Año 1909 Núm. 2094

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COREA DE SYDENHAM

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

TOMÁS S. MOLINA

BUENOS AIRES
"LAS CIENCIAS", Librería de Nicolás Marana
645 — AVENIDA DE MAYO — 645
1909

COREA DE SYDENHAM

Año 1909 **Núm. 2094**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COREA DE SYDENHAM

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

TOMÁS S. MOLINA

BUENOS AIRES

"LAS CIENCIAS", Librería de Nicolás Marana
646 — AVENIDA DE MAYO — 646
1909

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

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Académicos

1. Dr. D. José T. Baca
2. » » Rafael Herrera Vegas
3. » » Jacob de Tezanos Pinto
4. » » Eufemio Uballes
5. » » Pedro N. Arata
6. » » Roberto Wernicke
7. » » Pedro Lagleyze
8. » » José Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía

Secretario Académico

Dr. D. Jacob de Tezanos Pinto

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón.
» » Luis Güemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Baldomero Sommer.
» » G. Aráoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Eufemio Uballes.
» » Francisco Sicardi.
» » Telémaco Susini.
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSE BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTEGUY
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES » JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSE T. BORDA

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 BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	» 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.	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . . . . Parto distócico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . . . . Parto distócico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal. . .	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS GÜEMES

CONSEJERO DE LA FACULTAD — PROFESOR TITULAR

DE CLÍNICA MÉDICA

A MIS PADRES

VENERACIÓN

A MIS HERMANOS

CARIÑO

A MIS PARIENTES

AFECTO

AL DOCTOR JUAN JOSÉ VITÓN

Profesor Suplente de Clínica Médica

AL DOCTOR RICARDO S. GOMEZ

Profesor sustituto de Patologia Externa

Secretario de la Facultad

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con el expresivo decir de las emociones, vengo á cumplimentar esta prescripción reglamentaria, trayendo á esta tribuna el testimonio de reconocimiento, á la que he llegado dejando en la trayectoria que hay que seguir mis mejores alientos y mi mayor anhelo por satisfacer, en mi modesto alcance, vuestra fecunda actividad intelectual en la materia médica.

El tema que presento á vuestra consideración es, en el emblema de su título, una abstrusa cuestión de patología que interesa sobre todo al pediatría, amparada en las afecciones nerviosas que tienen su origen en la variedad de circunstancias y de impresiones que traen consigo la debilidad de este sistema y que se presentan con caracteres especiales, según las distintas naturalezas, tendiendo á un fin precursor de la afección denominada Corea de Sydenham.

No he omitido sacrificios en esta nueva prueba, pero entiendo que no puedo presentar un trabajo á la altura de vuestros honorables antecedentes, por

las obvias razones que me asisten; pero en mi actuación futura, consagraré mis energías á fin de fundar un precedente de los resultados de vuestras sabias lecciones, y de corresponder debidamente al interés que habéis demostrado por robustecer mis conocimientos.

En esta solemne circunstancia y con la sinceridad que nace de la mutualidad de efectos, á que se llega entre maestro y discípulo en la vida del aula, cábeme la satisfacción de manifestaros mi inmensa gratitud por la cooperación eficiente que me habéis prestado en mi habilitación profesional. Sin embargo, permitidme que singularize mi agradecimiento á los doctores Juan José Vitón, Angel M. Centeno, Ricardo S. Gómez y Pedro E. de Elizalde, porque á ellos debo con su franca y desinteresada ayuda, el haber vencido las últimas dificultades para llegar á la meta, y muy especialmente al doctor Luis Güemes, uno de mis seguros guías á la cabecera del enfermo, y quien me dispensa el honor de acompañarme como padrido de tesis.

———

DEFINICION

Para establecer lo que debe entenderse por Corea de Sydenham, no es menester, á ejemplo de los autores, extenderse en largas consideraciones históricas de la afección, referentes á su etiología y patogenia que serán tratadas, á su debido tiempo, en el capítulo consagrado especialmente á ellas.

Por consiguiente, y siguiendo en ésto, como en tantos otros puntos, la autorizada opinión de Triboulet, acepto la definición traída por éste—que débese en su mayor parte á Lannois—por ser la que en un corto número de palabras, caracteriza mejor la enfermedad.

Según esto, debe entenderse por Corea de Sydenham: « *Una afección aguda ó sub-aguda del sistema nervioso, particular á la edad juvenil, caracterizada por movimientos anormales, arítmicos é involuntarios; por gesticulaciones contradictorias é ilógicas (locura muscular), afección que dura desde algunas semanas á tres y seis meses á lo más, curando de ordinario sin dejar vesti-*

gios; y en la cual, como lo dice el mismo autor, *al lado del síndrome nervioso existen, habitualmente, modificaciones de la salud general* ».

La anterior definición, puede completarse diciendo: que estos movimientos sólo desaparecen con el sueño y la anestesia.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

I

El estudio de las causas que contribuyen á la producción de la Corea de Sydenham, ha dado origen á importantes trabajos, y aún siendo muy crecido el número de ellos, quedan por resolverse algunos puntos de su etiología, y como dice Leroux, hasta tanto la naturaleza de esta enfermedad no sea definitivamente establecida, será difícil clasificar según su verdadero valor las causas predisponentes y determinantes.

Afección, casi podríamos decir, exclusiva de la niñez, lo que hasta cierto punto justifica el nombre de corea de los niños, con que también se la conoce tiene su mayor frecuencia de aparición entre los 9 y 12 años, estando la edad comprendida entre los 13 y 15 años representada por un tercio de los casos.

Las estadísticas indican también la existencia de la neurosis en niños menores de cinco años y, según opinión unánime de los autores, estos hechos serían raros, si bien no excepcionales.

La más corta edad en que el doctor Angel M. Centeno, en su larga práctica profesional, ha encontrado la Corea de Sydenham bien caracterizada clínicamente, es á los 3 años y con la particularidad de figurar el reumatismo en la etiología. Existen algunas observaciones en el *nourrisson*, pero tan raras, que se duda de su autenticidad.

Se habla también de la congenitalidad de la corea, y autores hay que mencionan un regular número de observaciones, pero no está probado que tales casos sean verdaderas Coreas de Sydenham y se las considera como coreas sintomáticas.

En lo concerniente al sexo, casi todos los autores están de acuerdo para asignar una mayor frecuencia de la corea al sexo femenino, dando algunas estadísticas la proporción de dos mujeres por un varón. Por nuestra parte, hemos encontrado en una estadística, que comprende los niños coreicos atendidos en el Consultorio de Pediatría del Hospital de Clínicas de esta Capital, en el transcurso de los años 1907 y 1908, y cuyo total se eleva á 47 enfermos, de los que 24 pertenecían al sexo masculino y 23 al femenino, vale decir un número mayor de varones que de mujeres. Sin entrar en mayores consideraciones dejamos constancia de este hecho.

