

Año 1916

Núm. 3098

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO DE LA COREA DE SYDENHAM

POR LAS

INYECCIONES INTRARRAQUIDEAS
:: DE SULFATO DE MAGNESIA ::

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ LUCIANO ACUÑA

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejia

Ex-practicante interno del Hospital T. de Alvear

"LAS CIENCIAS"

LIBREÑIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



M. B. G. L. h



TRATAMIENTO DE LA COREA DE SYDENHAM

POR LAS

INYECCIONES INTRARRAQUIDEAS

:: DE SULFATO DE MAGNESIA ::



Año 1916

Núm. 3098

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO DE LA COREA DE SYDENHAM

POR LAS

INYECCIONES INTRARRAQUIDEAS
:: DE SULFATO DE MAGNESIA ::

=

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ LUCIANO ACUÑA

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía
Ex-practicante interno del Hospital T. de Alvear

=

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

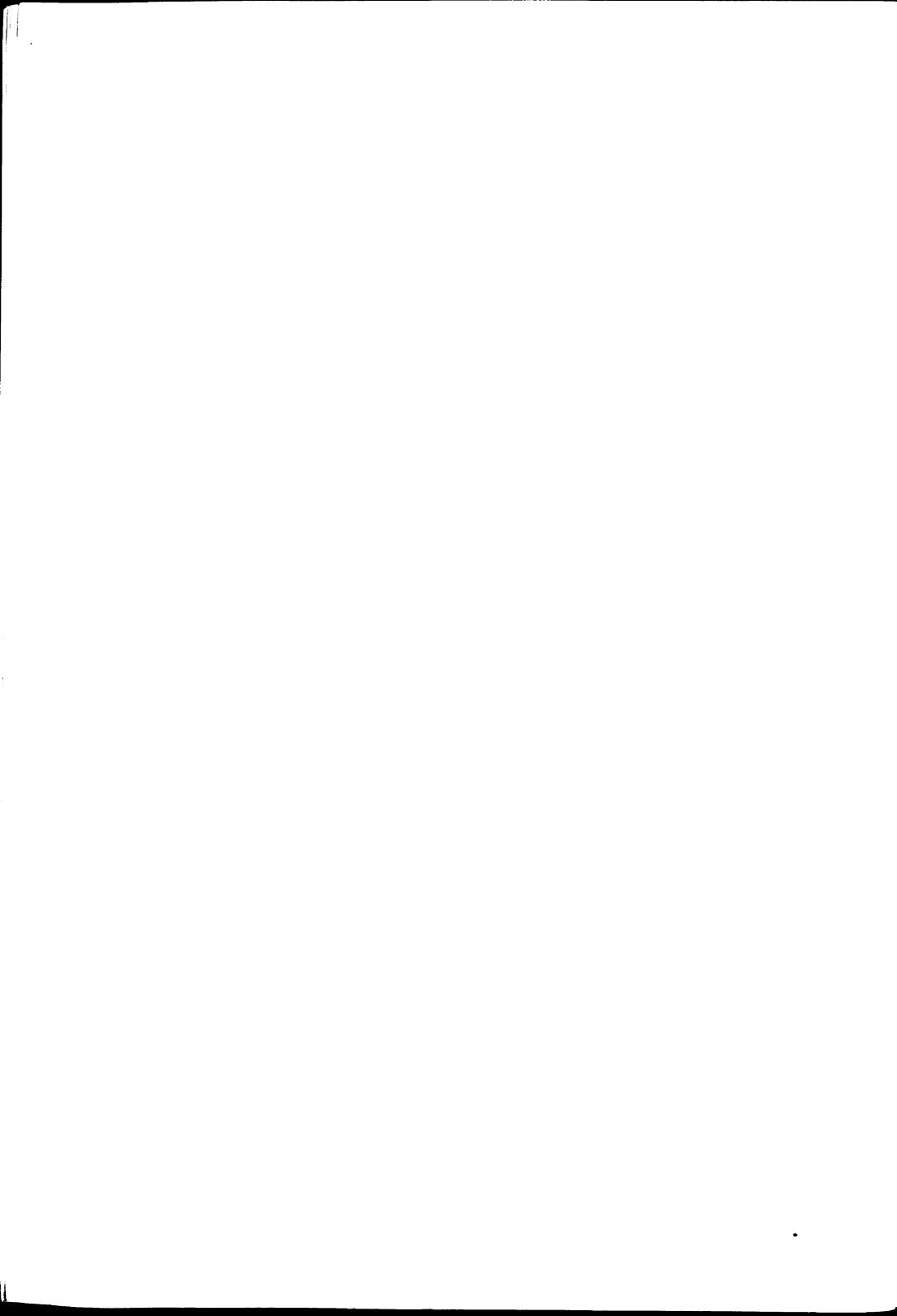
DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

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

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAYERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	} » GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermat-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIOGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	} » ANTONIO C. GANDOLFO
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

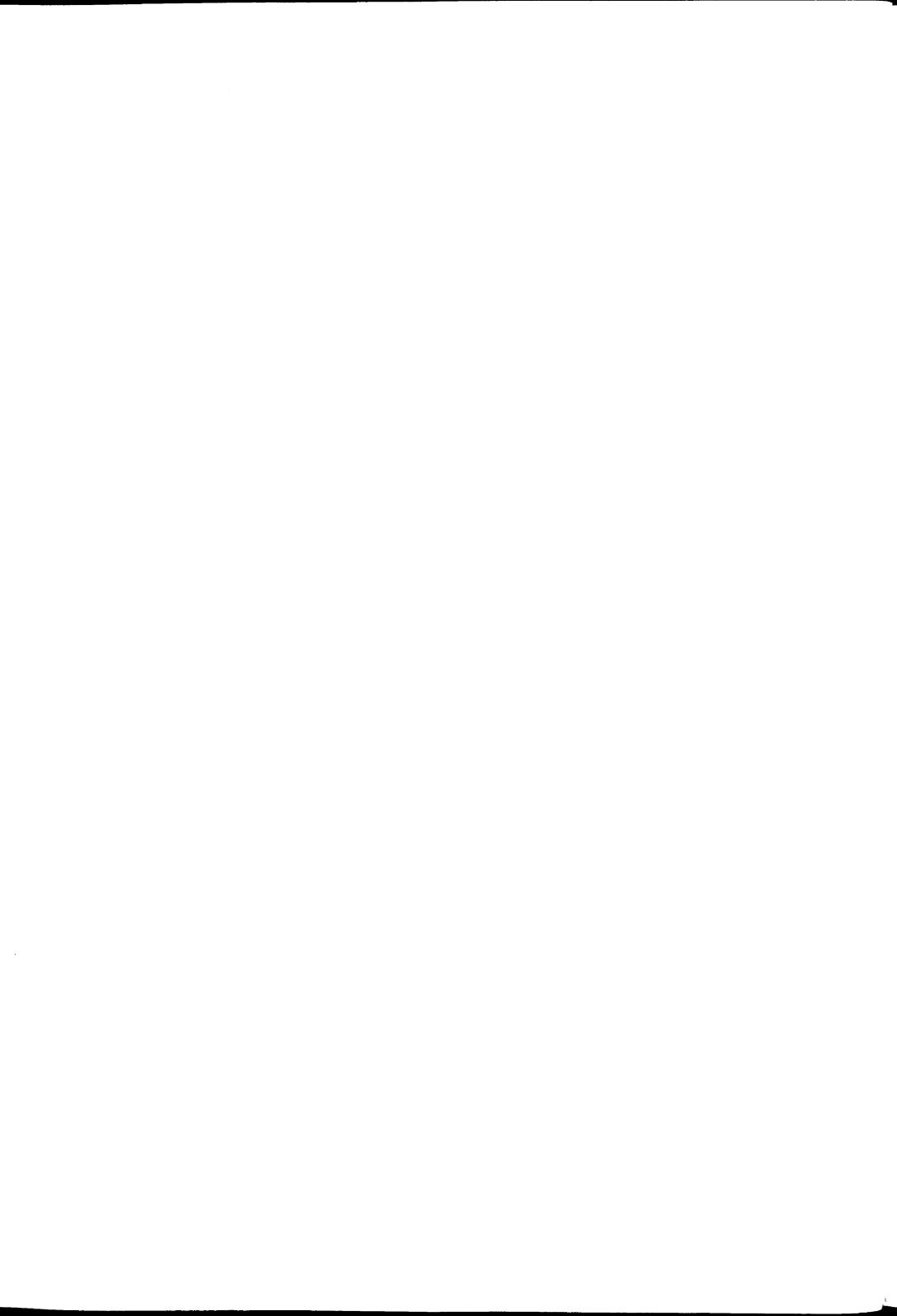
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	.. JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	.. JUAN CARLOS DELFINO
{	.. LEOPOLDO URIARTE
{	.. JOSÉ BADIA
Anatomía Patológica.....	.. JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Ginecológica.....	.. PATRICIO FLEMING
Clinica Médica.....	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Dermato-sifiligráfica.....	.. JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Neurológica.....	.. MARIANO ALURRALDE
{	.. BENJAMIN T. SOLARI
{	.. ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	.. MANUEL A. SANTAS
Clinica Psiquiátrica.....	.. FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	.. MARCELINO HERRERA VEGAS
Clinica Quirúrgica.....	.. RICARDO COLÓN
Patología interna.....	.. ELISEO V. SEGURA
Clinica oto-rino-laringológica.....	.. JOSÉ T. BORDA
» Psiquiátrica.....	.. JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS RACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" NICOLAS V. GIERCO
	" PEDRO L. BALISA
» Genito-urinaría.....	" BERNARDINO MARAZZI
	" JOAQUIN XIN POSADAS
» Epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
» Oftalmológica.....	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
» Oto-rino-laringológica.....	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAGUI
Patología interna.....	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LEIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	" MIGUEL SUCSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHETRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN ARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS H. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONZE
» Obstétrica.....	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas...
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MEJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 DR. JULIO J. GATTI
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 ,, PASCUAL CORTI
 ,, OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 ,, LUIS GUGLIALMELLI
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 ,, ANGEL SABATINI



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. ALEJANDRO CABANNE
" TOMÁS S. VARELA (2º año)
" JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINE
<i>Segundo año :</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año :</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



Padrino de tesis:

Doctor MAMERTO ACUÑA

Profesor suplente de clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina
Jefe de la sala ix del Hospital J. A. Fernandez
Médico del Hospital de Niños



A MIS QUERIDOS PADRES



A MIS HERMANOS

A MIS PARIENTES

A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar a vuestra elevada consideración este trabajo, como testimonio de haber llegado al término de los estudios médicos, y proyectando una mirada retrospectiva en el pasado universitario, surge en el pensamiento recuerdos inefables: el sentimiento de gratitud que guardamos hacia todos los maestros que han contribuido a nuestra formación médica.

Debo acentuar estos agradecimientos especialmente para con el doctor Ignacio Allende cuyas sabias lecciones de clínica han despertado siempre en mí, gran interés; para con el doctor Mariano R. Castex que con su copiosa erudición, ha sabido gravar en mi mente vastos conocimientos. A los doctores Carlos Robertson y Marcial Quiroga mis reconocimientos por sus valiosas enseñanzas.

Doblemente debo agradecer al doctor Mamerto Acuña, por dispensarme el honor de acompa-

ñarme como padrino, en esta tesis y porque siempre he hallado en él, al ilustrado maestro de Pediatría.

Al doctor Ricardo S. Gómez mis agradecimientos por haber sido guiado por sus vastos conocimientos científicos, compartiendo con él, larga práctica hospitalaria.

Al doctor Luis E. Pagliere debo recordarlo siempre con gratitud por haber contribuido eficazmente al restablecimiento de mi salud.

Escribiendo estas líneas hubiera deseado no olvidar a nadie, y en todo caso vaya la expresión de mi gratitud para todos aquellos que en la Facultad y en el Hospital Alvear me han prodigado sus conocimientos y atenciones. En este último a mis compañeros de internado la expresión de mis afectos.

Consideraciones generales sobre la Corea de Sydenham

Definición. — La definición de la Corea de Sydenham que adoptamos, la tomamos de Hutinel, quien después de comentar la definición dada por Reymond que la considera como una “neurosis constituida por trastornos psíquicos, sensitivos y sobre todo motores, estos consistiendo en movimientos incoordinados e involuntarios”; resistiéndose a aceptar como una neurosis a esta afección con caracteres muy marcados de infección, y después de presentar las dificultades para abarcarla, dá la definición siguiente, a la vez clínica, causal y anátomo-patológica:

“La corea se caracteriza esencialmente por movimientos especiales involuntarios, incoordinados, irregulares. Las condiciones en las cuales sobrevienen los trastornos que las acompañan, permite de afirmar que la causa determinante de la corea es la infección y particularmente el reumatismo

articular agudo (sea como fuere además la concepción que se haga de esta enfermedad). Siendo dado, por una parte, la asociación frecuente, a los movimientos coreicos, de trastornos intelectuales, por otra parte, la terminación habitual de la enfermedad por la curación, se puede admitir que la corea es debida a lesiones ligeras, fácilmente reparables de la corteza rolándica.”

Etiología y patogenia. — Las causas se dividen en predisponentes y determinantes.

Entre las causas predisponentes se invocan a la edad, el sexo, el clima, la estación y la herencia.

Edad. — La edad más propicia al desarrollo de esta enfermedad oscila entre 6 y 15 años; es en este período de la vida que se observa en mayor número, siendo muy rara después de los 20 años.

Debajo de los 6 años, la corea es excepcional, citándose algunos casos de niños de muy corta edad, atacados de corea. El doctor Angel M. Centeno ha encontrado la corea de Sydenham, en un sujeto de 3 años, bien caracterizada clínicamente.

Sexo. — Es el sexo femenino por el que ofrece más predilección.

Clima y estación. — En lo que se refiere a la influencia del clima, de las estaciones y de las razas,

sobre esta enfermedad, existe divergencias de opiniones. Se ha dicho que la raza negra sería refractaria a la adquisición de la corea y que los países tropicales no son propicios para su desarrollo, presentando en cambio un rol preponderante los países fríos y húmedos. Respecto a la influencia de las estaciones, la mayoría opina que la aparición de la corea es favorecida por los cambios de estación, no estando aun esto bien demostrado.

Herencia. — La herencia desempeña un rol importante en la génesis de esta enfermedad, y ella puede ser similar o de transformación.

En la primera existe en los progenitores del niño coreico, la misma enfermedad; pero esta predisposición es muy rara, interviniendo, sin embargo, en algunos casos, según se desprende de las estadísticas de Germán See, Triboulet, Leroux.

