado derecho y ahora se constatan movimientos bruscos y desordenados interesando todo el cuerpo y la cara. No hay alteraciones de la sensibi-

lidad ni ningún estigma de histeria; la enferma pesa 42 kgrs. El 5 de Julio se le practica una inyección intra-raquídea de 3 1/2 c. c. de la solución anteriormente indicada de sulfato de magnesio; al cabo de tres cuartos de hora los movimientos coreicos han disminuído notablemente y sólo quedan algunos discretos en el lado derecho y en los dedos de los pies.

Al día siguiente los movimientos coreicos reaparecen del lado de los miembros inferiores y en vista de que los movimientos involuntarios no han desaparecido completamente, hace el 30 de Julio a las 10 a. m. una nueva inyección de la misma cantidad y solución. A la media hora la enferma acusa un poco de cefalalgia y hormigueo en los miembros y en el dorso.

Los movimientos coreicos han disminuído, sin embargo persisten algunos en los miembros superiores; al siguiente día están reducidos al minimum y el 2 de Agosto han desaparecido por completo. Pocos días después sale completamente curada.

El segundo caso se trataba de una enferma de 22 años que ha tenido escarlatina a los 12, habiendo sido atacada dos veces de corea. La enfermedad actual comienza el 10 de Julio de 1908. Hay que notar que en su primer ataque esta enferma ha contraído una angina diftérica y la corea curó rápidamente.

La enferma pretende que una inflamación de la garganta ha precedido igualmente su segundo y aún su tercer ataque; pero aquí no se trata en realidad de una angina diftérica, pues hemos tenido oportunidad de observarla. El 18 de Julio presenta todos los signos de una corea intensa generalizada, no acompañándose de alteraciones de la sensibilidad ni de estigmas histéricos. No hay lesiones valvulares ni renales y el estado general es excelente.

El mismo día se le inyectan 5 c. c. de la solución de sulfato de magnesio al 25 % (intra-raquídea). La enferma pesa 60 kgrs.; el pulso es de 104, desciende a 68 sin que la respiración presente ninguna modificación apreciable.

Una hora y media después de la inyección, el enfermo siente adormecimiento, no puede mover los miembros inferiores, pero éstos no presentan ya movimientos coreicos. En los miembros superiores existen todavía algunos raros.

A las cuatro horas el enfermo está abatido y en estado de somnolencia, los movimientos respiratorios se hacen frecuentes, 34 por minuto, el pulso es de 106 y la temperatura llega a 39°. A los tres días el adormecimiento y los movimientos coreicos han desaparecido; después de cuatro días se constata al nivel de la región glútea derecha una placa rojiza del diámetro de 5 francos que presenta una marcada anestesia.

Tercer caso. — Muchacha de 15 años, pesa 39 kgrs., ha tenido escarlatina, sarampión y viruela; más o menos dos meses antes había observado ligeros movimientos irregulares en los miembros superiores e inferiores que se exageraron al mes siguiente después de un enfriamiento.

Se constata en ella movimientos coreicos muy intensos, en todos los segmentos del cuerpo. Mueve la cabeza de un lado a otro haciendo muecas, levanta y baja las comisuras labiales, alarga la boca y aprieta los labios. La articulación de las palabras está dificultada. Movimientos en el tronco, en los brazos y manos muy exagerados, los pies cambian constantemente de lugar con movimientos variables de flexión, extensión y rotación. El enfermo no puede caminar bien y la prehensión se hace con dificultad. La escritura está perturbada, los ovarios son sensibles a la presión, sobre todo el izquierdo, la sensibilidad general, así como los reflejos faríngeos y cutáneos están conservados; el reflejo plantar muy disminuído. Los movimientos desaparecen casi completamente en el sueño.

Un día después se le practica la inyección intrarraquídea de la solución de sulfato de magnesio al 25 % (3 c. c.), el pulsc de 78, veinte minutos después se eleva a 88. El enfermo se siente agitado, los miembros inferiores están dormidos, no puede le-

vantarlos ; pero los movimientos coreicos han disminuído. Cuatro días después se encuentra abatido, con somnolencia y los movimientos coreicos son reducidos, no se notan más que algunas escasas muecas. Se queja de cefalea y de náuseas, estado que persiste durante dos días. Todos los movimientos coreicos han sido considerablemente atenuados, pudiendo caminar y escribir. A los seis días presenta ciertos movimientos coreicos en los miembros superiores y cara ; el enfermo solicita se le haga una nueva inyección.