La herencia que tan importante rol desempeña en la etiología de las demás neurosis, tiene también su representación en la de la enfermedad que

nos ocupa. Como en aquéllas se observan la herencia similar y la de transformación.

La herencia similar, por la que un niño coreico tiene en uno cualquiera de sus progenitores la misma enfermedad, es muy rara según se desprende del estudio de las estadísticas de Germán See, Money, Triboulet, Leroux, etc.

La herencia de transformación es más comunmente observada, notándose no tan sólo la herencia neuropática, en la que á la histeria y epilepsia le corresponde una buena parte, sino que también, como lo hizo notar Charcot, la herencia psicopática, puesto que se ha constatado en los antecedentes hereditarios de los coreicos la alienación mental en sus variadas formas, siendo este el fundamento que han tenido algunos autores, Joffroy entre ellos, para decir que los coreicos son seres degenerados. La influencia hereditaria no es siempre tan fácil de encontrar, sobre todo cuando los enfermos pertenecen á determinada clase social, en la que únicamente la prudencia y sagacidad del médico pueden hacerla descubrir.

La misma consideración es aplicable al alcoholismo en los ascendientes, factor etiológico encontrado especialmente en los antecedentes paternos.

El rol del reumatismo es discutido; mientras que unos no ven sino simples coincidencias de corea y

reumatismo, para otros esta última afección sería la gran causa productora de la primera.

Germán See, de 128 coreicos encuentra el reumatismo en 61 casos; Hughes y Burton-Browne, 80 coreas reumatismales sobre 104 casos; Senhouse Kirkes, 33 sobre 36; Roger no observa sino coreas complicadas de reumatismo; Dyce Duckworth avalúa la proporción en 78.5 por 100 y Mayor en un 80 por ciento.

Otras estadísticas señalan una menor frecuencia: Steiner encuentra 4 X 252; Prior 2 X 92; Comby menciona 16 casos sin reumatismo; y finalmente, Duchâteau y Leroux, que han hecho una compilación de varias estadísticas, dan un porcentage de 28.1 el primero y de 22.2 el segundo.

Nobecourt, defendiendo el origen reumatismal de la corea, escribe: «para juzgar la cuestión, es necesario tener en cuenta la frecuencia de las formas *frustes* del reumatismo, que no se traducen sino por cardiopatias (endo y pericarditis) y éstas sobrevienen á menudo en el curso de la corea».

En lo que se refiere á la influencia del clima de las estaciones y de las razas sobre la enfermedad que estudiamos, existe divergencia de opiniones. Se ha dicho que la raza negra gozaría de inmunidad para la corea y que ésta no se encuentra en los países tropicales, pero se ha comprobado la inexactitud de estas afirmaciones. Otro tanto podemos de-

cir del rol preponderante que se ha querido hacer jugar á los climas fríos y húmedos.

La imitación, invocada como causa productora de Corea, no debe ser admitida. La importancia de este factor etiológico ha sido sostenida por Ziemsen, pero los recientes trabajos de Babinski, demostrando la influencia que tiene la sugestión en la manifestación de los accidentes histéricos, permiten referir á la histeria las epidemias de corea de que hablan los autores.

Es de observación diaria, al inquirir los antecedentes de la enfermedad por la cual se viene á consultar, oir como los padres ó portadores de un niño coreico, la incriminan á una emoción (susto). Pero, como muy bien han advertido algunos médicos, el valor etiológico de este hecho queda muy restringido, si se tiene en cuenta que es tendencia general adjudicarle una importancia preponderante, como en tantas otras enfermedades, donde las impresiones morales de distinto orden, constituyen, para los extraños á la medicina, la causa eficiente de todos los trastornos producidos.

Por último se han señalado en la etiología, algunas enfermedades crónicas, tales como la anemia, la escrófula, el raquitismo y la clorosis; las enfermedades infecciosas, los traumatismos, las intoxicaciones y las excitaciones genésicas.

II

Para explicar la patogenia de la corea, se han ideado múltiples teorías, de las cuales tres son las que gozan de mayor aceptación: la reumática, la nerviosa y la infecciosa.

La gran frecuencia de la existencia del reumatismo y la corea, ha servido de base á la teoría reumática.

En oposición á la doctrina de Charcot, para quien aquellas enfermedades no son ni idénticas ni de la misma naturaleza, están las ideas de Germán See, Killiet, Barthez, Cadet de Gassicourt, Sanné, J. Simón y otros que creen que el reumatismo ataca el sistema nervioso cerebro-espinal ó sus envolturas del mismo modo que ataca el corazón y las articulaciones, y consideran la corea como un reumatismo nervioso, encontrándose la razón de esta localización especial en la predisposición neuropática.

Esta teoría, es únicamente aplicable á los casos en que se constata el reumatismo, no así en aquéllos en donde no hay manifestación perceptible de tal afección.

La teoría nerviosa, creada por Charcot y formulada en términos más precisos por Joffroy y Comby, hace de la corea una neurosis. Para Joffroy, los coreicos son seres degenerados, en quienes las alteracio-

nes por las que se va á manifestar la degeneración, no aparecerían hasta tanto el reumatismo, una neumonía ú otra causa cualquiera no la haga despertar del estado latente en que hasta entonces ha permanecido. La corea aparece como la resultante de una degeneración del aparato nervioso motor y psíquico evidenciada por dichas causas.

Para Comby la neurosis estaría ligada á la época en que se hace más activo el crecimiento y formación del sujeto.

Réstanos hablar de la teoría infecciosa. Cuando en 1891, Pianese pudo cultivar un bacilo encontrado por él, en la médula de un coreico, y obtener resultados positivos en inoculaciones á animales de experiencia, se creyó con la especificidad microbiana de la corea; pero las investigaciones de Triboulet, Leyden, Coyon, Demel, Wassermann y otros, quienes han aislado microbios diversos, han venido á destruir aquella opinión.

La mayoría de los clínicos modernos, sin preocuparse de la especificidad ó no de la corea, admiten su naturaleza infecciosa, fundándose para esto:

1º En los trabajos bacteriológicos que han revelado en el cerebro y sangre de los coreicos, diversas especies microbianas.

2º En que á la corea le precede ó acompaña casi siempre una enfermedad infecciosa, entre las

que ocupa un primer puesto el reumatismo articular agudo, que es considerado, hoy en día, como de naturaleza infecciosa.

3º En que muchos fenómenos observados en el curso de esta afección (endo y pericarditis, artropatías, etc.) son de orden infeccioso.

4º En que la corea evoluciona á menudo como una enfermedad febril cíclica.

ANATOMIA PATOLOGICA

A pesar del número considerable de autopsias practicadas desde mucho tiempo atrás hasta nuestros días, y de los progresos alcanzados por la técnica histológica, hay que reconocer que la anatomía patológica de la corea está aún en estudio, no habiéndose encontrado lesiones constantes y características que permitan afirmar sean propias de ella.