La herencia de transformación es la que más comúnmente entra en causa, y en los antecedentes hereditarios de los coreicos, no solamente se encuentra a la histeria y la epilepsia jugando una buena parte, sino también se encuentra, como lo hizo notar Charcot, la herencia psicopática, registrándose en los antecedentes de estos enfermos la alienación mental en sus variadas formas. También el alcoholismo gravita en la génesis de la corea, como en la de tantas otras enfermedades.

Causas determinantes. — Entre las causas determinantes predomina la infecciosa, y entre las infecciones, es el reumastimo articular agudo, la que presenta más afinidad con ella; pero en esto hay también divergencias de opiniones y mientras que unos no ven sino simple coincidencias de la corea y reumatismo, para otros esta última afección sería la gran causa productora de la primera.

Germán See, que ha sido el primero en hacer notar la relación entre estas dos afecciones, 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 corea complicada de Reumatismo; Dyce Duckworth avalua la proporeción en 78.5 por 100 y Mayor en un 80 por ciento.

Otras infecciones pueden determinar también la aparición de la corea y se halla en los autores casos auténticos de coreas consecutivas a las fiebres eruptivas.

Por último se ha hecho participar en la etiología de la corea a las emociones, imitación, las excitaciones genésicas, algunas enfermedades crónicas y a las intoxicaciones de origen externo o interno.

En concepto de patogenia existen tres teorías que son las más aceptadas para explicarla: la reumática, la infecciosa y la nerviosa.

La teoría reumática ha sido sostenida por G. See, J. Simon, Cadet de Gassicourt, quienes se apoyan en la gran frecuencia de la existencia del reumatismo y la corea; pero esta teoría no es posible generalizarla, pues hay casos sin manifestación perceptible de tal afección reumática.

La teoría infecciosa, la más reciente, se apoya en ciertas consideraciones como la analogía con otras afecciones nerviosas reconocidas por infecciosas, como la parálisis infantil; la influencia etiológica de las enfermedades febriles; ciertos síntomas como la fiebre o la endocarditis y especialmente en la experiencia de Pianese quien llegó a cultivar un bacilo extraído de la médula, y pudo obtener movimientos coreicos en algunos animales inoculados, por lo que lo consideró específico.

Finalmente, la teoría nerviosa, creada por Charcot, considera la corea como una neurosis que ataca al organismo en el momento de su desarrollo más activo: una neurosis de evolución (Joffroy).

La mayoría de los autores, se inclinan más a creer en la teoría infecciosa.

Síntomas y diagnóstico. — La corea de Sydenham se inicia, por lo común, por una serie de signos precursores de carácter insidioso, escapando a la observación; hasta que su acentuación las hace

más manifiestas y cae bajo el dominio de los allegados al enfermo: modificaciones del carácter, movimientos torpes e incoordinados, actitudes extrañas, manifestaciones que son interpretadas, a veces y sobre todo por los allegados, como hábitos viciosos, más que como primeros pasos de un proceso patológico, pueden observarse.

Puede, sin embargo, apartarse de este carácter y comenzar bruscamente, a raíz de una emoción.

Los primeros trastornos motores, se manifiestan generalmente en los miembros superiores, con predilección para el lado izquierdo: la prehensión como los demás movimientos voluntarios caen en una torpeza gradual, las manos y los dedos toman actitudes especiales, los músculos de la cara pueden ser el punto de partida de estos movimientos, imprimiendo a la fisonomía expresiones que revela el terror, la cólera, la alegría o el dolor. La cabeza, los labios, la lengua participan de estos movimientos, como también los párpados y globos oculares.

Poco a poco estas manifestaciones iniciales se acentúan más para entrar en el período de estado, en la que la enfermedad se hace categórica, no dando ya lugar a duda. En este período de estado analizaremos los trastornos motores, los reflejos, la sensibilidad, el estado mental y el estado general.

Trastornos motores. — Los trastornos motores son los que imprimen a la corea su mayor característica y que se graban en el espíritu del observador para que, en presencia de un caso análogo, pueda evocarla. Estos trastornos que empiezan generalmente por los miembros superiores, pasan a la cara y en menor grado a los miembros inferiores y al tronco, presentan tres caracteres esenciales: en el coreico el sistema muscular es agitado de movimientos “diseminados”, “arítmicos” e “involuntarios”.

Son “diseminados”, pues se propagan de un modo desigual a los grupos musculares, pudiendo hacerla por vecindad o a distancia, por homolateralidad o asimétricamente.

Son “arítmicos”, diferenciándose en esto de los movimientos rítmicos, con cadencia, a grandes oscilaciones de la córea rítmica histérica, y alejándose también de los movimientos rítmicos, a cortas oscilaciones de la parálisis agitante.

Por último, los movimientos coreicos son “involuntarios”, y los movimientos volitivos pueden exagerarlos.

La incoordinación muscular ataca, además de los músculos de la estática, a grupos especializados a determinadas funciones; así puede haber dificultad de la deglución por trastornos de los músculos de la faringe; los de la laringe traen alteraciones de

la voz. La agitación es incesante, pero a pesar de estos movimientos continuos, el enfermo está poco fatigado.

La motricidad ocular puede presentar alteraciones notables, imprimiendo al coreico expresiones extravagantes.

El corazón puede ser atacado, traduciéndose sus trastornos por arritmias y soplos, que es necesario no confundirlo con los producidos por la anemia concomitante, o por lesiones coexistentes.

En cuanto a los músculos lisos, su vulnerabilidad, por esta enfermedad, es dudosa.

Los trastornos paréticos pueden dominar en algunos casos, y dar lugar a la “corea blanda”, en la cual los movimientos coreicos son relegados al segundo plano.

Reflejos y sensibilidad. — La opinión que domina respecto a los reflejos, es la de que éstos están, por lo común, disminuidos o abolidos. La sensibilidad general, para Triboulet, estaría notablemente disminuida.

Estado mental. — Los desórdenes psíquicos son frecuentes, siendo los principales: la inatención, el debilitamiento de la percepción y la pérdida de la memoria, con alteraciones de la afectividad, y cambio de carácter.

Estado general. — Como trastorno del estado general, y aunque por lo común es apirética, la corea puede presentar alteraciones térmicas, y por lo regular la fiebre coincide con artropatías y trastornos cardíacos. Este síntoma es uno de los fundamentos de la teoría infecciosa.

Puede observarse también trastornos digestivos, que repercuten sobre el estado de nutrición. Las secreciones se encuentran muy poco alteradas y los estudios que se han realizado sobre la orina de los coreicos han llegado a conclusiones inciertas.

La corea de Sydenham puede ser confundida con varias enfermedades, particularmente con la histeria, corea, sintomática y las falsas coreas, pero el diagnóstico es fácil con el examen atento de cada caso.

Las falsas coreas (corea eléctrica de Dubrini, corea de Bergeron, paramioclonus múltiples de Friedreich), están caracterizadas por sus contracciones clónicas, bruscas, rítmicas, pudiendo ser detenidas por la voluntad y provocadas por la excitación.

La corea histérica puede presentarse bajo dos formas: la forma rítmica, cuyas contracciones, a la inversa de la corea, son rítmicas, produciendo siempre el mismo movimiento; y la forma arítmica, con la cual presenta mucha semejanza, a tal punto

que autores como Charcot, han creído que se trataba de una asociación de histeria y corea, basándose, el diagnóstico, principalmente en los estigmas de la histeria (zonas histerógenas, hemianestias, etc.) y en la existencia de convulsiones y trastornos visuales.

Las enfermedades que entre sus síntomas cuentan con temblores, como la esclerosis en placas, las intoxicaciones, la histeria, etc., son fáciles de diferenciarlas de la corea por su rareza en la infancia y sus contracciones rítmicas; en caso de temblores tóxicos existen los conmemorativos.

La corea de Huntington (corea crónica progresiva) presenta gran analogía con la corea que tratamos, basándose la diferenciación en los antecedentes y evolución: es hereditaria, rara en el niño y frecuente en el adulto; su evolución es continua y progresiva, y de duración ilimitada.

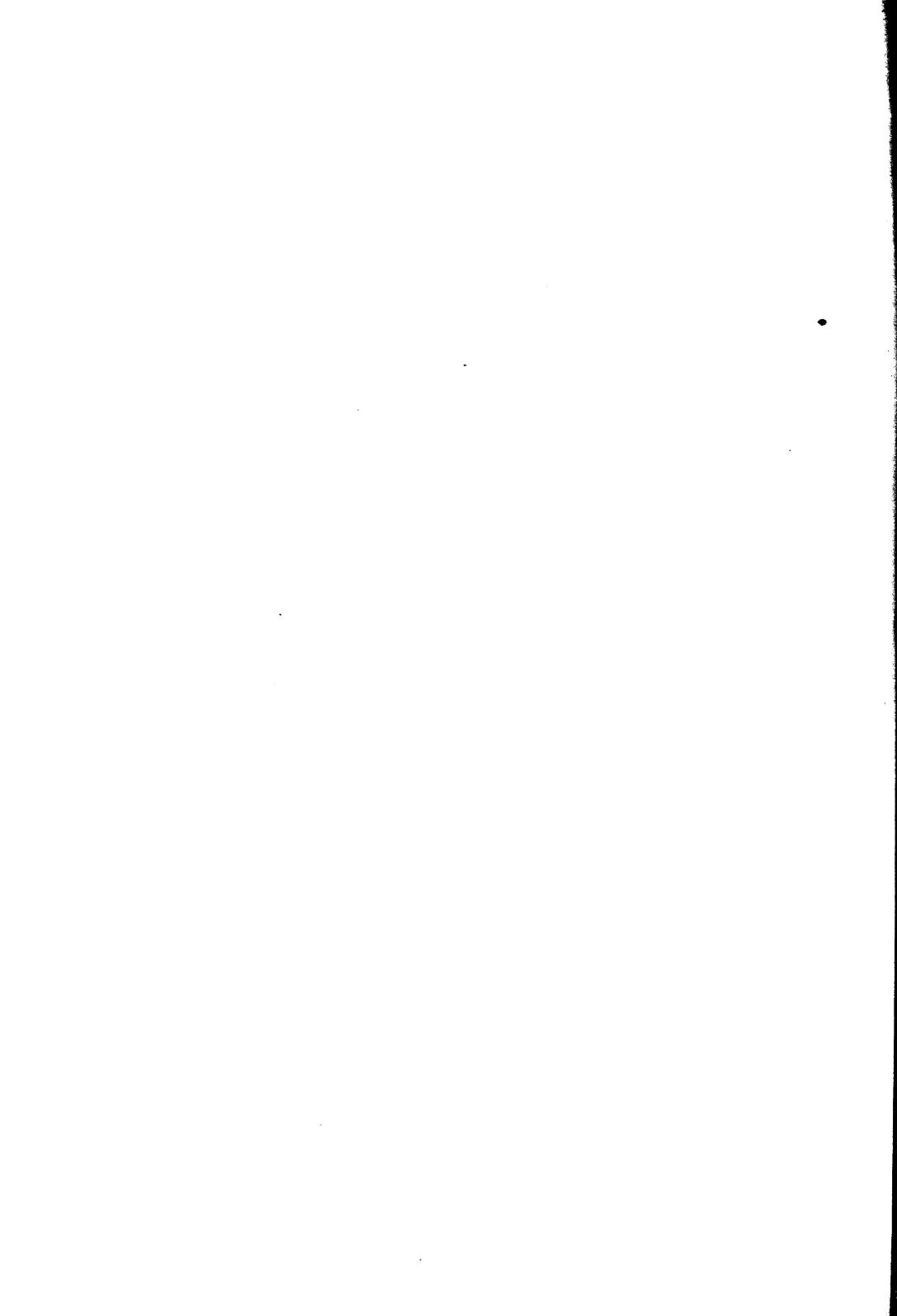
La enfermedad de Friedreich es fácil distinguirla de la corea, por la marcha ataxo-cerebelosa, el nistagmus, el signo de Romberg y por lo que en la segunda los movimientos incoordinados rompen el equilibrio, mientras en la otra tienden a mantener el equilibrio.

El diagnóstico entre la corea sintomática y la enfermedad de que tratamos, se basa en los antecedentes.

Evolución y pronóstico. — La corea, abandonada a su evolución espontánea, cura en un lapso de tiempo que oscila entre límites que algunos autores consideran muy estrechos: sesenta y nueve días, según G. Sée y H. Roger; noventa días, según Cadet de Gassicourt.

El pronóstico, en relación con la vida del enfermo, es benigno, variando en lo que se refiere a la marcha de la enfermedad, pues interviene algunos factores como la edad, la intensidad y generalización de los movimientos.

En cuanto a la edad, puede decirse que el pronóstico es benigno en el niño, debiendo ser reservado en el adulto, pues puede evolucionar hacia el estado de mal o a la crinicidad. También debe hacer reservar un pronóstico, la generalización de los movimientos y la intensidad de las contracciones.



Tratamiento

El tratamiento racional de una entidad mórbida se basa en su fundamento etiológico; pero cuando las causas no son bien conocidas, como pasa en la corea de Sydenham, las indicaciones se relacionan, por lo común, con sus principales síntomas.

Los medicamentos más comúnmente usados contra la corea son el arsénico, el cloral, la antipirina y el sulfato de magnesia. Nos ocuparemos someramente de los tres primeros, para reservarnos especial interés al tratamiento por el sulfato de magnesia, objeto principal de esta tesis.

Los compuestos arsenicales más empleados son: el licor de Fowler, el arseniato de soda, el cacodilato de soda y el licor de Boudin.

El licor de Fowler es aconsejado por Seguin a dosis progresivas de 1 a 20 gotas; su administración debe ser vigilada, suspendiendo cuando aparecen fenómenos gastro-intestinales, o cuando ma-

nifiesta su eficacia, haciendo cesar los movimientos coreicos.

El arseniato de soda está algo abandonado y Cadet de Gassicourt lo da en dosis débiles y continuas en las coreas de intensidad media, a fuertes dosis, progresivas, en las formas graves: 5 miligramos el primer día, 10 el segundo, 15 el tercero y hasta 25 miligramos por día.

Los resultados obtenidos con el cacodilato de soda son discutidos.

Para Comby, el licor de Boudin debe ser administrado comenzando por 10 gramos, el primer día, y aumentando 5 gramos por día hasta 30 gramos; alcanzando esta dosis, desciende en la misma proporción.