Para atenuar el malestar consecutivo a la inyección se le hace una subcutánea de 0,01 egr. de morfina que disminuye considerablemente esas perturbaciones.

Al siguiente día los movimientos coreicos han desaparecido por completo y a los 8 o 10 días la enferma sale de alta completamente curada y restablecida.

Cuarto caso.—Niña de 12 años, padres sanos lo mismo que sus hermanos ; viruela en la primera infancia y escarlatina últimamente.

La enfermedad actual empieza el mes de Agosto, habiendo observado que cuando borda la aguja se le escapa de los dedos ; la voz ha cambiado y se ha hecho nasonada. El 9 de septiembre, día de su entrada en el servicio, se constatan movimientos corci-

cos de una intensidad mediana; localizados a la derecha. En la cara se notan movimientos alternativos de abrir y cerrar los labios, fruncimiento de las cejas, la lengua participa también de movimientos involuntarios; no hay alteraciones de los reflejos ni sensitivas. La fuerza dinamométrica es de 10 a derecha y de 20 a izquierda. El 11 de septiembre se le hace una punción lumbar y a la extracción de cuatro c. c. de líquido céfalo-raquídeo sigue la introducción de dos c. c. de una solución de sulfato de magnesio al 25 %. El enfermo pesa 29 kgrs. El pulso es de 92.

La inyección ha sido precedida de otra subcutánea de morfina. Al cabo de una hora los movimientos coreicos se hacen más raros, el pulso llega a 96, el enfermo se queja de cefalalgia y de adormecimiento en los miembros. Al día siguiente la atenuación de los movimientos es más marcada aún y sólo de tiempo en tiempo se observa una flexión del muslo sobre la pelvis. Y como los movimientos del brazo derecho y de la cara no han desaparecido, se procede a practicarle una nueva inyección de igual dosis. Quince minutos después el pulso se acelera, el enfermo tiene náuseas, cefalalgias, vértigos y temperatura 38° 2. Al día siguiente los movimientos coreicos están atenuados; pocos días después cesan por completo y el enfermo sale completamente curado.

Casos del servicio de niños del Hospital San

Roque, Prof. Dr. G. Araoz Alfaro. — Por los doctores Juan M. Hitec y Ramón Iribarne.

El niño F. L., de 10 años de edad, se encontraba enfermo desde hacía un mes con dolores reumatoideos en los miembros inferiores; a los pocos días la madre le nota debilidad en el brazo y pierna derecha, no podía escribir ni caminar. Tiene fuerte fiebre y gran excitación.

Casi al mismo tiempo que los fenómenos paralíticos aparecen movimientos bruscos e incoordinados en la mano para tomar luego el brazo y el antebrazo izquierdo. Poco después se extienden hacia el miembro inferior del mismo lado. Estos movimientos se acentuaban día a día, alcanzando hasta la cabeza y ahora el chico hace muecas. La alimentación es difícil, no podía ingerir o lo vomitaba, la palabra primero entrecortada, luego ininteligible hasta perder el habla.

Padres sanos, muy nerviosos; un tío padece temblores. Tiene tres hermanos de los cuales dos son sumamente nerviosos. Como antecedentes personales, tiene trastornos gastro-intestinales en su primera infancia, viruela a los nueve meses y sarampión a los tres años. Después ha sido siempre sano, excitable y de mal carácter; el estado de nutrición del enfermito es deficiente; pesa 14 kgrs. Forúnculos y un pequeño abceso en la región escapular izquierda.

Presenta una violenta hemi-corea de los miembros izquierdos con participación de los músculos de ambos lados de la cara y movimientos desordenados de la cabeza; a más una hemi-plegia de los músculos derechos sin participación de la cara con abolición de los reflejos tendinosos. Babinski apenas apreciable — no hay Oppenheim — y con hipotonía muscular completa. La sensibilidad táctil, dolorosa y térmica están conservadas. Ligeró extravismo interno, reflejos pupilares bien, visión ídem.