En un estudio en que el profesor Raymond toma en consideración las autopsias hechas hasta 1880, manifiesta haber encontrado lesiones diversas del sistema nervioso. Por parte del encéfalo, como alteraciones más comunes, menciona: hiperhemias meningo-encefálicas, una veces generalizadas, otras localizadas en la protuberancia, bulbo y cuerpo estriado; reblandecimientos que ocupan puntos diferentes, viéndose así, según los casos, interesadas las circunvoluciones, el cuerpo estriado, el lóbulo posterior, etcétera; focos hemorrágicos, derrames ventriculares, embolias en algunos vasos determinadas por restos desprendidos del corazón, el que se hallaba in-

teresado con mucha frecuencia; y, por último, lesiones degenerativas de las células de la corteza.

La médula presentaba también alteraciones, al mismo tiempo que el cerebro en cierto número de casos, aisladamente en otros. Sus lesiones, como en el cerebro, consistían en hiperhemias y focos de reblandecimiento con embolias; además, degeneración de las células nerviosas y esclerosis.

Posteriormente Cadet de Gassicourt habla de un niño coreico, fallecido de reumatismo cerebral, en cuya autopsia se encontró: hipertromía de la pía madre con proliferación de células conjuntivas, agrupación de células alrededor de los vasos; glóbulos rojos y blancos en la vecindad de los mismos; y en la médula, además de lesiones conjuntivas, una modificación en las células de los cuernos anteriores, consistente en un aspecto brillante especial, estado granuloso del núcleo y menos afinidad para las substancias colorantes.

Más tarde, en 1892, Dana notó también la presencia de lesiones en el eje cerebro-espinal, con asiento en la pia madre, la corteza, el tractus piramidal, el núcleo lenticular y distintas porciones de la médula, caracterizados por hiperhemia, infiltración de los espacios vasculares, por células redondas y proliferación arterial. Se ha observado que las alteraciones indicadas por este autor, son en un todo compa-

rables á las de los procesos inflamatorios, originados por un agente infeccioso.

Elischer, Klein, Flechsig, Wollenberg y Jackowenko, que se dedicaron con especial interés á estudiar las alteraciones del sistema nervioso en la corea, encontraron en la parte posterior de las capas ópticas, pero con más constancia en los ganglios centrales y parte anterior del núcleo lenticular, en su porción denominada *globus pallidus*, unos corpúsculos especiales que consideraron como específicos de la afección que estudiamos.

Pero trabajos posteriores demostraron que no debían ser mirados en tal concepto, puesto que tales elementos han sido observados en cerebros de individuos fallecidos á consecuencia de enfermedades infecciosas, y en quienes no había existido manifestación alguna de corea.

En 1898, Silvestrini y Daddi, constatan dilataciones varicosas en los prolongamientos protoplasmáticos de las celulas nerviosas de la corteza cerebral.

Al año siguiente, Thomson descubre al examen macroscópico, hemorragias puntiformes en la substancia blánca, y al microscopio, hinchamiento, deformación y modificaciones de color en la periferia de las células.

En una comunicación hecha á la sociedad de Neurología de Moscou, en 1901, Preobrazensky refiere haber observado, además de algunas de las alte-

raciones ya citadas, degeneración grasosa de las células piramidales, como así mismo, cromatolisis difusa y posición periférica del núcleo, y en las células de Purkinje del cerebelo, una tumefacción del núcleo.

Richon presenta nuevas observaciones (en 1902) con espezamientos de los meninges, edema sub-aracnoideo y focos hemorrágicos del lado del encéfalo; y en la médula, estado globuluso de las células radiculares, desaparición de los prolongamientos y modificaciones de coloración, predominando estas alteraciones al nivel de la porción dorsal.

Finalmente: los doctores Alberto Delcourt y René Sand publican, en 1908, el resultado de sus investigaciones, llegando á las conclusiones de que en la corea de Sydenham, existe al menos en un cierto número de casos, una inflamación moderada y difusa del cerebro, médula y meninges; que esta inflamación se caracteriza por una congestión muy marcada, acompañada en ciertos lugares de focos de exudación leucocitaria, con edemas, necrosis y hemorragias; que la neuroglia y el tejido conjuntivo proliferan y que las células nerviosas están alteradas.

Además, para estos autores, el máximum de intensidad de estas lesiones radicaría en los ganglios de la base; sería mucho menos intensa en la corteza, cerebelo y meninges; menos todavía en los gan-

glios espinales, y muy poco en el bulbo y la médula.

Vemos que las alteraciones de los centros nerviosos han sido notadas por muchos autores, pero no son pocos los que hacen mención de casos en los cùales los más minuciosos exámenes histológicos, no han conseguido revelar lesión alguna.

Después de las lesiones del sistema nervioso, las del corazón son las más frecuentes. La existencia anterior ó concomitante de las enfermedades infecciosas, inclusive el reumatismo, y el rol evidente que éstas desempeñan en la producción de las cardiopatías, nos permiten comprender porque á la autopsia de los coreicos es de relativa frecuencia observar en el corazón lesiones antiguas ó recientes sínfisis cardíaca, pericarditis seca ó con derrame y endocarditis son las más comunes.

De menor importancia y también inconstante son las demás lesiones, toles como la congestión pulmonar y renal, focos hemorrágicos intramusculares, supuraciones, sobre todo parotideas, etc.

———

SINTOMATOLOGIA

Bastaría la definición de esta entidad mórbida, que llamamos corea de Sydenham para explicar el cuadro sintomático con que se presenta, sino mediaran complicaciones de otro orden que, afectando con más ó menos intensidad el estado general del sujeto, parecen justificar la división propuesta por Tribaulet, en su estudio clínico, clasificándolo en dos grandes grupos: *corea-síntoma* y *corea-enfermedad*.

No implica esto una doble faz, bajo la cual se considere el proceso, más que en cuanto se refiere á la diferenciación del estudio de los síntomas; y en efecto, si entre el primer grupo se deben comprender todas aquellas manifestaciones que caracterizan á la enfermedad, en el segundo caben sólo las que se pueden presentar accesoriamente. Péro como quiera que semejante clasificación es más teórica que práctica, no debemos admitirla sino á beneficio de inventario, viendo en ella una de las tantas formas de esquematizar la medicina, que nos ofrece la fecunda imaginación de los autores.

Así pues, reconoceremos en la sintomatología de la corea infantil, un período *inicial* y otro de la *enfermedad confirmada;* pero existiendo manifestaciones semejantes en uno como en otro período (trastornos motores, sensitivos, psíquicos, etc.), creemos complicar el estudio con esquemas siempre dudosos y que pertenecen más á la marcha de la afección que á su cuadro sintomatológico.

En consecuencia, diremos dos palabras acerca de su manera de principiar, pasando luego a considerar las distintas alteraciones que, imprimiéndole ó no caracteres propios, pueden acompañarla en todo su proceso.