Hutinel administra la antipirina en la siguiente forma: "En los niños de seis años para arriba, comienza por 2 gramos por día; los días siguientes se lleva la dosis a 3 y 4 y mismo 5 gramos. Desde que se constata una mejora, se disminuye las dosis, y se continúa el uso del medicamento hasta la completa curación. La medicación está, naturalmente, contraindicada en los casos de trastornos digestivos, de lesiones renales, o cuando existe la idiosincracia por la antipirina". Si a las tres semanas la atipirina no ha producido efecto alguno, Comby no persisten en su empleo.

El cloral es administrado por Comby en las

dosís siguientes: por arriba de los diez años, 4 gramos de cloral en tres tomas, después de cada una de las principales comidas; por debajo de los diez años, la mitad o el tercio de esta dosis. El tratamiento logra tener dormido al coreico, doce a catorce horas por día, y puede ser continuado por quince días y hasta un mes.



El sulfato de magnesia

Sus propiedades físicas y químicas. — Su empleo en terapéutica

El sulfato de magnesia tiene por fórmula química: $Mg SO_4 \cdot 7 H_2O$, y es conocido también con los nombres siguientes: sal inglesa, sal de Epson, sal de Sedlitz.

Esta sal abunda en la naturaleza, se la encuentra en el agua de mar, en algunas aguas minerales, y sobre todo en los terrenos dolomíticos.

Los medios principales de obtención son los siguientes: por evaporación y cristalización de las aguas minerales amargas; se le obtiene también como producto secundario en la preparación de ciertas aguas minerales artificiales, al preparar el anhídrido carbónico por la acción del ácido sulfúrico sobre el carbonato de magnesia; la mayor parte del sulfato de magnesia cristalizado se obtiene por la hidratación de la kieserita.

Propiedades. — Cristaliza en pequeños cristales prismáticos, alargados y transparentes. Tiene un sabor salino-amargo. Es muy soluble en el agua, disolviéndose en su peso de agua fría, y siéndolo aún más en el agua caliente; pero es insoluble en el alcohol, y en el éter. Su solución es neutra al tornasol.

Calentado sufre la fusión acuosa. Su solución no precipita por el bicarbonato de soda.

Su empleo en terapéutica. — Como efectos fisiológicos del sulfato de magnesia Pouche sostiene que su absorción aumenta las oxidaciones y la eliminación de la úrea.

Determinaría una acción suspensiva en la excreción de los cloruros y Mariéteau ve en este mecanismo, la posibilidad del aumento de los edemas en los enfermos con retención clorurada. Sería un excitante de la fibra muscular, a pequeñas dosis. Jolyet y Cahours han estudiado bien la acción análoga a la del curare sobre el sistema nervioso periférico. Aplicado en el trayecto de un nervio, determina su sección fisiológica.

El sulfato de magnesia es conocido sobre todo como purgante, habiendo sido utilizado como tal, desde muy antaño. Se lo prescribe generalmente a la dosis de 30 gramos, en porción o solución, y su

sabor desagradable se ha tratado de disimular con agua de canela, esencia de menta, etc.

Se elimina por la orina; su eliminación por la leche es igualmente conocida y administrada a las nodrizas, puede determinar diarrea en el lactante.

Ha sido preconizado en algunos procesos inflamatorios, empleándose como tópico, en aplicaciones locales de solución saturada de sulfato de magnesio en la erisipela, en flemones y especialmente en la orquitis. Empleado en esta misma forma en el reumatismo articular agudo, ejerce una acción calmante sobre los dolores.

Marinesco había mostrado, en sus experiencias, la acción sedante del sulfato de magnesio en inyecciones intra-raquídeas, en las neuralgias del ciático y en las crisis gástricas y dolores fulgurantes del tabes, empleando a la dosis de 1 c.c. de una solución al 25 o/o por cada 25 libras de peso.

La acción de las sales de magnesio sobre los nervios sensitivos, ha hecho que Calcaterra utilizara contra la epilepsia inyecciones subcutáneas de sulfato de magnesio, y contra la misma corea inyecciones intravenosas de cloruro de magnesio.

Las inyecciones intraraquídeas de sulfato de magnesio se usa también para disminuir los espasmos del tétano, empleándose la solución al 25 o/o, de la cual se inyecta 1 c.c. por cada 12 kilos de peso.

Transcurrido una hora, los músculos entran

en relajación, el tetánico deja de sufrir y puede aún alimentarse. El tratamiento debe ser repetido cada 24 horas, pues pasado ese plazo, vuelven las contracturas. Según los autores europeos este método da buen número de curaciones.

Finalmente, el sulfato de magnesia ha sido empleado, en inyecciones intramusculares, contra el reumatismo articular agudo.

Pasemos ahora a ocuparnos del empleo del sulfato de magnesia en el tratamiento de la corea de Sydenham, que más de cerca nos interesa, por ser el principal objeto de esta tesis.

Historia del tratamiento

Marinesco ha sido el primero que lo ha empleado en el tratamiento de esta enfermedad; y ha sido inducido por sus experiencias anteriores que le han mostrado la acción sedante del sulfato de magnesia en inyecciones intrarraquídeas, en las neuralgias del ciático, en las crisis gástricas y dolores fulgurantes del tabes, a emplear el método de Meltzer y Auer, en el tratamiento de la corea de Sydenham.

Los primeros resultados obtenidos por Marinesco han sido excelentes, alcanzando la curación en cuatro casos así tratados, mediante dos a cuatro inyecciones.

La acción sedante había sido también mostrada por los autores americanos, quienes han precisado que la inyección intrarraquídea de 1 c. c. de una solución de sulfato de magnesia al 25 o|o, por cada 25 libras de peso, determina al cabo de tres a

cuatro horas, parálisis y anestesia de los miembros inferiores y de la pelvis, recobrando su sensibilidad y motilidad al cabo de ocho a catorce horas.

La acción de las sales de magnesia sobre los nervios sensitivos, ha hecho también que Calcestrra utilizara contra la epilepsia inyecciones subcutáneas del sulfato de magnesia, y contra la corea inyecciones intravenosas de cloruro de magnesia. Las experiencias realizadas por Desguin, en el perro, han mostrado que el sulfato de magnesia en inyecciones hipodérmicas, los vuelven casi insensibles.

Como teniendo alguna relación con este tratamiento de la corea, haremos notar que el método de de Meltzer y Auer ha sido empleado en el tratamiento del tétano, por muchos autores.

Entre nosotros, en el servicio del prof. Aráoz Alfaro, Hitec e Iribarne han aplicado las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia en la proporción de 2 a 3 c.c. de una solución al 10 o/o, y han obtenido resultados satisfactorios en dos casos, en uno de los cuales han obtenido una mejoría evidente desde el principio.

El Prof. Dr. Mamerto Acuña ha ensayado este método en varios casos de corea de Sydenham, cuyas historias detalladas figuran entre las observaciones de esta obra, y de cuyos resultados se muestra muy satisfecho.

Dosis de sulfato de magnesia a emplear

TÉCNICA

La dosis más empleada es aquella recomendada por Marinresco: solución frescamente preparada de sulfato de magnesia químicamente puro, al 25 o|o, del cual se inyecta .1 centímetro cúbico por cada 15 kilos de peso.

En los casos publicados por los doctores Hitec e Iribarne, en los Archivos Latino-Americanos de Pediatría, han empleado una solución al 10 o|o con resultados satisfactorios.

En los casos del Dr. M. Acuña ha sido empleado, al principio, una solución al 10 o|o, pero con resultados medioeres, luego se empleó solución más concentrada, al 20 o|o, con resultados ya bastante buenos, pero el máximo de beneficios ha sido obtenido con la solución aconsejada por Marinresco, es decir, la solución al 25 o|o.

Se practicará la inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia, según la técnica habitual de

la punción lumbar. El enfermo es sentado en el borde del lecho, buscando la posición clásica, inclinado hacia adelante, tratando de conseguir una buena convexidad del dorso. Después de la asepsia de los tegumentos y de las manos del operados, se practica la punción lumbar en su lugar de elección, que está, como se sabe, en el espacio intervertebral de la cuarta y quinta lumbar, sobre la línea transversal que reúne las dos crestas ilíacas. Se dejará salir al minimum una cantidad de líquido céfalorraquídeo, que sea igual a la cantidad de solución que se propone inyectar. Estando la aguja en su lugar, se le adapta la jeringa cargada de la solución, luego se aspira lentamente, más o menos un centímetro cúbico de líquido céfalorraquídeo, que vendrá a mezclarse con el sulfato de magnesia, y finalmente se inyecta el contenido de la jeringa, con mucha lentitud.

La punción lumbar, en el corcico, presenta algunas dificultades, debidas sobre todo a los continuos movimientos de que espresa; pero estos movimientos se consiguen atenuar por medio de ayudantes que, aprisionado al enfermo, tratan de evitarlos. Algunas veces hay que armarse de paciencia desistiendo una vez, para volver a renovarla en una nueva sesión; pero nunca ha sido necesario usar la anestesia general, ni ha sido motivo de renunciar a la inyección.

El día de la inyección, en los casos del doctor Acuña, los enfermos han sido sometidos a una dieta rigurosa, permitiéndoseles alimentos líquidos recién por la tarde; durante ese día permanecían en cama, acostados y con la cabeza baja; quedaban también aislados, tanto de sus compañeros de sala, como de todo ruido.



Accidentes

Accidentes. — Respecto de los accidentes que pueden observarse en las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia, podemos anticipar desde luego que ellos gravitan escasamente para alterar el concepto satisfactorio de este tratamiento.

Trataremos primeramente los accidentes que pueden observarse en el terreno de la experimentación, y luego en el terreno de la clínica.

En el terreno de la experimentación, diremos que Meltzer y Auer han tenido accidentes respiratorios en sus experiencias fundamentales. En efecto, Meltzer practicó en un mono una inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia en dosis considerable. A los pocos minutos la respiración se detuvo y el corazón latía con más debilidad; se practicó la respiración artificial y se nota reacción del corazón. Después de siete horas de respiración artificial, se suspende, pero tuvo que continuarse

otras siete horas, pues recién entonces pudo restablecerse la respiración natural. Durante este tiempo, el corazón se mantuvo bien y el animal se restableció por completo.

En el terreno de la clínica ya Marinnesco y Gradinesco, en sus experiencias, han comprobado algunos accidentes como ser: trastornos motores, sensitivos y urinarios.

Accidentes respiratorios han sido notados en casos de tétanos tratado por las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia.

Paoli, en su tesis de 1909, relaciona dos casos de Logán, de los cuales el primero ha sido tomado, en las dos inyecciones, de una disnea bastante marcada, acompañada de broncorrea profusa, pero estos fenómenos han sido pasajeros, cediendo a una inyección subcutánea de $\frac{1}{2}$ milígramo de sulfato de atropina. La disnea ha sido notada también en cuatro casos de Henry.

Otros accidentes, como ser: vómitos, cefáleas, retención de orina, incontinencia de orina y materias fecales, variaciones de la temperatura, han podido ser observados y consecutivos a la inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia, en otros terrenos.

En cuanto a los accidentes que se pueden observar en los casos de tratamiento de la corea por

las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesia, podemos decir que entre ellos no se registran accidentes graves como los anteriores.

En los cuatro casos publicados por Marinisco en la *Semaine Medicale*, de 1908, se ha observado dolores, disminución de la sensibilidad de los miembros inferiores, náuseas, cefalalgia y elevación de la temperatura; estos fenómenos han sido pasajeros, desapareciendo el día siguiente.

En los seis casos del Dr. M. Acuña y que figuran entre las observaciones de esta tesis, se ha observado fenómenos pasajeros, que han cedido al día siguiente, pero ninguno de ellos ha presentado fenómenos graves. Por vía de precaución, al principio se ha empleado dosis prudentes de 0,30 centigramos de medicamento, pero en vista de sus resultados mediocres, se ha elevado a 0,50 y 0,75; visto su inocuidad se llegó hasta un gramo, cantidad que este mismo autor aconseja no ser sobrepasada en la infancia.

En algunos de estos casos se ha notado adormecimiento de los miembros inferiores, fuerza muscular y reflejos disminuidos, fenómenos que cesaban al día siguiente. La sed era intensa en todos los enfermitos.

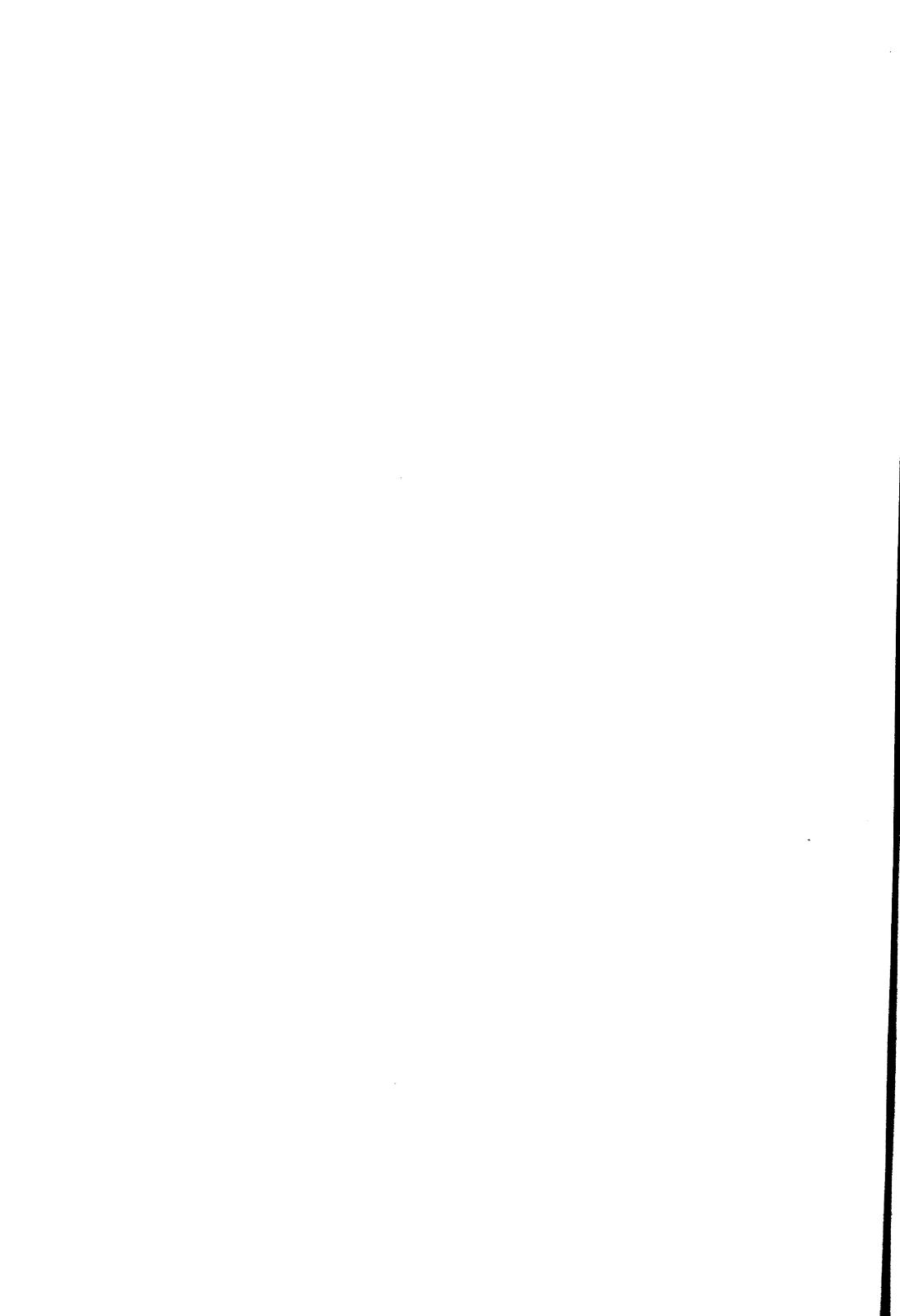
En los primeros se ha hecho inyección de pantopón, para luego suspenderse, convencido de su inutilidad.