Espasmo de los músculos rectos y oblicuos del abdomen y de los torácicos, respiración irregular y anhelante por momentos. Soplo sistólico intenso en la punta, taquicardia y arritmia, pulso irregular y poco tenso, 120 pulsaciones. Temperatura continua entre 37 y 38°.

El niño grita cuando se le excita, no pronuncia palabras, no puede alimentarse, vomita hasta los líquidos, tiene incontinencia de orina y materias fecales. No es posible constatar los fenómenos cerebelosos. A los cuatro días el flemón escapular se hace más extenso, la temperatura llega a 38° 8, el enfermo sigue denutriéndose, no puede alimentarse y los movimientos coreicos continúan.

Se le practica una punción lumbar, retirándose 10 c. c. de líquido céfalo-raquídeo. Tenso, de coloración rosada, turbio y alcalino. Sin retirar la

aguja se le inyecta un c. c. de una solución de sulfato de magnesio al 10 %. El niño no experimenta ningún trastorno y sigue igual. Al día siguiente se le hace una segunda inyección; a las 24 horas balbucea algunas palabras, ingiere y retiene una cucharadita de líquido, los movimientos de la cabeza y de la cara se han atenuado. Respiración irregular sin ser anhelante, escasos espasmos en los músculos torácicos y abdominales. Los fenómenos paralíticos de los miembros derechos no han sido influenciados. Los movimientos coreicos del lado izquierdo persisten atenuados; la temperatura es de 38° y el pulso es de 110, arrítmico y hipotenso. La incontinencia ha disminuído dos o tres veces al día. Día y medio de la segunda inyección se le hace una tercera; al siguiente día el enfermito está más tranquilo, mueve muy pocas veces la cabeza, la corea de la cara muy poco acentuada; la de los miembros izquierdos apenas marcada, agarra y retiene los objetos, mueve algo los miembros derechos, la mano y el pie. Reflejos apenas perceptibles.

No hay espasmos de los músculos abdominales y torácicos, respiración regular, a veces entrecortada, retiene sopas de sémola y té con leche. No hay fiebre, arrítmia ligera y la incontinencia ha desaparecido.

En los días subsiguientes el enfermo mejora

visiblemente hasta recuperar el habla, tiene buen carácter y come de todo; cabeza y cara bien, respiración regular, pulso rítmico, buena tensión; los miembros derechos han ido recobrando la motilidad día a día, en la misma forma han ido apareciendo los reflejos. En los miembros izquierdos quedan todavía algunos movimientos poco acentuados pero molestos para el chico; se tiene de pie y puede hacer algunos pasos, luego camina bien y queda levantado durante el día. Los escasos movimientos coreicos de los miembros izquierdos persisten y se le ordena licor de Fowler.

Pirquet negativo.

El enfermito sale de alta curado, sólo con algunos ligeros movimientos en los miembros izquierdos.

El otro caso es trata de una niña de 12 años, M. C., argentina, padres sanos; el padre, fumador; la madre muy nerviosa (irritable e intranquila).

La enfermita ha tenido viruela a los 9 meses, después ha sido siempre sana, en el colegio que iba había un enfermo de corea.

La enfermedad actual comienza el 15 de septiembre con movimientos irregulares, involuntarios y desordenados, empezándole por la boca y la mano

izquierda; luego a los dos o tres días los movimientos se propagan a los ojos y a los cinco ya se han extendido a todo el cuerpo. Sin complicación cardíaca ni renal; se trata con licor de Boudin. El 30 de septiembre hasta el 9 de octubre. En el tratamiento experimenta ligera mejoría, los movimientos coreicos han disminuído muy poca cosa, quedando en ese mismo estado hasta el 15 de octubre. La enfermedad le permite sentarse en la cama, alimentarse bien y hacerse la toilette; está atenta y conversa.

A partir del 15 de octubre la enferma empeora y el 19 del mismo mes, después de la visita de la familia los movimientos se hacen más violentos y la niña está irritadísima. Al día siguiente la enfermita está muy agitada y grita, los movimientos coreicos de la cabeza, cara y miembros llegan a una intensidad extrema. Con dificultad absorbe algunos tragos de leche; no habla y tiene el cuerpo cubierto de esquimosis.

El 21 de octubre se le practica una punción lumbar y acto seguido se le inyecta 1 c. c. de la solución de sulfato de magnesio al 10 %.