La corea de Sydenham principia, en la mayoría de los casos, de un modo lento é insidioso, por una serie de manifestaciones que pasan inadvertidas, hasta que su acentuación gradual, las hace caer bajo la observación de los allegados al enfermo: torpeza é incoordinación en los actos, actitudes extrañas y modificaciones del carácter que, como en uno de los casos que estudiamos, inducen á ser considerados como hábitos viciosos adquiridos por el niño, más que como los primeros pasos de un proceso patológico.

De aquí que los enfermos, constantemente reprendidos por sus actos, se muestren cada vez más torpes é incongruentes, estimulados en sus manifes-

taciones iniciales, hasta el extremo de hacer necesaria la intervención del médico.

No siempre, sin embargo, el principio es lento; á veces la enfermedad se instala bruscamente, á raiz de una emoción, y muy luego el cuadro sintomático aparece casi completo.

Cuando el principio es gradual y progresivo, los primeros trastornos los ofrece, generalmente, el enfermo, por parte de los miembros superiores: hay una torpeza, igualmente gradual, en todos los movimientos voluntarios; la prehensión es dificultosa, el reposo es perturbado por extrañas sacudidas de los hombros, acompañadas de actitudes especiales de las manos y de los dedos, que justifican la idea sugerida en los padres de hábitos viciosos adquiridos por el niño.

Pero hay casos, aunque raros, en que la corea ataca primitivamente los músculos de la cara, sujeta á contracciones extravagantes, que imprimen sucesivamente á la fisonomía una expresión que revela el temor, la cólera, la alegría ó el dolor. La cabeza es vuelta en distintos sentidos, los labios se agitan y la boca se entreabre. dejando proyectar la lengua hacia afuera; finalmente, los párpados y globos oculares participan, de igual modo, de las alteraciones motrices.

El terreno neuropático, sobre el cual va á evolucionar la afección, se manifiesta de diversos modos,

y así no es raro ver reaparecer, en algunos sujetos, la incontinencia nocturna de orina que presentaron en sus primeros años.

Cuando los trastornos motores se acentúan en los miembros superiores, y aparecen en la cara y miembros inferiores movimientos de día en día más evidentes, acompañándose de modificaciones en el orden afectivo é intelectual, puede decirse que ya no existe lugar á duda, y hasta los allegados del enfermo reconocen la instalación del mal en su período de estado.

Analicemos ligeramente las alteraciones que pueden presentarse, una vez llegada la afección á este período.

Trastornos motores. — Puede decirse que son los que imprimen su verdadero carácter á la enfermedad, hasta el punto de hacerla merecer la vulgar designación de «baile de San Vito», con que se la conoce. El cuadro que ofrece el conjunto de movimientos desordenados y extravagantes de un coreico es tan vivo, que toda descripción resultaría incompleta, y debemos limitarnos á decir con Triboulet que, para cualquiera que haya observado un caso de esta enfermedad, resulta inoficioso describirla en sus síntomas motores.

A este respecto, y para evitar repeticiones, nos limitaremos á llamar la atención acerca de lo que consignamos en nuestras observaciones clínicas, de

las que resulta, poco más ó menos, el cuadro sintomátcio expuesto por los autores clásicos.

Diremos, sin embargo, dos palabras sòbre sus principales caracteres.

Los desórdenes del movimiento, empiezan generalmente por los miembros superiores, invaden después la cara, los miembros inferiores y el tronco aunque éstos dos últimos en grado menor que los anteriores.

Tres son las características esenciales de dichos movimientos:

a). — Son *diseminados*, es decir, que se propagan variablemente á los grupos musculares del cuerpo, pudiendo esta propagación realizarse por vecindad ó á distancia, por homolateralidad y asimétricamente.

b). — Son *arítmicos*, como pueden demostrarlo las curvas que ofrecen los aparatos registradores y

c). — Son *involuntarios*, pudiendo aún exagerarse por la realización de cualquier acto volitivo.

Fuera de los músculos generales de la estática orgánica, los grupos especiales á funciones determinadas son igualmente atacados bajo diversas formas. Así los del diafragma y de la laringe traen alteraciones de la respiración y de la voz; los de esta última, bajo la forma de *alalia* y de verdadera *afonía*, pero nunca de afasia como lo han sostenido algunos autores.

Los trastornos de los músculos de la faringe, velo del paladar y de la lengua, dificultan la deglución y constituyen uno de los síntomas más molestos de la enfermedad, por lo penosa que se hace la ingestión aun de los alimentos líquidos.

Las alteraciones motrices de los músculos que rigen los movimientos de los ojos, son igualmente notables, y no hay casi un enfermo que no presente esas extravagantes expresiones, debidas á la profunda alteración de la motricidad ocular.

El músculo cardíaco también suele ser tomado con alguna frecuencia, dando origen á la *corea del corazón*, traducida por aritmia y soplos, síntomas que conviene diferenciar de los que son producidos por la anemia concomitante (soplos anorgánicos), ó por las cardíopatías coexistentes (localización del proceso mórbido sobre el endocardío, de acuerdo con la teoría infecciosa).

Se ha querido explicar erróneamente esta alteración de los movimientos cardíacos como debida á una disociación en las contracciones fibrilares, pero la sinergía de dichas contracciones es tan inalterable, que cabe más aceptar, con F. Frank, como causa, la excitación patológica del neumogástrico.

En cuanto á los músculos de *fibra lisa*, su invasión por el proceso coreico es dudosa, excepción hecha de los del iris, que Rosenthal y Ziemssen han demostrado (caso de Cadet de Gassicourt, en que

el niño suspendía bruscamente una lectura correcta, declarando que no veía ya), y los de los vasos arteriales, que ha sido revelada por las observaciones de Du Pasquier en los trastornos vaso-motores, presentados por muchos coreicos, y ulteriormente comprobadas por Triboulet.

Reflejos. — Para la mayoría de los autores, los reflejos están disminuidos ó abolidos por lo común.

Su abolición, según Triboulet, estaría en relación con los trastornos paréticos concomitantes; pero, aun en estos casos, no sería más que aparente, pues investigando los reflejos de un coreico en estas condiciones, puede verse que después de un tiempo más ó menos largo, se produce una reacción motriz enérgica, «como si á un retardo en las sensaciones percibidas, dice Triboulet, sucediese una descarga de energía acumulada, abstracción hecha, se entiende, de movimientos coreicos coincidentes».

Sensibilidad. — La sensibilidad general, para Triboulet, estaría notablemente disminuída; pero las sensaciones subjetivas y objetivas sufren cambios, por lo común, dependientes de la histeria ó neurastenia, que tan á menudo coexisten con la corea.

Como tales pueden considerarse las cefaleas, neurodineas de localizaciones múltiples y variadas, los dolores articulares y periarticulares (independientes de las artropatías coexistentes), y los puntos dolo-

rosos presentados por algunos enfermos en el colon y por la mujer en el ovario, etc.

Estado mental. — Encuéntrase bastante debilitado, pero, fácilmente vuelve á la normalidad cuando sobreviene la curación.