Los repetidos exámenes de orina practicados en estos casos atestiguan la inocuidad de las inyecciones sobre el riñón.

El Dr. M. Acuña atribuye como causa posible de los accidentes graves constatados por Caronia en su caso publicado en *La Pediatría*, de 1912, la dosis elevada, inyectándose a un niño de diez años 8 c.c. de la solución de sulfato de magnesia al 25 o/o, equivalente a 2 gramos de principio activo, considerando esta dosis muy elevada.

Vemos, pues, que todos estos fenómenos han sido pasajeros, de carácter en general benigno, no registrándose los accidentes graves de los casos de tétanos tratados por este mismo método; pero aún en estos casos, podría preguntarse si estos fenómenos no son debidos a la toxina tetánica misma, que al sulfato de magnesia. Vemos también que ellos gravitan muy poco sobre el concepto satisfactorio que la mayoría de los autores que han empleado este tratamiento han podido corroborar.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

M. L. G., 13 años; ingresa al Hospital de Niños, Mayo 12 de 1914. (De la Semana Médica, núm. 50, de 1914).

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. La madre ha sido nerviosa, y cuando chica tuvo corea.

Antecedentes personales. — Sarampión y coqueluche a los 6 y 8 años; ha sido siempre muy irritable.

Enfermedad actual. — Data de 3 años atrás, en que le notaron movimientos desordenados en los miembros inferiores, con variantes de intensidad, pero que han continuado sin interrupción, por más que en algunos días esos movimientos eran muy atenuados. Desde hace 7 meses los padres notan que los movimientos se han exagerado considerablemente, generalizándose a la cara y miembros superiores. Vista por diversos facultativos se le ad-

ministró antipirina, licor de Fowler, sin resultado alguno, continuando con movimientos intensos hasta que ingresa en el servicio.

Estado actual. — Mayo 15: Peso 14 kilos. Niña bien desarrollada, excelente estado de nutrición, mucosas rosadas, ausencia de ganglios; se constata continuo movimiento de párpados de ambos lados, algunos movimientos de la comisura bucal y de la lengua al proyectarla afuera.

Movimientos desordenados del miembros superior derecho; elevación del hombro, abducción y adducción del brazo, rotación, pronación, flexión y extensión del antebrazo constante flexión y extensión de la mano y dedos, todo muy acentuado y constante, disminución de la fuerza, sobre todo en la mano, la cual no le sirve para ninguno de los usos habituales.

En el izquierdo, movimientos menos acentuados y limitados; se sirve de la mano con regularidad y precisión.

Miembro inferior: movimientos acentuados en los diversos segmentos, pero más intensos en el pie y dedos: rotación, flexión y extensión.

Lado izquierdo: atenuados y muy breves.

Movimientos del tronco y de la cabeza: discretos.

Marcha a tropezones, por incoordinación e

irregularidad en los movimientos de la mitad derecha, que se exagera mucho en esta prueba.

Palabra algo irregular y dificultosa.

Reflejos exagerados; sensibilidad normal; duerme bien.

Mayo 17: Estos días ha estado en reposo absoluto y a leche. Los movimientos de la mitad derecha son igualmente acentuados, no obstante el reposo completo, y nada se ha modificado en la intensidad de su corea. Se extraen a las 11 $\frac{1}{2}$ 5 c.c. de líquido céfalorraquídeo cristal de roca, inyectándose 1 c.c. $\frac{1}{2}$ de solución de sulfato de magnesia al 10 o/o. Reposo y dieta.

Mayo 18: A las 4 horas después de la inyección, violenta cefalea con excitación general y acentuación de los movimientos, inquietud manifiesta y vómitos; se hace una inyección de $\frac{1}{2}$ c.c. de morfina y se administra una bebida con bromuro de potasio; se calma gradualmente por la tarde. Hoy la encontramos tranquila, inteligencia normal, ligero estado de sopor; movimientos persisten, aunque ligeramente atenuados; temperatura 37°4.

Mayo 19: Buen estado general; dice encontrarse bien; la intensidad de los movimientos, lo mismo que sus caracteres, son como antes de la inyección; temperatura normal.

Mayo 22: Continúa bien; movimientos corci-

cos muy intensos, pero como la chica está con su menstruación, no se repiten las inyecciones.

Mayo 27: Continúa como anteriormente. Se hace una inyección intrarraquídea de $\frac{1}{2}$ c.c. de sulfato de magnesia al 10 o/o. Se recomienda quietud completa, posición horizontal con la cabeza baja.

Mayo 28: La inyección fué bien tolerada, no habiendo presentado nada de particular, ni modificación en sus movimientos coreicos.

Mayo 31: A las 8 $\frac{1}{4}$ a. m. se hace una inyección de 2 $\frac{1}{2}$ c.c. de sulfato de magnesia al 20 o/o, seguida de una inyección de morfina (0,01 c.) Un cuarto de hora después los movimientos se acentúan, haciéndose generalizados. A la media hora sobrevienen náuseas y malestar general, con vómitos. Por la tarde continúa con vómitos y en estado de somnolencia.

Junio 1.º La encontramos despejada y contenta; los movimientos coreicos han desaparecidos casi completamente, sobre todo en los miembros inferiores; ejecuta bien los movimientos ordenados; marcha normal, reflejos disminuidos, sensibilidad en las piernas embotadas; la chica dice que tiene las piernas como muertas; temperatura: 37°5.

Junio 2: Estado general normal; movimientos un tanto más intensos que ayer, pero mucho más atenuados que antes de la inyección; en la pierna

derecha existen algunas sacudidas, pero muy atenuadas; reflejos disminuidos, sensibilidad normal.

Junio 4: Los movimientos han empezado a acentuarse nuevamente; no puede manejar el miembro superior derecho; escritura imposible.

Junio 6: Al estado de reposo no se observa movimiento alguno, en cambio se acentúa considerablemente en la marcha, siendo acentuados los movimientos de flexión y pronación del antebrazo; fuerzas disminuidas; tiende a escribir, pero le resultan garabatos.

Junio 8: Los movimientos coreicos son menos intensos que antes de la inyección, pero en vista de su persistencia se hace una nueva de 2 $\frac{1}{2}$ c.c. de la solución al 20 o/o. Pasó bien el resto del día con cefalea y algunos vómitos, pero con atenuación completa de todos los movimientos; sed intensa.

Junio 9: Inteligencia embotada, adormecimiento, disminución de la sensibilidad general y de todos los reflejos, disminución manifiesta de las fuerzas, al estado de reposo no se observa movimientos coreicos, en los ordenados hay alguna incertidumbre en la ejecución para el brazo derecho; en general los movimientos coreicos se han atenuado considerablemente; empieza a escribir su nombre.

Junio 10: Continúa bien; no hay movimientos

sino algunos en la mano derecha; las fuerzas han mejorado; sensibilidad normal hay.

Junio 13: Observada en cama, no se nota movimiento ni sacudida alguna, aún hablándola; ordenándole algunos actos complicados los realiza bien, notándose aún una ligera incoordinación; ya se sirve de su miembro derecho para comer y escribir; marcha normal, salvo sacudidas del brazo derecho. Se la levanta.

Junio 15: Continúa levantada, no constatándose movimiento alguno; se ordena licor de Fowler; escritura mejora día a día.

Junio 19: La niña hace vida activa, trabaja y ayuda en la sala; se nota precisión en todos los movimientos; de vez en cuando todavía se aprecian alguna sacudidas ligeras.

Junio 25: Se suspende el licor de Fowler; salvo una disminución en la fuerza de la mano derecha puede considerarse definitivamente curada de su corea; la escritura, desde el día 20, puede considerarse normal.

Agosto 8: Queda en la sala de ayudante, hasta el día de hoy, habiendo curado completamente.

En resumen: Forma crónica, prolongada, recidivante, con movimientos coreicos muy intensos. Recibe cuatro inyecciones de sulfato de magnesia; las dos primeras de la solución al 10 o/o no ejercen influencia alguna sobre la marcha de la afección;

en cambio, las otras dos de la solución, al 20 o|o, producen una sedación manifiesta de todos los movimientos, con desaparición gradual y completa hasta cesación absoluta; cura definitivamente a los 32 días de iniciado el tratamiento y a la semana de hacer las dos inyecciones al 20 o|o.

Accidentes fugaces: sin importancia.



OBSERVACION II

I. C., 12 años, ingresa al Hospital de Niños el 15 de Junio de 1914; sala del Dr. G. Ortiz (De la *Semana Médica*", núm. 50, 1914).

Antecedentes hereditarios. — Padre reumático, madre sana, 7 hijos vivos, sanos, 2 muertos al poco de nacer, un aborto anterior a la enferma.

Antecedentes personales. — Fué siempre sana, no hay antecedentes reumáticos; hace un año tuvo un ataque de corea de poca intensidad, curando al mes; desde hace ocho días los padres le notan movimientos exagerados y de mucha intensidad en los brazos y piernas.

Estado actual. — Niña bien desarrollada, en buen estado de nutrición; lengua saburral, con movimientos de lateralidad y propulsión fuera de la boca; labios y comisura bucal constantemente desviados; globos oculares desviados a la derecha e

izquierda, constante parpadeo; movimiento de cabeza a uno y otro lado.

Movimientos desordenados constantes e intensos en los diversos segmentos de los miembros superiores; la intensidad es mayor en el lado derecho, particularmente en la mano y dedos, que no se detiene un instante; la prehensión no es posible, no pudiendo servirse de ella ni para comer, ni para escribir.

En los miembros inferiores los movimientos son igualmente intensos y desordenados; en los actos ordenados hay mucho desorden y titubea. Marcha a tropezones, se cae fácilmente.

El tronco, los hombros, la cabeza, se encuentran constantemente llevados en diversas direcciones.

Estos movimientos se exageran considerablemente en el momento del examen; son incoordinados, involuntarios, a grandes curvas; en la cama la niña se golpea constantemente en los barrotes laterales, produciéndose contusiones diversas.

Reflejos exagerados; sensibilidad normal; fuerzas disminuidas, particularmente en la mano derecha.

El examen clínico de los demás órganos, perfectamente normal.

Junio 16: Previa extracción de 5 c.c. de líquido cefalorraquídeo, se inyecta 2 c.c. y $\frac{1}{2}$ de solución

de sulfato de magnesia al 20 o|o; una hora después hay vómitos y cefalea, los movimientos disminuyen de intensidad, pasando bien el resto del día; temperatura: 37°4.

Junio 17: Los movimientos coreicos son menos violentos; menos parpadeo y gesticulación; miembros superiores: movimiento igualmente incoordinados, pero menos extensos; en los inferiores están muy atenuados; marcha a tropezones; actos ordenados muy imprecisos.

En resumen: A las 24 horas de la inyección se observa mayor quietud al estado de reposo y atenuación sensible de los movimientos coreicos, reflejos exagerados, sensibilidad disminuidas en las piernas .

Junio 19: En el examen de hoy se constata que los movimientos se han exagerado, parpadeo y gesticulaciones múltiples, movimientos desordenados de brazos y piernas; no puede bajarse de la cama, marcha muy difícil; no puede tomar la cuchara ni el lapiz para escribir.

Junio 20: Se inyecta 3 c.c. de la solución de sulfato de magnesia al 20 o|o; no ha habido ni vómitos ni cefalea, pero sí excitación general que determina caída de la cama y contusiones múltiples contra los barrotes del lecho; temperatura: 37°5.

Junio 21: Excitación general; movimientos intensos y múltiples; se alimenta mal, duerme poco.

Junio 23: Ya no hay excitación, pero la intensidad de los movimientos no se han modificado; estado general desmejorado.

Junio 25: Se atribuye el fracaso de las anteriores inyecciones al hecho de emplearse soluciones datando de más de un mes. Hoy se inyecta 2 1/2 c.c. de solución al 25 o/o, que determina excitación general por la tarde y noche; fuera de ello ha pasado bien, sensibilidad general disminuida.

Junio 26: Anoche continuaba excitada, habiéndose caído de la cama, pero hoy se constata sedación manifiesta y atenuación de todos los movimientos; el cuerpo tiene equimosis diversas, y en los dedos aparecen panadizos y heridas infectadas.

Junio 28: Al estado de reposo no se percibe sino ligeras sacudidas del brazo derecho con gesticulación y parpadeo; maneja mejor su mano derecha, haciéndose mejor la marcha.

Junio 30: Los movimientos han vuelto a acentuarse, generalizándose nuevamente; ha enflaquecido mucho.

Julio 3: Movimientos muy violentos; en la cama recibe constantes contusiones en brazos y piernas al lanzarlos contra los barrotes; la alimentación se hace difícil, lo mismo que la palabra, por las gesticulaciones y movimientos intespestivos de la lengua y mandíbulas.

Julio 5: En vista de la intensidad de los mo-

vimientos se hace una nueva inyección intra-aracnoidea de 3 $\frac{1}{2}$ c.c. de la solución al 25 o|o. Por la tarde, después de ligera excitación general, sobreviene gran calma; la chica dice que tiene poca fuerza y que las piernas las tiene “como muertas”; movimientos muy atenuados; temperatura: 37°5.

Julio 6: Sedación manifiesta de todos los movimientos sensibilidad; general embotada en los miembros inferiores; reflejos abolidos.