El líquido céfalo-raquídeo ha salido con tensión; al examen da: 0.75 de albúmina y 0.64 de úrea. Escasos elementos con predominio de linfocitos, redes fibrino-mocoides, células descamativas.

Al otro día de la inyección la enferma deja tras-

lucir una gran mejoría; está más tranquila, dice algunas palabras e ingiere con mayor facilidad, la cabeza y la cara están quietas.

Los movimientos coreicos son mucho menos amplios, intensos y frecuentes en la mitad derecha del cuerpo. Este día se le hace una segunda inyección de 2 c. c.

Al día siguiente la enfermita está mucho mejor y se le vuelve a inyectar 3 c. c. de la misma solución. Durante este tratamiento no ha experimentado accidentes. La mejoría se acentúa día a día, permanece en cama en decúbito indistinto, de preferencia dorsal. Sin movimientos de cabeza. Reflejos pupilares bien. Habla con bastante corrección, come bien, buena visión, lengua bien.

Respiración costo-abdominal regular, corazón bien, tonos normales.

Los movimientos coreicos de los miembros han cedido, si bien persisten pero muy atenuados, aumentando algo de intensidad al efectuar movimientos voluntarios.

No hay hipotonía muscular, sólo existen sinsinias en los miembros superiores y ningún otro signo de irritación piramidal. Reflejos bien, ligeros signos cerebelosos. Sigue bastante bien, pero los movimientos de la cara tienden a persistir, aunque atenuados, lo mismo que los del miembro superior de-

recho. Por lo cual se le oídona otra vez el tratamiento arsenical. El resultado obtenido por esta medicación es escaso y puede considerársela curada.

Observación de M. M. Bouchut y A. Devie

Alentados, dicen, por los éxitos de Marinesco y otros, ensayan el tratamiento del sulfato de magnesio intra-raquídeo, en una enferma de corea y a la tercera inyección se termina por la muerte, habiéndoles hecho concebir las dos primeras inyecciones todo un éxito.

Describen el caso así: Una mujer de 51 años entra a causa de una recidiva de corea; el estado psíquico de la enferma no permite tomar ningún antecedente hereditario. Sólo sabe que a los 12 años tuvo su primer ataque; la recidiva actual, que es por lo menos la segunda, data de dos años atrás.

Presenta movimientos de gran amplitud, desordenados en el lado izquierdo con hemi-paresia del derecho. En la cara son más marcados y del lado de la lengua dificultan la palabra, haciendo la alimentación imposible. Los movimientos cesan completamente en el sueño.

No hay delirio propiamente dicho; pero sí un debilitamiento intelectual muy marcado.

La enferma presenta malformaciones; en par-

ticular una ectro-mielia de la mano izquierda y piébot, en varus-equino muy acusado.

Al principio de su entrada al servicio, es tratada con antipirina, sin éxito.

Como al mes esta caquética, tiene un poco de temperatura y presenta una escara-sacra. Se decide hacerle el tratamiento propuesto por Marinresco.

Practicasele una punción lumbar retirando tres c. c. de líquido céfalo-raquídeo y se le sustituye por la misma cantidad de una solución de sulfato de magnesio al 25 %, habiéndosele hecho antes una subcutánea de 0.01 centígramo de morfina. A continuación de la inyección sigue un período marcado de agitación, calmándose en la noche con una sensible mejoría de los movimientos coreicos; pero al siguiente día vuelve a su estado anterior. La temperatura sube bruscamente a 39° para volver a la normal a los tres días. Hay retención tenaz de orina y al segundo día aparece una erupción en la cara y en la región glútea.

Cuatro días después de la primera inyección hay algo de mejoría, la temperatura es normal, se hace esta vez una inyección de 5 c. c. Seguida de los mismos fenómenos, los fenómenos agudos se disipan rápidamente y en los días siguientes hay una mejoría muy neta.