Los principales trastornos son: la inatención, debilitamiento de la percepción y pérdida de la memoria, acompañadas de alteraciones de la afectividad y serias modificaciones del carácter. Estas últimas, son independientes de las formas que se presentan en algunos estados graves (locura coreica) y que, generalmente, se traducen por alucinaciones, delirios, etcétera, en aquellos individuos degenerados ó predispuestos.

Estado general. — La marcha de la corea es, por lo común, apirética, pero suele á veces presentar alteraciones térmicas que, referidas por algunos autores á la influencia del desequilibrio nervioso, nos parece más lógico incriminarlas á la infección que haya determinado la corea, de acuerdo con la teoría patogénica más aceptada.

Por lo regular, puede establecerse que la fiebre es un síntoma que coexiste casi siempre con las artropatías y trastornos cardíacos. Cuando se presenta, raramente asciende arriba de 39 grados ,salvo casos de corea grave ó aquellos que se complican de reumatismo cerebral.

Las cardíopatías y artropatías son tan frecuentes en la corea, que han servido de base á la teoría reumática de German See y Cadet de Gassicourt, expuesta ya al tratar de la patogenia de la afección.

No son éstos los únicos trastornos generales que pueden observarse en el curso de la corea. Así, por parte del aparato digestivo, es frecuente constatar anorexia, dispepsia, embarazo gástrico febril, constipación, etc., que explican el mal estado de nutrición del enfermo. En consecuencia, y principalmente en los ninos de alguna edad, no es raro ver presentarse la anemia, y aún la clorosis que, no obstante, es excepcional verlas llegar al extremo de constituir gravedad.

Las secresiones se encuentran muy poco alteradas. En cuanto á las modificaciones de la orina, que han sido estudiadas con particular interés en los coreicos, no se ha llegado á resultado positivo alguno, pues mientras hay quienes constatan un aumento en la cantidad de urea, acompañado de una disminución de sales de cal, otros señalan la fosfaturia durante el período de estado, y que disminuye en el de convalescencia. Vése, pues, cuan inciertas son las conclusiones á este respecto y, como dice Leroux, lo que parece dominar es una disminución de la acidez total, con aumento del ácido úrico y de la urea.

Réstanos decir dos palabras acerca de la *corea*

blanda, cuyo diagnóstico diferencial con otras enfermedades susceptibles de confundirse, será hecho á su debido tiempo.

Resulta del concepto moderno de los autores, que ésta no debe considerarse sino como una simple modalidad de la afección que estudiamos; así Triboulet, basado en los estudios clínicos y muy principalmente guiado por la noción patogénica de la corea llega á establecer la identidad entre esta forma y la corea vulgar de Sydenham.

Cualesquiera que sean las modificaciones que alteren más ó menos el cuadro sintomático de la afección, á poco que nos fijemos descubriremos idéntico terreno, los mismos antecedentes y origen, y una evolución ulterior semejante, que autorizan esta manera de pensar y, como muy bien lo dice Oddo, es inexacto describir la corea blanda como constituyendo una forma distinta. En realidad, la *corea es siempre blanda.*

Es evidente, pues, que existen razones más que suficientes para aceptar dicha tendencia que, apoyada racionalmente en las observaciones clínicas, permiten llegar á esta afirmación de Triboulet: «que se trata de coreas de Sydenham con alteraciones paréticas predominantes, pero no estaremos autorizados á ver aquí más que una complicación transitoria, por exageración de un síntoma habitual, y no ten-

dremos, en manera alguna, el derecho de concluir en la existencia de una variedad de corea, que merezca un lugar aparte en la nosografía».

Con lo anteriormente dicho, creo dispensarme de entrar en mayores consideraciones sobre este asunto.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la corea confirmada es relativamente fácil, tanto que es frecuente ver madres que, al llevar sus niños al consultorio, ya han clasificado la enfermedad de que estos se encuentran atacados.

Numerosas son, sin embargo, las afecciones que la mayoría de los autores acostumbran á diferenciar de la corea, pero creemos que únicamente ofrece cierta dificultad su diagnóstico, en el período de su iniciación, ó más tarde cuando se trata de coreas atenuadas, parciales ó en coexistencia con otras neurosis.

Los trastornos motores que bajo la forma de temblores se presentan en algunas afecciones, como la histeria, la esclerosis en placas, ciertas intoxicaciones, etc., se diferencian de los de la corea por la regularidad de su ritmo, por la pequeñez de sus oscilaciones y por la edad en que se observan.

En la astasia-abasia, el *sautillement* que la caracteriza, no se produce sino en la marcha ó en la estación de pie, cesando con el reposo.

En el tabes la incoordinación, desaparece en el reposo.

La enfermedad de Friedreich en el niño, se diferencia de la corea por su marcha ataxo-cerebelosa, su carácter hereditario, el nistagmus, el embarazo de la palabra, el pie *bot*, etc.

La atetosis, se caracteriza por la lentitud de sus movimientos, que han sido comparados á los de los tentáculos de un pulpo de mar, y por su extensión que abarca en la mano, desde los dedos hasta el puño, y en el pie, desde los dedos hasta la articulación tibio tarsiana, á la que pocas veces alcanza.

En la atetosis doble, estos movimientos son más débiles é intermitentes, y radican en niños retardados, epilépticos ó idiotas, es decir, con anomalias morfológicas ó estructurales del sistema nervioso central.

Se diferencia del paramioclonus múltiplex, por la edad avanzada en que este aparece, por la regula-
la edad avanzada en que esto aparece, por la regula-
ridad y facilidad de la ejecución voluntaria de los movimientos y por la poca extensión de sus oscilaciones.

La corea sintomática, pre ó post hemiplégica, no puede confundirse con la de Sydenham.

La corea sintomática de lesiones cerebrales se distingue por sus antecedentes, por su marcha crónica y por las alteraciones mentales que no se encuen-

tran en la de Sydenham, en donde la locura constituye una excepción.

Difícil sería diferenciar la corea de Huntington de la de Sydenham por la sóla apreciación de sus síntomas, pero la edad (alrededor de 30 años) en que aquella aparece, su carácter hereditario, su marcha progresiva y las modificaciones en el orden psíquico, colocan al médico en la vía del diagnóstico.

La sacudida convulsiva conocida con el nombre de tic de Salaam, se distingue por presentarse bajo la forma de accesos, cuyos caracteres se aproximan mucho á los de la epilepsia.

La enfermedad de los tics convulsivos, tiene de característico: la instantáneidad, la brusquedad de sus movimientos, más coordinados que los de la corea; su localización limitada á la musculatura facial y del cuello; la coprolalia, la ecolalia, el ecomatismo y las diversas fobias que con frecuencia la acompañan, y por último, su evolución.

En la corea histérica hay que distinguir dos formas: la rítmica y la arítmica. La primera se presta menos á la confusión que la segunda, porque sus movimientos son coordinados, siempre los mismos y adoptados á una función determinada (danza, natación, etc.) En cambio la forma arítmica simula completamente la corea de Sydenham, tanto que autores como Charcot han creído en la asociación de las dos neurosis. Pero el comienzo brusco, los antece-

dentes del enfermo, la presencia de estigmas y la acción de la sugestión en la histeria, hacen desaparecer la duda.