Julio 9: Ha continuado con movimientos menos intensos que antes y más tranquila, pero la marcha es aún penosa, no pudiendo servirse de la mano derecha para comer ni para escribir; heridas infectadas de las manos.

Julio 11: Nueva inyección de 3 c.c. de la solución al 25 o|o; estas inyecciones se hacen con suma facilidad, pues existe disminución de la sensibilidad en la región lumbar-sacra; el líquido sale con gran tensión.

Julio 12: La inyección fué bien tolerada, habiendo determinado la sensación de pierna muerta. Los movimientos son poco intensos, persistiendo en la cara, lengua y párpados; en los miembros inferiores casi no se perciben; la marcha es más regular; se constata forúnculos múltiples.

Julio 15: En general los movimientos están muy atenuados, comparados con los que tenía cuando ingresó, pero aún se lastima en la cama, no pu-

diendo manejar la mano derecha, por lo que se inyecta 4 c.c. de la solución de sulfato de magnesia al 25 o|o (1 gr. solución magnesia), el líquido sale a gran tensión. Ningún accidente, pasa tranquila el resto del día y la noche, con atenuación manifiesta de todos los movimientos; la temperatura se elevó a 37°8, se constata hipoestesia marcada.

Julio 16: Está tranquila, sensibilidad normal, reflejos disminuidos; en los miembros los movimientos han mejorado mucho, pero en la cara existen intensos; marcha mucho mejor, brazo derecho con mayor seguridad y precisión en los actos ordenados.

Julio 18: Sigue bien, movimientos se exageran poco al examen; la marcha es regular, pero aún hay incoordinación manifiesta y palabras a tropezones.

Julio 19: Inyección de 3 c.c. de solución al 25 o|o. Pasa bien la tarde y la noche.

Julio 20: Atenuación sensible de todos los movimientos; marcha normal, empieza a tomar el lápiz, pudiendo escribir algo.

Julio 24: Continúan los movimientos, siendo cada día más escasos; en la pierna y brazo ya no existen; en cambio en la cara aún son múltiples.

Julio 27: Continúa muy bien; uno que otro movimiento en la cara; marcha normal; la caligrafía mejora día a día.

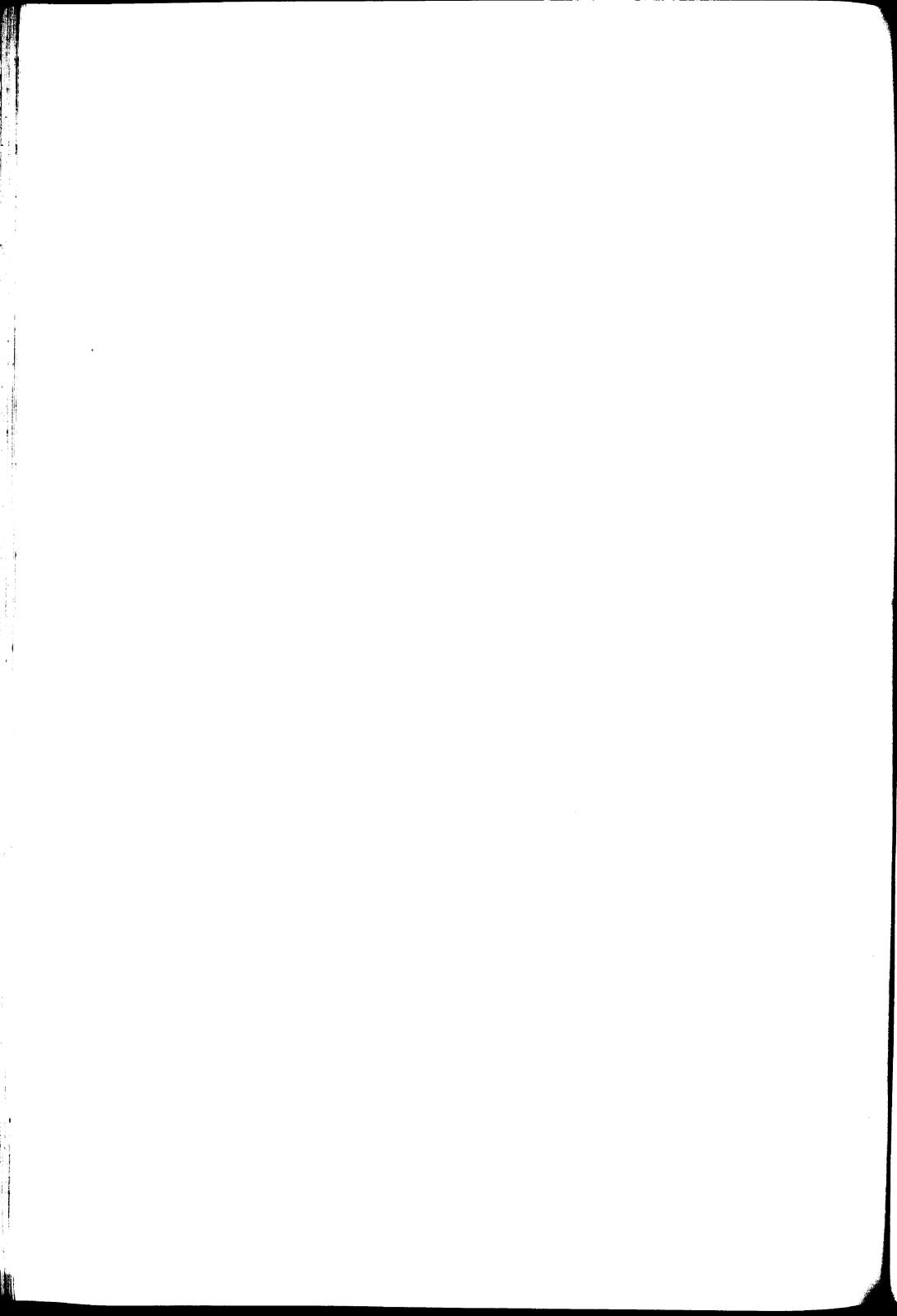
Julio 30: Continúa con movimientos casi imperceptibles; ayuda en la sala, está todo el día levantada; se ordena licor de Fowler a dosis progresivas.

Agosto 10: Continúa bien; puede considerarse curada.

Agosto 22: Abandona el servicio, curada.

Diciembre 10: Viene al consultorio perfectamente curada.

En resumen: Corea severa, con enflaquecimiento y contusiones múltiples, rebelde al tratamiento, que ha sido enérgico. Recibe siete inyecciones intradurales de la solución al 20 y 25 o|o. Las primeras determinan gran excitación general con movimientos exagerados; es recién, a partir de la 5.^a que se observa sedación evidente con atenuación de los movimientos; la sedación es particularmente manifiesta después de inyectar 4 c.c. de la solución al 25 o|o. Como contratiempo se nota en las primeras inyecciones: cefalea, algunos vómitos, excitación general, inapetencia; los demás fueron bien tolerados; cura al mes y medio de tratamiento.



OBSERVACION III

J. L. 12 años. Ingresa al servicio del Dr. Ortiz el 14 de Julio de 1914. (De la Semana Médica, núm. 50, 1914).

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Fué siempre sana; no ha tenido reumatismo.

Enfermedad actual. — Hacen 15 días más o menos los padres notan movimientos desordenados en los miembros que dificulta la marcha y la prebención con las manos; estos movimientos se han acentuado y generalizado perturbando seriamente la vida de la niña.

Estado actual. — (Julio 6): P. 30 k. Niña de talla elevada, regular estado de nutrición, mucosas bien coloreadas, inteligencia normal. Llama la atención la diversidad de movimientos de gesti-

culación, parpadeo, fruncimiento de cejas etc., lengua lanzada en todas direcciones que dificulta la deglución y la palabra.

En los miembros superiores, movimientos múltiples y variados, pero siempre de gran intensidad en todos los segmentos; imposibilidad de tomar la cuchara y el lápiz; son algo más intenso en el brazo izquierdo, particularmente los dedos de la mano están en constante agitación; las fuerzas en estos segmentos están disminuídas, los músculos superiores son lanzados violentamente en todas direcciones, chocando con los barrotes de la cama.

Los miembros inferiores agitados de iguales sacudidas violentas, acentuados en la marcha, la que es casi imposible, haciéndose a brincos y saltos como si bailara.

Sacudidas violentas del tronco y cabeza.

Reflejos. — Dificil de precisar; sensibilidad normal.

Observada en cama la chica está en constante agitación, proyectando violentamente, en todas direcciones sus miembros, los que presentan heridas y contusiones múltiples; por la noche duerme poco; se alimenta con dificultad.

Corazón y pulmones. — Normales. Orina: normal.

Julio 7: Inyección intra-aramoides de 3 c.c. de solución de sulfato de magnesia al 25 o/o. Por la tarde, sedación de todos los movimientos; está más tranquila, durmiendo algunas horas; por la noche la agitación recrudece como antes.

Julio 9: Ninguna modificación en su estado; movimientos muy violentos.

Julio 10: Persiste gran agitación que dificulta mucho la punción lumbar; por la tarde se consigue inyectar 2 c.c. de solución al 25 o/o; perdiéndose una parte debido a las violentas desviaciones del raquis; por la noche gran agitación que requiere la medicación bromurada; no puede escribir. Se rodea de colchones la cama para evitar contusiones.

Julio 12: Menos agitación; atenuación ligera en la extensión e intensidad de los movimientos (la dosis inyectada ha sido evidentemente insuficiente).

Julio 14: Inyección de 3 c.c. y $\frac{1}{2}$ de la solución al 25 o/o. Por la tarde cefálea y sed intensa, pero gran tranquilidad con atenuación de los movimientos; sensibilidad disminuida en los miembros inferiores con disminución de las fuerzas.

Julio 15: Pasa bien; está tranquila; ya no se golpea en la cama; atenuación de los movimientos mucha incertidumbre al caminar, verdadero baile.

Julio 16: Los movimientos atenuados en el reposo se exageran al examen, particularmente en

la marcha que se hace a saltos y brineos. No se sirve aun de su mano derecha. Duerme bien, tiene apetito, ha enflaquecido.

Julio 18: Movimientos como ayer; tiene más seguridad en los miembros; la marcha se hace con menos saltos, pero aún con mucha dificultad; toma el lapiz y escribe su nombre aunque muy garabateado.

Julio 19: Inyección de 3 c.c. de solución de sulfato de magnesia al 25 olo; no ha sentido molestia alguna, salvo sed intensa; ha pasado tranquila la noche.

Julio 20: Los movimientos se han atenuado considerablemente; ya no se golpea en la cama; maneja mucho mejor sus brazos, pudiendo servirse de su mano derecha para comer y escribir; en la marcha se notan aun sacudidas incoherentes; brazo izquierdo caído con disminución de fuerza.

Julio 23: Los movimientos siguen atenuándose día a día; la seguridad en los actos ordenados es mejor; la hacemos ejecutar ejercicios variados; la marcha es más segura; duerme bien, buen apetito.

Julio 27: Continúa bien; se sirve de la mano derecha fácilmente; la izquierda aun es indócil; ejercicios complicados aun no los puede ejecutar con precisión; marcha por momentos irregular.

Julio 30: Anda levantada en la sala, donde empieza a ayudar en los quehaceres; escribe y ca-

mina normalmente; se ordena licor de Fowler a dosis progresivamente crecientes.

Agosto 3: Ha continuado muy bien; no se nota, desde hace varios días, movimiento coreico alguno; persiste cierta impotencia en la mano izquierda.

Agosto 9: Realiza normalmente los diversos ejercicios ordenados; los movimientos con la mano izquierda son seguros y precisos. Se considera completamente curada a la chica.

Agosto 11: Se va de alta, curada, sin observarse el menor movimiento.

Los exámenes de orina repetidos en el curso del tratamiento no demostraron nada de anormal.

Examen del líquido céfalo-raquídeo, revelaron después de las inyecciones, ligera polinucleosis efímera.

En resumen: Niña de 12 años; primer ataque de corea datando de 15 días; forma intensa, con gran dificultad en la marcha así como en la alimentación; contusiones múltiples. Recibe 4 inyecciones de la solución al 25 o/o. Las dos primeras determinan hipoestesia y sedación de los movimientos con recrudecimiento a las 36 horas subsiguientes; la 3.^a inyección de 3 ½ c.c., lleva sedación marcada, atenuación de los movimientos, camina mejor, sirviéndose de los miembros superiores aunque todavía difícilmente; la 4.^a inyección acentúa la mejoría,

que se hace definitiva a los 20 días de iniciado el tratamiento. Las inyecciones fueron bien toleradas, no habiendo determinado sino escasa fiebre la noche de la inyección; sed intensa y ligera cefálea; la primera y tercera produjeron, además hipoestesia y disminución de las fuerzas.

OBSERVACION IV

J. A. 9 años, ingresa en la sala IV el 11 de Agosto. (De la Semana Médica N.º 50. — 1914).

Antecedentes hereditarios. — Padre sano; madre reumática; dos abortos posteriores a nuestra enferma; seis hermanos vivos, sanos.

Antecedentes personales. — Criada a pecho; sarampión a los 4 años; fuera de eso ha sido siempre sana; niega todo antecedente reumático.

Enfermedad actual. — Hace un mes que repentinamente empezó su enfermedad con movimientos en el lado derecho del cuerpo, acentuándose luego y generalizándose en los miembros y cara.

Estado actual. — Buen estado de nutrición (peso 23.900 gramos); mucosas coloreadas; movimientos constante en la cara, desviación de la comisura bucal hacia derecha e izquierda intermiten-

temente; párpados, gesticulaciones, movimientos varios de la lengua.

En la mitad derecha, movimientos de extensión, flexión, pronación de los diversos segmentos de los miembros; movimientos muy acentuados en las manos y pies. Movimientos incesantes de los dedos.

Movimientos de flexión del cuello y tronco.

En el lado izquierdo los movimientos son muy acentuados. La enfermita no puede servirse de su miembro superior derecho por la disminución de fuerzas y constancia de los movimientos de rotación y flexión de las piernas. Toma alimento con la mano izquierda.

Estos movimientos tienen todos igual carácter de incoordinado, involuntarios grandes curvas. Reflejos normales.

Corazón normal. — Nada de particular al examen clínico de los diversos órganos.

Ligera hipertermia. — Orina bien. Heces normales.

Agosto 15: Se hace una inyección intra-raquídea de 2 1/2 c.c. de la solución de sulfato de magnesia al 25 o/0, previa inyección de 1 centímetro cúbico de pantopón.

Tolera bien la inyección; tiene por la tarde dos

vómitos; fuera de eso, lo pasa bien. La Hermana observa que a las pocas horas los movimientos empiezan a atenuarse; se queja de adormecimiento de las piernas.