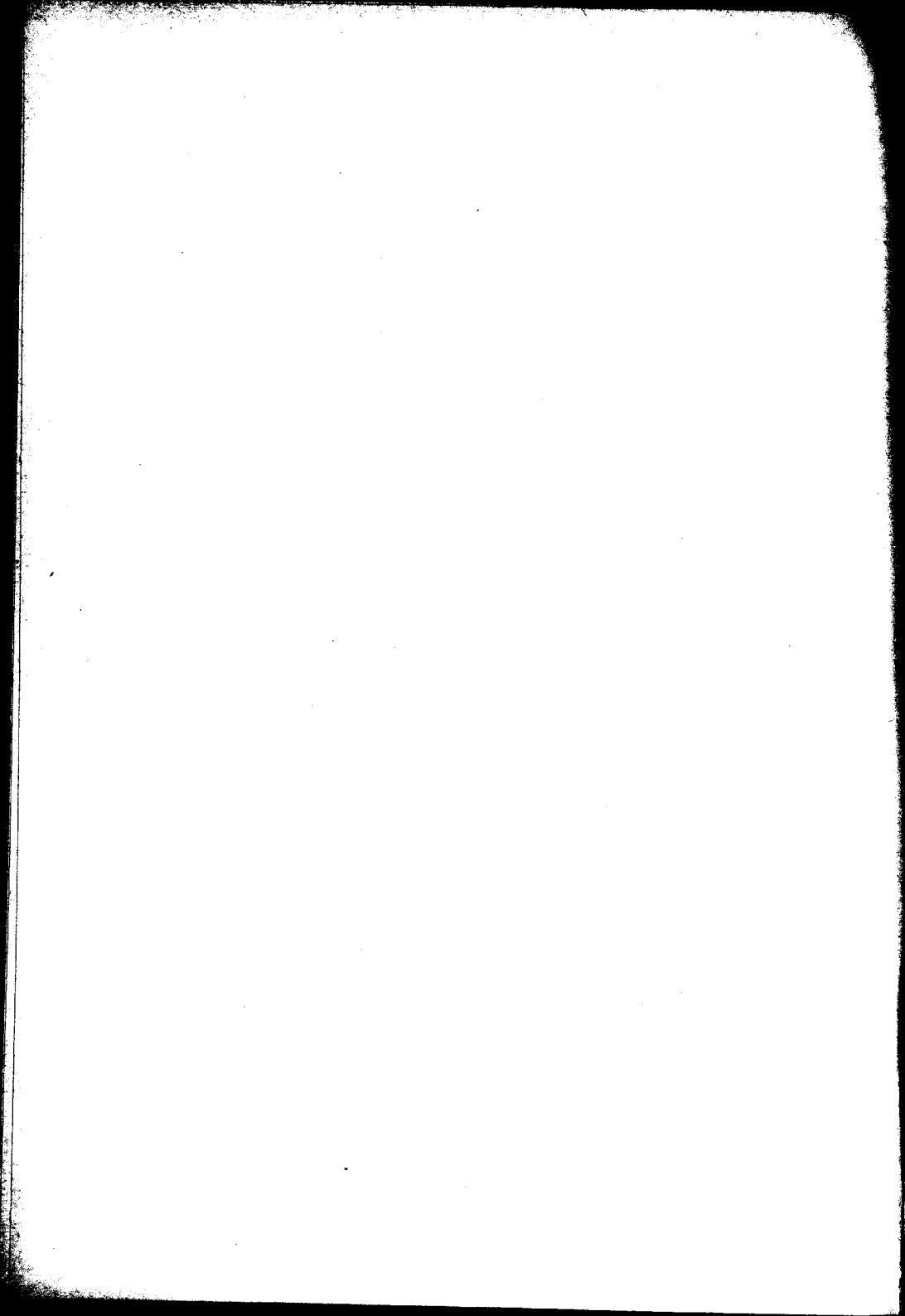
Los movimientos involuntarios han completa-

mente desaparecido y no vuelven más que raramente sólo que se hable a la enferma. El estado general es malo, la temperatura queda sub-febril. Fenómenos que deben relacionarse con la extensión rápida y continua de la escara-sacra.

A la semana siguiente parecen haber recrudecido los fenómenos coreicos y entusiasmados por los resultados relativamente favorables obtenidos a esta altura del tratamiento se le hace una tercera inyección de 5 c. c. de la misma solución. Y el enfermo cae casi inmediatamente en un estado de profunda torpeza. No responde más a las llamadas, está en decúbito dorsal con los ojos abiertos, absolutamente inmóviles y parece existir una parálisis completa de los cuatro miembros, puede todavía deglutir los líquidos que se le introducen en la boca. La orina retirada con sonda es sanguinolenta.