El diagnóstico diferencial de la corea con la parálisis infantil, resulta fácil, á pesar de las dificultades aparentes que presenta. En efecto, la edad en que ésta última aparece (12 á 36 meses), es excepcional en la primera. Además, la marcha regresiva de la parálisis que, siendo muy extendida al principio, queda reducida á ciertos y determinados grupos musculares, no concuerda con la generalización observada en la corea; y, por último, siempre resulta fácil descubrir movimientos coreicos en otras regiones del cuerpo, que no pueden pasar desapercibidos á un atento examen.

PRONOSTICO

El pronóstico de la corea, en lo que se refiere á la vida del enfermo, es benigno. Sin embargo, se han citado algunos casos de terminación mortal, pero creemos, con el distinguido profesor doctor Aráoz Alfaro, que «es bien probable, que las más de las veces, la corea no es la causa eficiente ó próxima de la muerte y que ella no constituye en realidad, sino un episodio en el desarrollo de una infección más ó menos prolongada que termina por la muerte».

Ahora, si nos referimos á la marcha de la enfermedad, el pronóstico varía con la edad del enfermo, con la intensidad de la agitación, con la generalización de los movimientos, con sus antecedentes hereditarios y por último, con el mayor ó menor número de estigmas degenerativos de que sea portador.

La edad es uno de los elementos pronósticos de mayor interés, pues se puede asegurar la curación en todos los niños que no han alcanzado la pubertad, por lo tanto, la aparición de la neurosis

hasta esta edad tiene un pronóstico benigno, mientras que en el adulto es reservado á causa de la posibilidad de que pase al estado de mal ó á la cronicidad.

La generalización de los mivimientos y la intensidad de la agitación es, por lo general, de mal augurio.

La herencia neurópatica y las taras de degeneración individuales, hacen del sujeto un fértil terreno para que se desarrolle frondosamente cualquier simiente neurótica.

Las recaídas explican la larga duración observada en algunos casos de corea.

Puede decirse que las recidivas se presentan en el tercio de los casos de esta neurosis. Sobreviene tres, cuatro y hasta siete veces en el transcurso de algunos años (diez el máximum).

En cuanto á su duración, unas veces es mayor, otras menor que el ataque inicial, pero Marc See ha citado casos de recidivas anuales, regularmente decrecientes.

———

TRATAMIENTO

Pocas enfermedades habrá quizás que, como en la corea, se haya usado tanta variedad de medicamentos y medicaciones tan diversas y aún contradictorias.

A la obscuridad que reina aún sobre su patogenia se debe, sin duda, la carencia de un tratamiento específico.

A imitación de la generalidad de los autores, hablaremos del tratamiento medicamentoso y del higiénico.

La medicación por el tártaro estibiado, preconizada por Gillette y Roger y posteriormente por Fabel, ha sido abandonada á causa de los serios peligros que entraña la administración de dicha substancia á dosis elevadas y progresivamente crecientes.

La estricnina (5 centígramos de sulfato por 100 de jarabe), ha sido empleada por Trousseau, pero su uso se ha restringido porque no hay compensación

entre sus inconvenientes y las ventajas que puede reportar.

La gran tolerancia de los niños para la antipirina, ha permito usarla á dosis masivas, con resultado favorable en los dos tercios de los casos. Comby la administra del modo siguiente: 3 gramos por día, dósis mínima, llegando en dos ó tres días á 4, 5 y 6 gramos, según la edad del niño. Si á las tres semanas de iniciado este tratamiento no ha producido efectos bien marcados, quiere decir que ha fracasado y no debe persistirse en su empleo.

La eserina, ensayada por Bouchut, y la hiosciamina, por Oulmont, han caído en desuso.

El sulfonal, á dosis de 30 á 90 centígramos, puede emplearse á título de hipnótico y sedante.

La exalgina, recomendada por Lœwenthal, á dosis de 60 centigramos á 1 gramo en las 24 horas, puede determinar una ligera icteria y cianosis de los labios.

El hidrato de cloral, el opio, la morfina, la belladona, el cannabis indica, las inhalaciones de cloroformo y las pulverizaciones de eter á lo largo de la columna vertebral, están indicados en los casos de coreas graves.

En las coreas reumatismales, el salicilato de soda; el salofeno y la aspirina, han sido ensayados, pero sin gran resultado.

Las preparaciones arsenicales, son de uso fre-

cuente, bajo las formas de licor de Fowler, de arseniato de soda, de licor de Boudin y de cocodilato de soda.

Seguin administra el licor de Fowler á dosis crecientes, de 1 á 20 gotas; suspendiendo su uso si sobrevienen accidentes gastro intestinales, ó desde que cesan los movimientos coreicos.

Se emplea el arseniato de soda, á dosis de 5 á 25 milígramos, de igual manera que el anterior.

Comby da el licor de Boudin, comenzando por 10 gramos y aumentando 5 gramos por día, hasta llegar á 30 ó 35 gramos; alcanzada esta dosis, desciende en la misma proporción.

El cocodilato de soda ha dado resultados poco satisfactorios.

Con el tratamiento arsenical, se impone el régimen lácteo.

Igualmente se ha recurrido á los antiespasmódicos para moderar la hiperexcitabilidad nerviosa, pero sólo algunos han dado resultados apreciables. La valeriana, el óxido de zinc, el alcanfor, etc., han fracasado siempre. En cuanto al bromuro de potasio, á juzgar por las opiniones contradictorias que corren respecto de él, es de acción muy incierta.

La punción lumbar, ensayada por el doctor Aráoz Alfaro en los casos de coreas intensas, ha producido una sedación de los síntomas, pero sin influencia so-

bre la duración de la enfermedad. Como en estos casos parece haber un aumento de tensión del líquido céfalo-raquideo, atestiguada por la fuerza con que sale al hacer la punción, es posible que los fenómenos de sedación sean debidos á la descompresión de la médula.

La gimnasia, recomendada por Blache en las coreas ligeras y de mediana intensidad, consiste en movimientos simples y cadenciosos, acompañados de cantos ritmados.

La hidroterapia, bajo la forma de lociones con esponja, de sábana mojada, de ducha *brisé*, de baños sulfurosos, etc., encuentra su indicación según los casos.

La electricidad, bajo sus tres formas, de estática, galvánica y farádica, ha sido utilizada con algún éxito por los especialistas, los que se muestran partidarios de la forma de corriente continua.

El reposo, tanto psíquico como físico, conviene á todos los casos de corea. En las formas ligeras, la supresión de todo trabajo intelectual, un ejercicio moderado, el cambio de clima y un régimen alimenticio tónico y reconstituyente, es suficiente por lo general.

En los casos de mayor intensidad, la clinoterapia, ó sea el reposo en la cama, se impone.