Agosto 16: La chica está contenta, algo más tranquila; no existen movimientos del lado izquierdo, y en el derecho están atenuados en relación a ayer, pero son aún evidentes; imposibilidad de ejecutar movimientos ordenados con regularidad.

Agosto 17: Mejor que ayer; en estado de reposo no existen movimientos; aparecen cuando se ordena caminar o bajar de la cama.

Agosto 19: Movimientos atenuados; aun no puede servirse de la mano derecha para comer ni para escribir; camina bien, con muy poca incoherencia.

Agosto 22: Movimientos atenuados, pero no desaparecidos.

Agosto 24: Se intenta una nueva inyección pero con resultados negativos.

Agosto 30: Mejoría progresiva; camina bien; no puede aún tomar la cucharada con la mano derecha; empieza a escribir, pero lo hace con inseguridad.

Septiembre 6: En estos últimos días los movimientos volvieron a acentuarse ligeramente por lo que se practica una nueva inyección de 3 c.c. de la solución al 25 ojo seguida de ligera excitación

general en las primeras horas, después tranquilidad completa con adormecimiento de las piernas.

Septiembre 8: Continúa los movimientos muy atenuados; ya se sirve para comer de su mano derecha; la fuerza está mejor y la caligrafía mejora día por día; en la cara y lado izquierdo no se nota movimientos; marcha normal.

Septiembre 14: Persisten movimientos de los dedos, pero solo en los períodos de emoción; la marcha es normal, los movimientos ordenados los ejecuta con seguridad. Se ordena licor de Fowler.

Septiembre 20: Se le hace ejecutar movimientos complicados diversos, realizándolos con precisión. Se sirve de la mano derecha con menos seguridad que la izquierda.

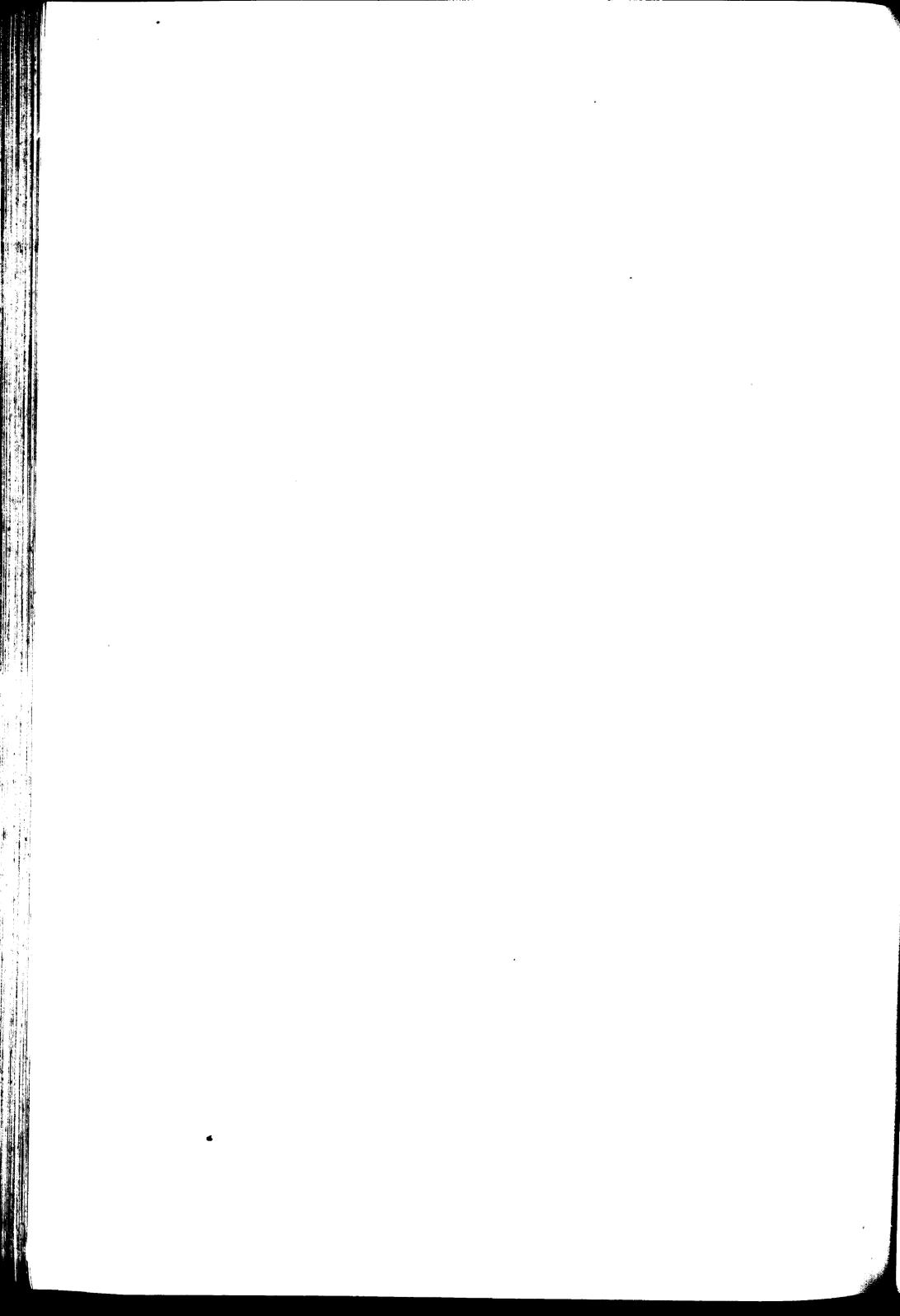
Septiembre 24: Puede considerársela curada, pues ejecuta bien los movimientos que se le ordena; persiste menos fuerza en el miembro superior derecho. Alta.

Dos exámenes de orinas practicado: normales. Líquido céfalo-raquídeo normal.

En resumen. — Niña de 11 años; primer ataque de corea datando de un mes, forma mediana intensa. Recibe dos inyecciones de 2 $\frac{1}{2}$ y 3 c.c. respectivamente de la solución al 25 o/o que determinan sedación, manifiesta y duradera de los diversos movimientos con hipostesia de los miembros. Ce-

sación completa de los movimientos coreicos más o menos al mes de iniciado el tratamiento. Ninguna complicación fué observada.

Constituye este un buen caso.



OBSERVACION V

A. G., 11 años, ingresa sala doctor Ortiz et 22 de Agosto de 1914. (De la "Semana Médica" N.º 50. — 1914).

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos; padre alcohólico; 5 hermanos vivos, 4 muertos; 3 abortos posteriores al nacimiento de la enfermita.

Antecedentes personales. — Criada a pecho hasta los 22 meses; sarampión a los 4 años. Hace 3 años tuvo un ataque primero de corea del cual curó bien a los dos meses; no ha habido reumatismo.

Enfermedad actual. — Hace 6 meses que empezaron los movimientos desordenados por los que hoy ingresa al servicio; atacaron primero los miembros superiores luego se generalizaron con gran

intensidad al resto del cuerpo manteniéndose hasta la fecha con idénticos caracteres.

Estado actual. — (Agosto 27): Buen estado general; regular panículo adiposo; inteligencia normal; nada de particular el examen clínico de los diversos órganos y aparatos.

La cara es constantemente agitada de movimientos variables en su extensión e intensidad, que desvían las comisuras bucales a uno y otro lado; movimientos de pestañeo intermitentes; lengua con sacudidas irregulares que a menudo dificultan la palabra.

En los miembros superiores movimientos de extensión, flexión y pronación en sus diversos segmentos pero mucho más intensos en el lado izquierdo; los actos ordenados son realizados bien por el miembro derecho; en cambio, no se sirve para nada del izquierdo donde la fuerza es casi nula. Escritura normal.

En los miembros inferiores igualmente movimientos desordenados, más acentuados en la mitad izquierda; la marcha se hace irregular y titubeante, acentuándose la incoherencia y desorden de los movimientos.

Reflejos normales; fuerza conservada salvo en el miembro superior izquierdo donde es muy disminuida. Sensibilidad normal.

Orinas. — Normal.

Agosto 28: Inyección de 3 c.c. de sulfato de magnesia al 25 o/o, intra-raquídea, que fué soportada muy bien salvo un vómito que no se repitió. Por la tarde atenuación marcada de todos los movimientos; hipoestusias en los miembros inferiores.

Agosto 29: Sensibilidad normal; atenuación de los movimientos de los miembros; impotencia del izquierdo; marcha buena, apenas incierta; la sedación de todos los movimientos es manifiesta.

Agosto 31: Solo en los momentos de excitación se notan algunos movimientos en el lado izquierdo; en el derecho apenas perceptibles.

Septiembre 2: Ha continuado bien; la marcha es ya normal; en el brazo izquierdo los actos ordenados son ya posibles y regulares.

Septiembre 5: Camina sin dificultad; escritura normal; maneja la mano izquierda con facilidad; persisten algunos movimientos en los dedos.

Septiembre 10: Ayuda en la sala, no notándose nada de anormal en sus actos y movimientos.

Septiembre 15: Curada. No presenta el menor movimiento coreico; está de alta.

Septiembre 28: Curada radicalmente.

Examen de orina practicados varias veces no presentaron nada de particular.

En resumen: niña de 11 años con segundo ataque de corea, datando de seis meses atrás; forma

prolongada, bien que de intensidad media si se tiene en cuenta la poca amplitud de los movimientos.

Recibe una inyección de 3 c.c. de la solución al 25 o/o que determina una sedación completa e inmediata de todos los movimientos, a tal punto, que 48 horas después de la inyección, puede considerársela casi curada.

Una inyección llevó la curación, en este caso, el que constituye un brillante resultado.

OBSERVACION VI

A. R., 12 años, ingresa al servicio del doctor Acuña el 11 de Febrero de 1914. (De la "Semana Médica" N.º 50. — 1914).

Antecedentes personales. — Desde hace cinco años está enferma con movimientos cuya intensidad varía de un día para otro. Hace ocho meses estuvo internada en el Hospital de Clínicas donde permaneció varios meses, habiendo salido bien, pero al poco tiempo le vuelven los mismos fenómenos. Desde Enero está en asistencia en el Consultorio externo, ingresa al servicio el 11 de Febrero.

Estado actual. — (Enero 23, 1914): Regular estado de nutrición, talla pequeña, movimientos desordenados e incoherentes en los miembros superiores, de escasa amplitud e intermitentes; en la cama los movimiento pueden pasar desapercibido; existe gesticulación, parpádeo y fruncimiento de

cejas; en la marcha los miembros inferiores entran en rotación repentina, sobre todo el lado derecho, hay también agitación del brazo; escritura normal, puede coser con alguna dificultad. Tratamiento: licor de Fowler; reposo.

En Febrero 11: Como los movimientos coreicos persisten, ingresa a la sala donde se sigue la medicación arsenical interna; no se constatan antecedentes reumáticos, siendo el examen clínico de los órganos, normal.

En Marzo 9: La chica abandona el servicio con sus movimientos ya casi imperceptibles, continuando en su casa el tratamiento.

Abril 1.º: Buen estado general; curada de su corea pues solo muy de tarde en tarde se perciben algunas sacudidas en los brazos y solo en los períodos de emoción; frecuenta la escuela llevando bien los deberes.

En Abril 25: Vuelven a acentuarse progresivamente los movimientos con igual carácter que anteriormente. Licor de Fowler.

Mayo 5: Ingresa por segunda vez; movimientos generalizados; gesticulaciones múltiples, marcha a tropezones, se ordena antipirina, reposo, baños.

Junio 10: Continúa mejor; movimientos aun perceptibles, pero menos intensos.

Junio 20: Se va de alta en buenas condicio-

nes; persisten muy imperceptibles sacudidas (alta).

Julio 1.º: Continúa bien; concurre a la escuela.

Agosto 21: Desde hace 15 días se acentúan nuevamente los movimientos, generalizándose a los miembros; ingresa al servicio por tercera vez.

Niña en regular estado de nutrición, presenta sacudidas y movimientos incoordinados de intensidad variable en la cara (gesticulación, pardádeo, fruncimiento de cejas), miembros superiores (flexión, extensión, rotación de brazos), lengua; en los miembros inferiores, movimientos de torsión y rotación de las piernas y dedos del pie; la marcha se hace regular con sacudidas y torsiones de las piernas. Estos movimientos se exageran al examen y en el período de emoción. La chica se sirve de sus miembros para comer, coser, escribir, etc.

Se hace una inyección de 2 c.c. de solución de sulfato de magnesia al 25 o/o. Por la tarde sigue bien no presentando ni cefálea ni vómitos.

Agosto 22: Movimiento atenuados, mejoría bastante sensible.

Agosto 23: Sedación de los movimientos; solo se notan a la marcha y en los ejercicios complejados.

Agosto 28: En estos días ligero recrudecimiento de los movimientos.

Agosto 30: Se trata de hacer una inyección, no lográndose.

Septiembre 3: Inyección de 2 c.c. de solución al 25 o/o. Por la tarde, tolerancia perfecta; sedación completa de todos los movimientos, hipoestesia en los miembros inferiores.

Septiembre 5: Continúa muy bien; camina casi normalmente; movimientos casi imperceptibles.

Septiembre 8: Solo cuando la chica se emociona se nota algunas ligeras sacudidas.

Septiembre 10: Continúa bien; apenas perceptibles los movimientos y solo cuando se emociona. Se le ordena licor de Fowler.

Septiembre 15: Continúa bien. Se considera curada, pues los movimientos son apenas perceptibles.

Octubre 15: Se va de alta. Se percibe por momentos movimientos casi imperceptibles.

Octubre 30: Continúa bien curada, existiendo movimientos casi imperceptibles.

Examen de orina y líquido céfalo-raquídeo normales.

En resumen: niña de 11 años con movimientos coreicos desde la edad de 6 años; está en asistencia nuestra desde Enero con tres ingresos al servicio; presenta corea discreta en su intensidad pero rebelde a todo tratamiento, pues su desaparición to-

tal dura pocos días. Al tercer ingreso a la sala se le hace dos inyecciones de 2 c.c. de sulfato de magnesia al 25 o|o que determinan sedación completa de los movimientos coreicos hasta desaparición gradual y definitiva una semana después de la 2.^a inyección; duración del tratamiento 22 días. Vista dos semanas después, no presentaba movimiento alguno a no ser sacudidas fibrilares en la cara.