Este estado persiste hasta la muerte, que sobreviene al cuarto día; la temperatura de 38° que tuvo en seguida de la inyección sube hasta 40° 2, que tiene en el momento de la muerte. La respiración era normal y el pulso osciló entre 100 y 140.

En la autopsia se encuentra una endocarditis reciente de la mitral y una placa gelatiniforme en la aorta. Nada en el sistema nervioso (macroscópicamente al menos).



CAPITULO V

OBSERVACIONES CLINICAS

Hospital Alvear. — Servicio del doctor Carlos Bonorino Udaondo. — Sala 18. Cama 13.

Aarón Zumiasyn, 26 años, ruso, soltero, zapatero, entró el 11 de noviembre de 1914.

Antecedentes hereditarios. — No es posible sacarlo, porque el enfermo no se expresa en castellano y lo hace muy mal en alemán; esta imposibilidad aumenta por el grado de emotividad y de los movimientos desordenados.

Parece que la enfermedad actual se inició hace cuatro meses en el Brasil por movimientos coreicos en los miembros inferiores; que progresan a pesar de haber estado en tratamiento general hasta estos días.

Su estado actual. — Sujeto bien conformado, buen estado de nutrición, esqueleto bien conformado. No hay ganglios palpables, no hay edemás, apirético.

Facies con movimientos desordenados especialmente en las comisuras labiales y mejillas, que se exasperan cuando se le observa o examina.

Movimientos coreicos muy marcados en los cuatro miembros, siempre más intensos en las extremidades distales. Sin embargo, la marcha es posible; puede alimentarse solo.

Los demás órganos, normales; mueve con regularidad su vientre.

Tratamiento: arsenicales y bromuro. A los 5 días de estar en el servicio se le inyectan a continuación de una punción lumbar 3 c. c. de la solución de sulfato de magnesio al 20 %.

Al día siguiente de la inyección tiene temperatura de 38° y vómitos; un día después todavía hay temperatura 38° 6 y los movimientos coreicos han disminuído notablemente.

A los 12 días se le hace una nueva inyección de 2 c. c. de la misma solución y el enfermo no tiene ningún fenómeno de intolerancia, ni temperatura, y los movimientos coreicos han disminuído de intensidad.

Como los movimientos coreicos continuaran, a

los 23 días se le practica otra inyección de 2 c. c. de la misma solución. 24 horas después hay un ligero ascenso térmico con vómitos y cefalalgia. A los 3 días nueva inyección de 2 c. c. de la misma solución; no presenta fenómenos de intolerancia, los movimientos coreicos han cesado por completo y el enfermo es dado de alta después de algún tiempo, completamente curado.

A los 10 meses este enfermo reingresa al servicio con una recidiva de su corea. Todo el tiempo anterior ha gozado de perfecta salud; cuando dice se vió sorprendido hace cerca de dos meses por un pequeño temblor en el miembro superior derecho evidenciado en los dedos bajo la forma de movimientos desordenados e irregulares, en los que la voluntad no tenía sino un dominio relativo. Por algún corto espacio de tiempo y a condición de ejecutar un esfuerzo muscular continuado puede mantenerse inmóvil.

Resuelve ingresar nuevamente a este servicio, alentado, dice el enfermo, por el éxito anterior.

Estado actual. — Sujeto delgado, en mediocre estado de nutrición, conformación ósea y muscular normal, no se palpan ganglios superficiales. No hay edemas ni temperatura.

Cráneo contextura normal, pelo rubio rojizo, facies pálidas, demacrada. Visión normal, pupilas iguales reaccionan a la luz y a la acomodación. No hay nistagmus.

Anestesia cornea.

Lengua húmeda, limpia, sin temblores ni atrofias, dientes en mediocre estado de conservación. Fauces normales, olfacción, gustación y audición normal.

Cuello bien conformado, sin latidos apreciables.

Tórax simétrico, escursión y expansión respiratoria normal. Tipo respiratorio abdominal.

No hay tos ni expectoración.

Aparato circulatorio. — Pulso igual, regular, tensión al Riva-Rocci, 100 mm. Frecuencia: 72 por minuto.

La punta del corazón late en el cuarto espacio sobre la línea mamaria. Diámetros percutorios: longitudinal de 13 centímetros, izquierdo 10 cm., derecho 2 cm., y transverso máximo de 12 cm.