Para terminar, mencionaremos los óptimos resultados conseguidos por medio del reposo, con exclusión de todo otro tratamiento, método puesto en práctica en el servicio de nuestro distinguido maestro el profesor Centeno.

HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACION I

Hospital Nacional de Clínicas.— Servicio del Dr. A. M. Centeno

E. M., 9 años, oriental, ingresa el 6 de mayo de 1909.

Antecedentes de familia. Padres vivos y sanos. Han tenido seis hijos, de los cuales viven cinco, el otro murió de gastro-enteritis. Excepción hecha de la niña, por la que vienen á consultar, todos los demás son muy sanos.

Antecedentes personales.—Es el segundo hijo, nació á término y fué destetada á los 18 meses. Tuvo sarampión á los 4 años. Hace tres meses sufrió un violento susto, ocasionado por la caída de un recipiente que contenía agua en ebullición, la que le produjo quemaduras, cuyas cicatrices aún son visibles en el pie izquierdo. Ha sido siempre muy nerviosa y excitable, llorando y encolerizándose por causas insignificantes.

Enfermedad actual.—Dice la madre que empezó á notar la enfermedad de su hija, hace dos meses; cuando caminaba, comía ó hacía algún ejercicio, los movimientos eran raros é incoordinados, y que estos trastornos se han ido acentuando día á día, hasta impedirle caminar y comer por sí sóla. Al principio cuando aún asistía al colegio, los maestros le notaban cierta dificultad en la articulación de las palabras, que atribuían á malas costumbres adquiridas por la niña. Su temperamento se hacía cada vez más impresionable, sobresaltándose por motivos nimios. Durante el sueño permanecía tranquila.

Al poco tiempo se notaron movimientos anormales en los labios; no sin dificultad llevaba los alimentos á la boca, acabando por último, por no poder sostener los cubiertos.

La palabra y la marcha han sido cada vez más dificultosas, 20 días antes de la fecha de entrada á la sala, la niña ya no caminaba y desde los 8 no hablaba. También en los días que precedieron al ingreso, se observó que había dificultad en la prehensión y deglución de los alimentos, llegando á no poder tragar alimento sólido alguno.

Ha sido tratada por un médico, con antipirina y baños templados.

Estado actual.—Niña en regular estado de nutrición; esqueleto bien desarrollado; piel y mucosas

pálidas, labios sanos, dientes irregularmente implantados, lengua normal, nada faringeo.

Cuello delgado, se palpan algunos ganglios.

Tórax regularmente constituído, algo ensanchado en su parte inferior y presentando una ligera depresión xifoidea. El número de respiraciones no puede tomarse.

Pulmones: á la percusión sonoridad normal, á la auscultación se oyen algunos rales diseminados de bronquitis.

Higado: no se palpa, límite hepato-pulmonar al nivel de la 5ª costilla, en la línea mamaria. Espacio de Traube libre. Bazo normal.

Aparato circulatorio: pulso regular, igual, poco tenso, 103 pulsaciones por minuto. Choque de la punta se ve y se palpa en el 4º espacio intercostal, al nivel de la línea mamilar. Límites percutorios del corazón normales. Los tonos en sus focos igualmente normales.

Aparato digestivo: fuera de los trastornos de la deglución, que mencionaremos luego, se observa constipación.

El cuadro térmico indica una elevación de temperatura, el día de entrada y al siguiente. En el 1º hay por la tarde 37º.2, y en el 2º, 37º.1, habiendo permanecido la temperatura por debajo de 37º en los días sucesivos.

Sistema nervioso: Lo primero que llama la aten-

ción al examinar la enferma, son los movimientos bruscos, involuntarios, desiguales, arítmicos de todo el cuerpo, siendo tal la incoordinación, que no puede tomar los objetos que se le presentan. Son exagerados sobre todo en los miembros superiores é inferiores, que ejecutan sin orden ni concierto los más variados movimientos de flexión, extensión, rotación, etcétera, exageración que se acentúa con los movimientos voluntarios.

Hay también contorsiones del tronco y de la cabeza. La musculatura facial participa de la incoordinación general.

Los labios y párpados se agitan, dando á la fisonomía las más diversas expresiones. Cuando la niña abre la boca, proyecta hacia adelante la mandíbula inferior; la lengua se alarga y se contrae á cada instante.

Los movimientos de prehensión de los alimentos, son muy difíciles. La masticación y deglución están también dificultadas. Por esta razón se le dan únicamente alimentos líquidos.

La niña no solamente no puede marchar, sino que ni aún puede permanecer sentada en la cama. Todo este conjunto de movimientos anormales, que acabamos de describir, desaparece durante el sueño, que es perfectamente tranquilo y duradero.

La investigación del estado de los reflejos, no puede hacerse satisfactoriamente, dadas las condi-

ciones en que se encuentra la paciente. Tampoco la del estado intelectual, pues cuando se la interroga responde, á veces, con sonidos inarticulados.

Orina: Existiendo incontinencia, tanto de ésta como de las materias fecales, no ha sido posible practicar su análisis.

Sometida al tratamiento por el licor de Fowler y el reposo, se obtiene el éxito más satisfactorio: la enferma sale completamente curada, en agosto del mismo año.

———

OBSERVACION II

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del Dr. A. M. Centeno

N. N. F., 10 años, italiano. Ingresa el 12 de mayo de 1908.

Antecedentes de familia.—Madre sana y padre alcoholista (?). Los hermanos son sanos.

Antecedentes personales.—Es el hijo mayor y fué criado al pecho hasta los 4 meses; su alimentación mixta (leche de cabra y después de vaca), comienza á esta edad. A los dos años comía de todo.

Al cumplir tres años, á consecuencia de un esfuerzo, sufre de una hernia inguinal izquierda; ésta es su primera enfermedad.

Hasta 1906, época en que la familia abandona Italia para radicarse en Buenos Aires, no se suministran antecedentes de importancia. A fines de este año, enferman de sarampión y poco después de coqueluche.

En 1907, padece de una afección pulmonar, que duró seis meses, y cuya naturaleza no puede establecerse, por la insuficiencia de los datos proporcionados por la madre. Dice también que ha sufrido

de la garganta (escarlatida (?). Finalmente, manifiesta que desde que vino á América el niño se hizo enfermo.

Enfermedad actual.—Data de un mes á esta parte, apercibiéndose la madre de la enfermedad de su hijo, por la dificultad que le advierte en la ejecución de los movimientos delicados. El mal progresa al extremo de que los objetos se le caen de las manos, comenzando los movimientos incoordinados, que presenta en la actualidad, 24 horas antes de su ingreso á la sala.

Estado actual.—Decúbito indiferente. Esqueleto bien desarrollado. Piel y mucosas de aspecto normal. Existe un ligero grado de enflaquecimiento, pero sus fuerzas están conservadas. Las pupilas iguales, regulares, reaccionan á la acomodación y á la luz. No se nota la presencia de ganglios. No hay temperatura.