OBSERVACION VII

V. B., ingresa a la Sala iv del Hospital de Niños el 21 de Diciembre de 1914. Servicio del doctor Ortiz.

Antecedentes hereditarios. — Padre 40 años, madre 34, sanos, hijos vivos 5, aborto no hay. No hay antecedentes ni específicos, ni reumáticos, ni bacilosos.

Antecedentes personales. — Criada a pecho hasta la edad de un año, está vacunada habiendo tenido sarampión y escarlatina.

Enfermedad actual. — Hace 21 días que ha empezado su enfermedad con movimientos incoordinados que se van acentuando cada vez más y más, sintiendo calambres en las rodillas, en su parte inferior.

Estado actual. — (Diciembre 22, 1914): Buen estado de nutrición, panículo adiposo en regular

cantidad, piel pálida, turgencia normal, no existen ganglios, esqueleto normal.

Se encuentra ligeras escoriaciones diseminadas en la piel producidos por los movimientos coreicos.

Mucosas normales; lengua saburral, húmeda encontrándose unas pequeñas pápulas en la úvula (base de la misma); amígdalas pequeñas; ojos normales y conjuntivas rosadas; dientes normales.

Tórax. — Bien conformado, respiración costo-abdominal, número de respiraciones imposible contar debido a sus movimientos.

Percusión pulmón derecho e izquierdo normal.
Auscultación murmullo vesicular normal no encontrándose ningún sonido agregado, sus bases respiran bien.

Corazón. — Percusión normal. Auscultación tonos cardíacos normales. Número de pulsaciones por minuto: 70 por minuto, pulso tenso, regular.

Abdómen. — Ligeramente tenso, no doloroso, hígado no se palpa. Bazo no se palpa.

Movimientos coreicos y sistema nervioso. — Los movimientos se extienden en todos sus extremidades más acentuados en sus extremidades supe-

riores; sus movimientos son involuntarios y se exageran cuando se le interroga algo.

Movimientos incoordinados, arítmicos que se extiende en los labios y tronco; marcha dificultosa; los movimientos son extensión y flexión, acentuándose más en sus manos y dedos.

Reflejos. — Exagerados.

Diciembre 24: Sigue en igual estado con movimiento muy exagerados. Examen parasitario de las materias fecales pone de manifiesto escasos huevos de tricocépalo.

Diciembre 29: Inyección intra-raquídea de 3 c.c. de sulfato de magnesia al 25 o|o.

Se nota a la hora después de la inyección, la supresión casi completa de los movimientos coreicos; paraplegia de los miembros inferiores; parestia de los miembros superiores y en los músculos de la nuca. La mirada extraviada, hay estrabismo convergente acentuado del ojo derecho. Pupílas reaccionan lentamente. No se consigue hacer hablar a la chica, estado muy decaído de la chica. Temperatura por la noche 37°,8.

Diciembre 30: La chica presenta hoy un estado muy bueno, con disminución notable de los movimientos coreicos. La marcha es posible aunque un poco irregular. Estado intelectual muy

bueno. Tuvo una elevación de temperatura el día anterior que ha descendido a la normal hoy.

Diciembre 31: Niña continúa mejorando los movimientos muy poco acentuado, apirética. Inteligencia normal.

Enero 2 de 1915: Inyección de 2 c.c. 1|2 de sulfato de magnesia intra-raquídea.

Enero 5: Muy mejorada siendo sus movimientos de muy poca intensidad.

OBSERVACION VIII

G. Z., 11 años, ingresa en la Sala IV el 24 de Diciembre de 1914. Servicio del doctor Ortiz.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido, madre de 45 años, sana. Ha tenido seis hijos uno de los cuales ha muerto tuberculoso hace un año. El padre era tuberculoso y falleció hace dos años.

Antecedentes personales. — Chica nacida a término; parto normal. Fué criada a pecho hasta los catorce meses. Ha tenido sarampión a los seis meses y tos convulsa al año; estas enfermedades no tuvieron consecuencias. No ha menstruado.

Enfermedad actual. — Refiere la madre que hace como tres meses notó que la chica estaba nerviosa y bastante inquieta, a los cinco días la madre la llevó al médico el cual le hizo diagnóstico de corea. Ha sido tratado con arsénico sin resultado.

Estado actual. — Chica en buen estado general, regular panículo adiposo, mucosas bien coloreadas; piel rosada.

Cabeza. — Buena conformación no hay nada que llame la atención. Lengua limpia. Dientes bien implantados, hay algunas muelas en mal estado de conservación. Excitando la base de la lengua y aun la pared posterior de la feringe, no hay el menor reflejo vomitivo. Ojos normales, pupilas iguales, reaccionan bien a la luz.

Cuello. — No se palpa ganglios, ni se nota nada de anormal.

Tórax. — Bien conformado, respiración regular, buena excursión torácica.

Pulmones. — Examen física no revela nada.

Corazón. — Tonos limpios no se oye ruidos sobre-agregados.

Abdómen. — Aspecto normal, no se palpa ni hígado ni bazo; ligeros gorgoteos diseminados.

Sistema nervioso. — Se nota movimientos involuntarios de los párpados, de labios y de la cabeza, especialmente al interrogarla. Palabra dificultada en su articulación por los movimientos de la lengua. En los miembros se nota contracciones bruscas, repentinas de los brazos y piernas, que tan pronto se flexionan como se extienden. Reflejo rotuliano exagerado. No hay clonus de la rótula, ni Babinski. Estado inquieto de la enferma, moviéndolo-

se continuamente no sólo involuntariamente sino con movimientos perfectamente coordinados y con un fin. Marcha irregular, tropieza al caminar con la punta de los dedos, o sino el miembro se extiende bruscamente o sufre un movimiento de abducción.

Diciembre 29: Inyección de 3 c.c. de solución de sulfato de magnesia al 25 o|o. Poco tiempo de la inyección se constata atenuación de todos los movimientos, con disminución sensible de las fuerzas, una verdadera paraplegia de los miembros inferiores. Reflejos abolidos. Sensación de adormecimiento de las piernas. No tuvo cefalea ni accidente alguno, tuvo uno que otro vómito.

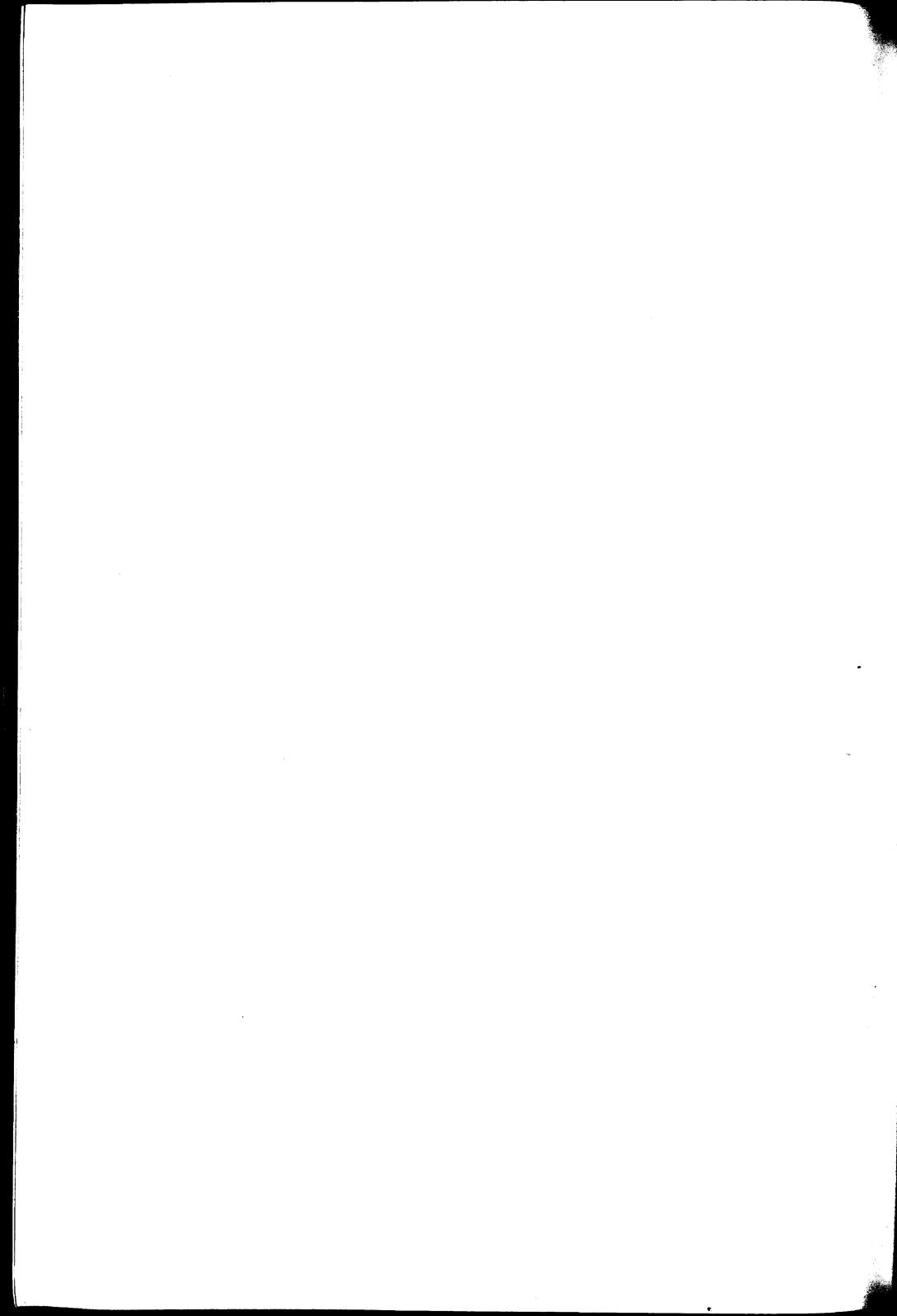
Diciembre 30: Hoy se constata movimientos, pero muy atenuados, habiendo recobrado sus fuerzas. Estado general muy bueno. No ha habido temperatura.

Diciembre 31: Movimientos muy poco acentuados; e inteligencia normal, apirética.

Enero 2 de 1915: Inyección de 2 c.c. $\frac{1}{2}$ d. sulfato de magnesia intrarraquídea.

Enero 5: Persisten sus movimientos, aunque no de una manera marcada, como anteriormente.

Febrero 5: Dada de alta, muy mejorada.



OBSERVACION IX

M. L. P., 7 años; ingresa a la sala iv el 26 de Diciembre de 1914. Servicio del Dr. Ortiz.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 34 años; madre de 25, son sanos. Han tenido cinco hijos, todos ellos vivos y sanos. Hay un aborto posterior al nacimiento de este enfermo. Antecedentes patológicos de familia no se consignan; la madre dice que el esposo es un poco nervioso.

Antecedentes personales. — Chica nacida a término, parto normal. Criada a pecho hasta los veinte meses; no ha tenido enfermedades infecciosas de la infancia. Está vacunada.

Enfermedad actual. — Refiere la madre que hace un mes y medio, después de un susto que sufrió la chica, la notó paulatinamente más nerviosa y bastante inquieta, consistiendo esta inquietud en

movimientos casi continuos de la boca y cuello de los miembros superiores e inferiores. No ha presentado ningún otro síntoma de importancia.

Estado actual. — Chica bien desarrollada, esqueleto bien constituido. Tórax ligeramente en carena. El examen físico de los pulmones y corazón nada de anormal. Hígado y bazo percutibles en su zona normal; no palpables. Abdómen nada que mencionar.

Lo que llama la atención en esta enfermita al examinarla son los movimientos coreicos de los miembros superiores e inferiores, de los párpados y cejas, y de los labios, acompañados de frecuentes rechamamiento de dientes. Los reflejos son normales, quizás un poco disminuidos. La marcha es buena, aunque un poco irregular por los movimientos involuntarios.

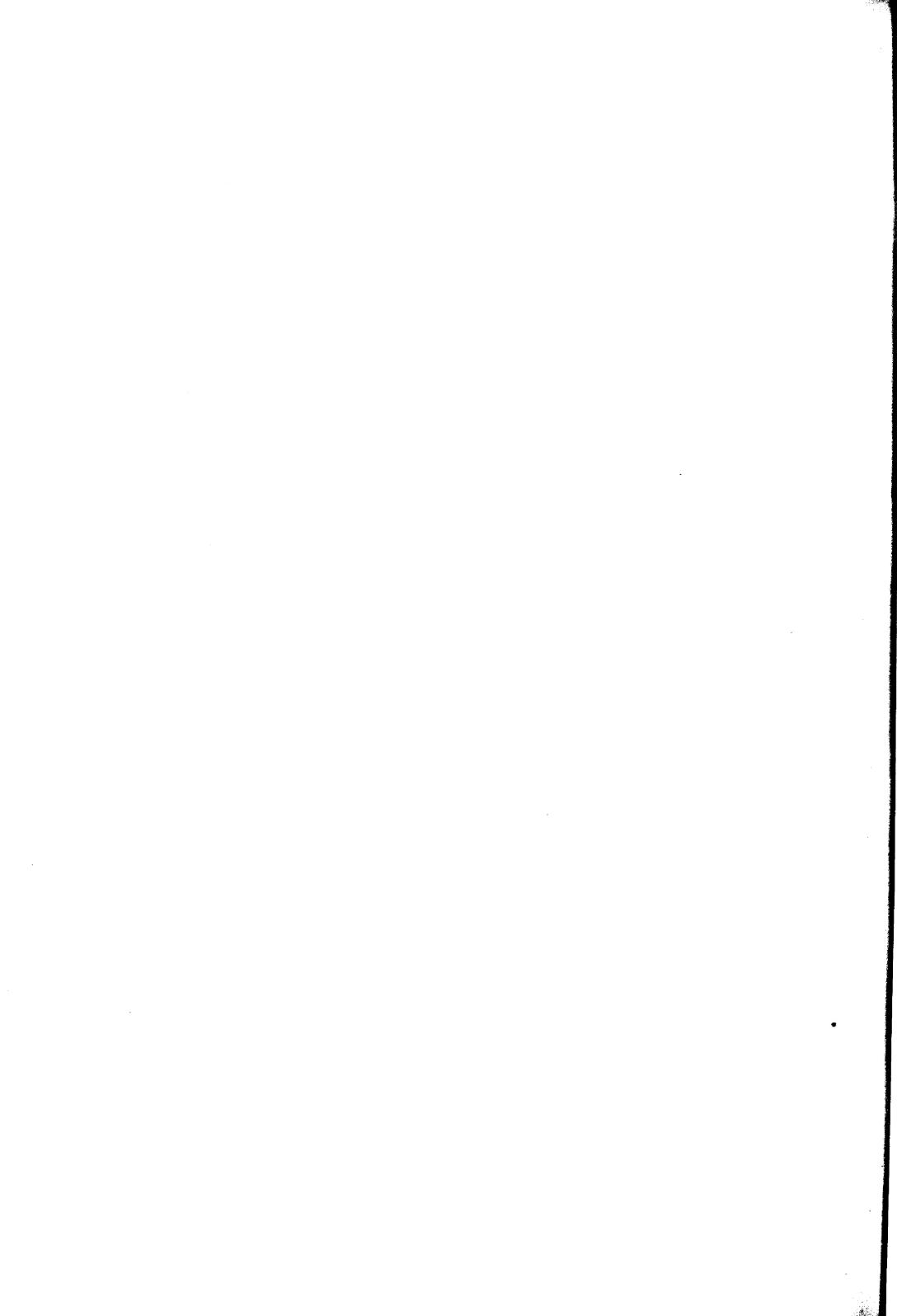
Diciembre 29: Inyección intrarraquídea de 2 c.c. de la solución de sulfato de magnesia al 25 o/o. Se nota, una media hora después de la inyección, una parálisis completa de los miembros inferiores y de los músculos del cuello, una paresia bastante acentuada de los miembros superiores, cuyos movimientos son marcadamente atáxicos. Abolición de reflejo rotuliano. Imposibilidad de articular palabras.