A la auscultación tonos limpios en todos los focos. Aorta normal.

Abdomen. — Bien conformado, tensión mediana, sin circulación colateral visible.

Nada de anormal en el estómago e intestinos. Mueve con regularidad el vientre.

Borde superior del hígado, quinto espacio, el

inferior descende un poco por debajo del reborde costal. Traube libre, bazo y riñones no se palpan.

Sistema nervioso, motilidad, sensibilidad de la cara y cuello normal. Reflejo maceterino existe. Reflejos cutáneos y faríngeo abolidos.

Miembros superiores. — Derecho. Llama la atención de inmediato la serie de movimientos anormales que son ilógicos, sin tiempo fijo de presentación y más intensos en su extremidad distal. En la mano se hacen con preferencia en los dedos cubitales. Los movimientos ordenados no los aumenta. Y se exageran cuando la emotividad interviene, sobre todo si se le observa un rato.

La sensibilidad superficial no está alterada, reflejos olecraneano, cubital y radial exagerados.

Izquierdo. — No existen movimientos anormales que existieron en su ataque anterior. La sensibilidad no está perturbada. Los reflejos tendinosos exagerados.

Miembros inferiores. — Tono muscular normal, exageración de reflejos tendinosos, no hay clonus del pie y de la rótula. Babinski - Oppenheim y Strümpell son negativos.

Inteligencia buena, no hay perturbaciones de esfinteres.

Punción lumbar.—Tensión aumentada.

Líquido cristal de rosa.

Albúmina 0.50 por 1.000.

R. Nonc-Appelt positiva.

Sedimento 1 linfocito por campo.

Tratamiento. — A los 15 días de su entrada al servicio se le practica una inyección intra-raquídea de 5 c. c. de la inyección de sulfato de magnesio al 20 %. El enfermo experimenta una brusca elevación térmica llegando hasta 39° con fenómenos de intolerancia: náuseas, cefalea, que al día siguiente desaparecen. Los movimientos coreicos han cesado completamente y el enfermo sale de alta después de haberse tenido en observación un mes completamente curado.

Hospital Alvear. — *Servicio del doctor Carlos Bonorino Udaondo.* — Sala 18. Cama 42.

Adolfo Gaegli, 44 años, argentino, soltero, panadero; fecha de entrada el 14 de julio de 1916.

Antecedentes hereditarios. — El padre falleció, no recordando la edad, según cree, de una enfermedad nerviosa. La madre vive y es sana. Tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales:— No ha sufrido enfermedades propias de la primera infancia. Hace como 10 años tuvo reumatismo. Contrajo una ble-

norragia a los 21 años y chancro a los 27, según refiere parece haber tenido manifestaciones mucosas.

Estado actual. — Hace como dos años comienza su enfermedad con movimientos imposibles de reprimir en los miembros inferiores, tenían su mayor intensidad en los dedos del pie y consistían en levantar y bajar alternativamente los dedos. Estuvo un año sin asistencia médica en el Rosario. Viene a Buenos Aires y entra en la sala V del Hospital San Roque, donde en el término de un año le hacen 40 inyecciones de biyoduro de mercurio, aliviándose algo con este tratamiento.

Poco a poco este movimiento de los dedos se trasmite a las piernas, siéndole imposible estar quieto. El movimiento es constante tanto de día como de noche, impidiéndole conciliar el sueño. Hace como un año los movimientos se generalizan al cuerpo y a los miembros superiores. Tiene dificultad en la palabra y le es imposible articular.

Ingresa en el Hospital Alvear, Sala XX, donde también le hacen tratamiento específico. Después estuvo en el Hospital Salaberry y luego entra a este servicio. Actualmente acusa dificultad en las erecciones, “una vez cada mes”, según la propia expresión del enfermo.

Estado actual. — Sujeto blanco, decúbito dorsal, en mediocre estado de nutrición, conformación

esquelética y muscular normal. No hay además visibles. Apirexia.

Se palpan pequeños ganglios inguinales.

Cráneo bien conformado. Facies rosadas, enflequecidas, pelo rubio. Visión normal, pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación. No hay nistagmus. Movimientos de los globos oculares normales, falta el reflejo córneo, existe el conjuntival.

Lengua húmeda, limpia, dientes bien conservados, nada de particular en las fauces, reflejo faríngeo disminuído. Audición, gustación y olfacción normales.