Lo que llama la atención desde luego, en este enfermo, son los incoordinados movimientos que ejecuta constantemente con los hombros y las extremidades, siendo más marcados del lado derecho. Así le es imposible permanecer quieto, acentuándose aún más estas convulsiones de los miembros, con la ejecución de movimientos voluntarios.

Estando de pie, el enfermo se apoya más sobre su pierna izquierda, y cuando camina, su marcha es vacilante. Si se le hace sacar la lengua, obsérvase

que está igualmente animada de movimientos convulsivos.

Aparato respiratorio: Tórax bien desarrollado y simétrico. Los movimientos respiratorios son rítmicos, de tipo costo-abdominal y alcanzan en número de 20 por minuto. Los pulmones no presentan nada de particular.

Aparato circulatorio: Pulso de frecuencia normal, regular, igual, y de poca tensión. Arterias y venas normales. Por parte del corazón, el choque de la punta no se ve ni se palpa, pero se ausculta en el 4º espacio intercostal, por dentro de la línea mamaria. Area de percusión normal. A la auscultación, se escucha un soplo en el foco mitral, que no se propaga. Los demás tonos normales.

Aparato digestivo: Del lado de la boca y de la faringe, nada de anormal. El niño conserva el apetito y padece de constipación.

Hígado y bazo: No se palpan. El borde superior del hígado, se encuentra al nivel del 4º espacio intercostal.

Reflejos y sensibilidad: Los reflejos tendinosos, conservados. No hay signo de Babinsky. Existe anestesia faringea. La sensibilidad general permanece normal.

Orina: Micción normal. El análisis de la orina arroja lo siguiente: densidad, 1014; residuo total, 32.62; úrea, 21.43; cloruro de sodio, 1.90; ácido fosfó-

rico, 1.45; urobilina, vestigios; diaza-reacción de Ehrlich, negativa; escasas células apiteliales planas y escasos leucocitos granulosos. Los caracteres físicos, así como los diversos elementos no enumerados en este examen, permanecen normales.

Como tratamiento se instituye el reposo, saliendo el enfermo en muy buenas condiciones, en julio del mismo año.

OBSERVACION III

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del Dr. A. M. Centeno.

J. G., argentino, de 8, años de edad. Ingresa á la clínica el 21 de diciembre de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Carecen de importancia.

Antecedentes personales.—Es el 4º hijo y fué amamantado por la madre, hasta después de los dos años, siendo la alimentación mixta á partir de los 12 meses.

Hasta el año 1906, el niño ha sido completamente sano, en cuya fecha es atacado de sarampión y del que cura sin consecuencias. Dos meses antes de la fecha de entrada, sufre de una inflamación de garganta que desaparece rápidamente, sin complicación alguna.

Enfermedad actual.—Es recién de poco tiempo á esta parte que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad actual, revelándose primeramente por dolores en la planta de los pies, que se presentan tumefactos, y apareciendo luego igualmente dichos

dolores en las apófisis de las vértebras cervicales y lumbares. Así mismo, nótase un cambio de carácter en el niño.

Desde esa época, se observan movimientos desordenados en la mano izquierda, que pronto se generalizan al antebrazo y brazo, alcanzando poco después al miembro inferior y la mitad del tronco del mismo lado. Ocho días más tarde, los movimientos se extendían á todo el cuerpo.

Estado actual. — Niño bien conformado; piel de coloración blanca y normal, cabellos castaños y mucosas sonrosadas. No es posible apreciar el estado de sus fuerzas. No hay ganglios.

Aparato digestivo: Los labios sonrosados, presentan ligeras fuliginosidades. Los dientes inferiores están bien implantados, no así los superiores que se muestran algo salientes. Se notan algunas caries en los molares. La lengua es limpia. El paladar y la faringe normales. No hay desórdenes gastro-intestinales.

Aparato circulatorio: Pulso de 96, regular, lleno y de tensión normal. Arterias y venas normales. El examen del corazón no revela nada de particualr.

Aparato respiratorio: Medido el tórax al nivel del mamelón, da 28 cms. de cada lado. El tipo respiratorio es costo-abdominal, notándose que estos movimientos participan de la incoordinación. En los pulmones, salvo el ligero aumento de sonoridad que por

la parte anterior y de ambos lados se nota á la percusión, no se encuentra nada anormal.

Hígado y bazo: No se palpan.

Temperatura: No hay fiebre.

Orina: Sin modificación notable.

Sistema nervioso y muscular: Salvo el enflaquecimiento, que por otra parte no es considerable, los músculos presentan un desarrollo uniforme y que corresponde á un niño de su edad.

El enfermo se encuentra en un estado de excitación y de movimiento constante, que se exagera cuando se le llama la atención ó se le hace ejecutar movimientos voluntarios. En la cara obsérvase que los ojos se abren y cierran con frecuencia, efectuando, además, con los labios los más variados y desordenados movimientos; la boca se abre y deja proyectar rápida y convulsivamente la lengua. En los miembros, el torax y el abdomen, nótanse igualmente dichos movimientos convulsivos. La marcha resulta imposible. La sensibilidad no se encuentra alterada. En cuanto á los reflejos no ha sido posible tomarlos.

A pedido de los padres, el 9 de febrero de 1908, se le da de alta muy mejorado, habiéndose instituído como único tratamiento el reposo.

TOMÁS S. MOLINA.

Buenos Aires, octubre 11 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero doctor Francisco Sicardi, al Profesor titular doctor Angel M. Centeno y al Profesor suplente doctor Juan J. Viton para que, y al Profesor suplente doctor Juan J. Vitou para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen sobre la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4 de la ordenanza sobre exámenes.

E. BAZTERRICA.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires 21, obtubre de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2094 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Complicaciones graves de la corea de Sydenham.

SICARDI.

II

Los arsenicales en el tratamiento de la corea.

CENTENO.

III

El reumatismo como causa de la corea de Sydenham.

JUAN JOSÉ VITON.

BIBLIOGRAFIA

Bouchard etc. Brissaud — Traité de Médecine.

Grancher etc. Comby—Maladies de l'enfance.

Brouardel etc. Gilbert—Traité de Médecine.

G. Dieulafoy — Pathologie Interne.

G. Aráoz Alfaro—Las coreas mortales, Archivos Latino-Americanos de Pediatría (agosto de 1906).

G. M. Debove et A. Sallard—Traité élémentaire de clinique médicale.

F. J. Collet — Précis de Pathologie Interne.

P. Nobecourt — Précis de médecine infantile.

M. de Fleury—Manuel pour l'etude des maladies du systéme nerveux.

L. Baumel — Maladies des enfants.

G. André — Précis clinique des maladies du systéme nerveux.

P. Anargiros—Tratamiento de la Corea de Sydenham por el reposo (tesis).

Revue Neurologique 1906, 1907, 1908.

G. Lyon — Traité élémentaire de clinique Thérapeutique.