Cuello bien conformado, sin latidos.

Sistema nervioso: Movimientos desordenados, ilógicos, generalizados. Existen en la cara, en la frente; se caracterizan por fruncimientos de los frontales y cejas y de los labios en lateralidad. Estos movimientos coreicos son más marcados en los miembros superiores y en especial en las extremidades distales. Se exagera cuando se le examina o se emociona, tiende a pararse en el reposo pero sin desaparecer en su totalidad.

Fuerza y volumen de las masas musculares algo disminuída. Tonus normal. Reflejos tendinosos en los miembros superiores normales y en los inferiores fuertes. No hay Babinski, ni Oppenheim, ni Strümpell.

Reflejo cremasteriano débil, abdominales muy disminuídos.

La sensibilidad superficial no está perturbada, igual que la profunda. Esfínteres normales, erecciones casi abolidas.

La palabra se hace con cierta dificultad, silabada, no existe en realidad una verdadera disartria.

La marcha es dificultosa, con ligera incoordinación (que se ha exagerado con la primera inyección de sulfato de magnesio).

Punción lumbar.

Líquido cristal de roca.

Tensión aumentada.

Albúmina aumentada

None-Apeít negativo.

Aparato circulatorio, 68 pulsaciones por minuto, igual, regular, tensión normal.

La punta del corazón late en el cuarto espacio, por dentro de la línea mamaria. Límites percutorios normales. A la auscultación tonos limpios en todos los focos, aorta normal.

Torax simétrico, buena movilidad de las bases, nada de particular en el examen de pleura y pulmones, no hay tos ni espectoración.

Abdomen bien conformado. Hígado dimensiones normales. Bazo, Riñones, Estómago e intestinos normales.

Julio 19.—Ayer se le hizo una inyección intrarraquídea, de 2 c.c. de sulfato de magnesio al 12.50 por ciento. Se han producido fenómenos de intolerancia; traducidos por vómitos, mareos, constipación y una gran dificultad en la marcha (paraparesia) y una ligera elevación térmica, que se atenúa y desaparece a las 24 horas. Los movimientos coreicos disminuyen de intensidad, pero persisten.

Como los movimientos continúan con la misma intensidad el 1.º de Agosto se le hace una nueva inyección de la misma solución de dos centímetros cúbicos, el enfermo no presenta mayor intolerancia y los movimientos disminuyen algo. Se le hacen 4 inyecciones más con intervalo de 10 a 12 días de la misma solución e igual cantidad, notándose alguna mejoría.

El 28 de Noviembre a causa de una estrechez urinaria, pasa al servicio de urinarias, sala VI. Es necesario darle cloroformo para sondarlo, pues a la entrada de la sonda los movimientos se exageran al máximo, haciendo imposible el cateterismo.

Curado de su estrechez entra a la sala XVII, donde se encuentra actualmente en asistencia. Los movimientos coreicos siguen con alguna intensidad.

CONCLUSIONES

I

Enfermedad de la niñez, suele observarse muy raramente en el adulto, según consta en las estadísticas.

II

La corea del adulto principalmente, tiene muchas relaciones con la histeria. Los signos demostrativos de la probable naturaleza orgánica de la corea son bastante constantes en el niño y sólo se observan por excepción en el adulto.

III

Las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesio, por sus efectos rápidos en la corea, debe ser el tratamiento de elección, en las persistentes o prolongadas.

Marcelino A. Campana.

Buenos Aires, Mayo 10 de 1917.

Nómbrese al señor Académico Dr. Abel Ayerza, al profesor extraordinario Dr. Mariano Alurralde y al profesor suplente Dr. J. Jacobo Spangenberg para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Ar. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA
J. A. Gabasto
Secretario

Buenos Aires, Mayo 16 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3276, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabasto
Secretario

30763



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿El tratamiento intra-raquídeo, estaría en favor de la *patogenia orgánica* de la corea?

Ayerza.

II

Siendo la corea una afección raramente mortal, las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesio deben constituir un tratamiento de *excepción* en los casos sólo rebeldes a los tratamientos clásicos, por ser una vía de absorción no exenta de peligros.

Mariano Alurralde.

III

¿Hay un tratamiento de elección en la corea?

J. Spangenberg.