Diciembre 30: La chica ha recuperado sus

movimientos, siéndole posible hoy emprender una marcha, aunque un poco irregular. Persistencia de la abolición del reflejo rotuliano. La palabra es hoy bastante comprensible.

Diciembre 31: La niña sigue mejorando, sus movimientos han disminuido.

Enero 3 de 1915: Sale de alta en buenas condiciones.



OBSERVACION X

M. C., ingresa a la sala iv del Hospital de Niños el 14 de Febrero de 1915. Servicio del doctor Ortiz.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 49 años. Madre falleció de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales. — Criada a pecho hasta la edad de un año, habiendo tenido sarampión, escarlatina, tos convulsa.

Enfermedad actual. — Hace un mes y medio esta enferma con movimientos involuntarios que se extienden en todas sus extremidades.

Estado actual. — Aparato pulmonar: normal. Aparato cardíaco: normal. Abdómen: un poco tenso, no doloroso; hígado: no se palpa; bazo: no se palpa.

Presenta movimientos de flexión y extensión en sus extremidades, tanto superiores como inferiores; movimientos arítmicos, exagerándose cuando se le hace el interrogatorio. Dificultad para la marcha y palabra.

Febrero 18: Se le hace una inyección de 3 c.c. de sulfato de magnesia al 25 o|o, intrarraquídea. Como síntomas consecutivos a la inyección: vómitos, dolores intensos de cabeza, temperatura, paraplegia, en un estado somnoliento, sin poder articular una palabra.

Debo hacer constar que la inyección de sulfato de magnesia fué seguida de una inyección de clorhidrato de morfina de $\frac{1}{2}$ milígramo.

Febrero 27: La niña muy despejada, con un buen estado general, contesta a las preguntas; sus movimientos completamente disminuidos; hay dificultad en la marcha y palabra; apirética. Pulso: tenso, regular, se alimenta. Sistema nervioso: reflejos abolidos, sea el plantar, rotuliano y faríngeo.

Febrero 23: La niña sigue mejorando, contesta muy bien a las preguntas; reflejos aparecidos; marcha todavía dificultada; muy tranquila, no teniendo movimiento alguno; pero cuando se le ordena que escriba, llora, no pudiendo hacerlo.

Febrero 25: Continúa mejorando; movimientos escasos; dificultad para caminar, palabra y escritura.

Marzo 2: Sigue muy poco mejorada; marcha todavía dificultosa, empieza a articular algunas palabras, estando en reposo los movimientos cesan, pero al interrogarla se acentúan. Se prescribe gotas de licor Fowler.

Marzo 4: Como persisten sus movimientos se le hace una inyección de sulfato de magnesia al 25 o|o, intrarraquídea de 2 c.c., con inyección de morfina de $\frac{1}{2}$ c.c.

Marzo 8: Sigue mejorando.

Marzo 19: Se le hace una inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia de 2 c.c. de la solución al 25 o|o, cuya sintomatología es de vómitos, dolores intensos, dolor de cabeza, gran agitación, polidipsia.

Marzo 23: La niña sigue mejorando, cesando en algo sus movimientos. Ya puede articular algunas palabras; muy buen estado general; camina con cierta dificultad, pero menos que los días anteriores.

Al interrogarla sus movimientos se acentúan un poco más.

Abril 13: Continúa mejorando, los movimientos disminuyen poco a poco; contesta muy bien a las preguntas, camina casi sin dificultad; movimientos casi nulos. Comienza a escribir.

Mayo 8: La niña sigue bien, camina sin difi-

cultad, habla bien, han cesado sus movimientos.
Peso aumenta.

Mayo 15: De alta, mejorada completamente.

Se da de alta con un buen estado general, aumento de peso, cesación de todos los movimientos coreicos.

Como tratamiento, sulfato de magnesia en inyección intrarraquídea. Licor de Fowler.

OBSERVACION XI

A. R., de 8 años; ingresa al Hospital de Niños el 17 de Mayo de 1915. Servicio del doctor R. Cabrera.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. Padre de 33 años, madre de 27. Han habido dos abortos posteriores a la enferma.

Antecedentes personales. — Criada al pecho 18 meses, vacunada. No ha tenido nunca ni erup-tivos ni efecto-contagiosas. Gastro-enteritis tam-poco.

Enfermedad actual.—Los padres cuentan que que hace próximamente 25 días, época en la cual la niña hasta entonces estaba perfectamente bien, recibe una impresión fuerte al ser asaltada por un perro, y desde entonces empieza a mostrarse ner-viosa, inquieta, comiendo y durmiendo perfecta-mente bien. La inquietud se va acentuando poco a

poco, a medida que los días pasan, hasta llegar a estar en un movimiento continuo, sumamente excitada, excitación que no se calma con el sueño, saltando y moviéndose continuamente en la cama, llorando por causas nimias, con gran dificultad para comer, cayéndosele todo de las manos. Los brazos y cabeza están en un baile continuo, sin poderse dominar, haciéndose más exagerados cuando trata de reprimirla.

Estado actual. — Niña de buen desarrollo, buen estado de nutrición. La cara de la enferma, enrojecida y congestionada. En constante movimiento de todo su cuerpo, no puede estar tranquila un instante.

Los movimientos de tipo coreico se exageran y aumentan en intensidad. No le es posible tener un vaso de agua, como tampoco levantar su brazo sin hacer oscilaciones reducidas primero, exageradas después. En la cama permanece relativamente tranquila, pero al dirigírsele la palabra, es el toque para que todos sus nervios empiecen de nuevo su baile incoordinado. Reflejos bien conservados.

Aparatos circulatorio, respiratorio y rigestivo.
— Normales.

Tratamiento. — Mayo 18: Se hace inyección intrarraquídea de 2 c.c. de sulfato de magnesia at

25 o|o, previa extracción de 5 c.c. de líquido. A los 20 minutos, próximamente, la niña, que hasta entonces ha estado en un estado de sobreexcitación grande, empieza a quedar más tranquila, notándose un comienzo de disminución de la sensibilidad en ambos miembros inferiores, que se acentúa poco a poco, hasta hacerse completa algunos minutos después, quejándose de un dolor fuerte de cabeza. A la hora la paresia de los miembros es completa. La cefalea aumenta en sumo grado. Hay elevación térmica. La paraplegia continúa con pérdida de sensibilidad completa toda la noche. La enferma está muchísimo más tranquila.

Mayo 20: La paraplegia y anestesia cutánea desaparecen por completo, notándose en la enferma una notable mejoría, encontrándose sus movimientos enormemente reducidos, y muy tranquila; mueve bien sus extremidades. No ha habido vómito, ni trastorno de otra naturaleza.

Mayo 25: La temperatura desciende a 37°. La niña ha disminuido bastante sus movimientos, está relativamente tranquila. Camina con bastante soltura en relación a su ingreso. La escritura hasta ahora no se ha modificado mayormente.

Mayo 30: Se hace nueva inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia al 25 o|o de 4 c.c.

Junio 1.º El tratamiento parece no haber modificado mayormente el estado de la enferma, si

bien están un poco más tranquila, no habiendo temperatura, ni dolores de cabeza.

Junio 4: Sigue en el mismo estado.

Junio 26: Ha seguido mejorando paulatinamente, estando ahora mucho más tranquila. Se hace levantar.

Julio 2: Sigue mejorando. Tratamiento cacodilato soda 0,05 ctgms. en inyecciones diaria.

Julio 15: De alta, retirada, casi sin su corea.

OBSERVACION XII

T. M., de 9 años; ingresa al Hospital de Niños el 26 de Junio de 1915. Servicio del doctor R. Cabrera.

Antecedentes hereditarios. — Padre de 53 años, ha sido siempre muy sano. Madre de 47, que a los 35 sufre de un reumatismo articular agudo, que al cabo de un mes cura radicalmente. Han tenido 12 hijos, de los cuales viven 9, todos sanos. No ha habido abortos.

Antecedentes personales. — Criada al pecho 18 meses, vacunada, no ha tenido gastroenteritis; sarampión a los 4 años, bien curado. Luego ha sido siempre sana hasta su

Enfermedad actual, que comienza hacen 2 meses, a raíz de un susto que recibe en el campo, siendo amenazada con una escopeta, al día siguiente de lo cual se levanta en estado de sobreexcitación, con

su inteligencia clara, con algunos movimientos involuntarios atribuidos a la misma nerviosidad, diciendo la madre que todo desaparecía durante el sueño, que era bien tranquilo. Paulatinamente la niña cambia de carácter, haciéndose caprichosa, llorando a la más mínima contradicción o mandato, exagerándose poco a poco sus movimientos, que siendo primero de las manos y de las piernas, hasta el punto de que actualmente no puede estar quieta un momento, en un baile desordenado, así como su carácter, que se ha hecho poco menos que insoponible.

Estado actual. — De buen desarrollo esquelético, regular estado de nutrición, presenta movimientos coreicos exagerados en todo su cuerpo, siéndole imposible el permanecer tranquila un momento. Obsérvase contracciones exageradas tónicas y clónicas generalizadas, en un estado bastante avanzado.

Aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo. — Normales. Reflejos exagerados. Ojos reaccionan bien a la luz y a la acomodación. No hay zonas de hiperestesia y anestesia.

Tratamiento y observación. — Junio 27: Estando en ayunas se le hace una inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia al 25 o/o (esterili-

zado), de 3 c.c. Pocos momentos después acusa dolores de vientre, exaltándose luego todos sus movimientos coreicos por espacio de 15 minutos, quedando después muy tranquila, hasta el punto de que apenas se nota pequeñas oscilaciones de sus manos y antebrazos. A las 11 horas, dolores de cabeza, que se hacen fuertes. Hay ligera disminución de sensibilidad cutánea de ambos miembros inferiores. Temperatura: 38°.

Junio 29: La niña sigue mejor, los movimientos coreicos han disminuido, habiendo una pequeña paresia en las extremidades inferiores, con pérdida de los reflejos. Sólo se observa pequeñas gesticulaciones de los labios, también la niña hoy habla y se alimenta regularmente, no pudiéndolo hacer los días anteriores; inteligencia normal. La escritura no nos puede decir nada, se pide un examen de orina y líquido céfalorraquídeo antes de la inyección.

Junio 30: La niña sigue mejorando considerablemente, sus movimientos han disminuido, se levanta sola, ya no tiene los movimientos que tenía antes sus extremidades inferiores; gesticulaciones muy pocas; habla y se alimenta bien. Temperatura: 37°5.

Tratamiento. — Inyección intrarraquídea de 3 c.c. de sulfato de magnesia al 25 o/o (esterilizado).

Julio 2: Sigue mejorando, la niña empieza a caminar, se alimenta muy bien, muy pequeños movimientos de las extremidades superiores y ligeras gesticulaciones de la lengua y cara; apirética. Los efectos producidos por la inyección fueron nulos, sólo ha acusado una polidepsia intensa.

Julio 4: Inyección intrarraquídea de sulfato de magnesia al 25 o/o, de 3 c.c.

Julio 7: La niña sigue mejorando, los movimientos han desaparecido cuando está tranquila, pero al interrogarle todavía persisten.

Tratamiento. — Inyección de cacodilato de soda, una diariamente.

Agosto 8: Persisten ligeramente sus movimientos coreicos. Ha estado levantada desde hacen 15 días, sin influir mayormente en su estado de cosas. Come bien, duerme bien, pero su corea persiste.

Conclusiones

Haciendo una síntesis de los casos presentados podemos sacar las conclusiones siguientes:

1.º El sulfato de magnesia tiene una acción cierta en la corea de Sydenham.

2.º Su empleo debe reservarse especialmente a las formas intensas y a las formas crónicas.

3.º Cuando agotados los otros tratamientos de acción también cierta, debe tentarse el tratamiento por el sulfato de magnesia.

4.º Las dificultades que a veces presenta la punción lumbar en el coreico, pueden ser vencidas con paciencia, siendo éstas aún mayores en otra afección, como el tétanos, en el cual hasta se ha recurrido a la anestesia general, que hasta hoy no ha sido necesario aplicarla en caso de corea.

5.º Es éste un tratamiento activo y útil, pero no exento de peligro por los accidentes serios que

se registran en algunos casos publicados, lo que obliga al médico a ser parco en su aplicación y parsimonioso en las dosis.

José Luciano Acuña.

Bibliografía

- Acuña Mamerto.* — Tratamiento de la corea por las inyecciones intra-raquídeas de sulfato de magnesia. — *Semana Médica*, núm. 50. — 1914.
- Charcot, Bouchart y Brisaud.* — *Traité de Médecine.*
- Collet.* — Patología interna.
- Dieulafoy.* — *Pathologie interne.*
- J. Garachet y J. Comby.* — *Maladies de l'enfance.*
- Gaillard Paul.* — De la valeur du sulfate de magnésie en therapeutique, ses propriétés purgatives en inyección hypodermique. — Tesis de Paris. — 1912.
- Hutinel.* — *Maladies des Enfants.*
- Hitce e Iribarne.* — Tratamiento de la corea por el sulfato de magnesia. — *Archivos Latino-Americanos de Pediatría*. N.º 6. — 1913.
- Marinesco.* — Tratamiento de la corea de Sydenham por las inyecciones intrarraquídeas de

- sulfato de magnesia. — Semaine Medical. —
Noviembre, 1908.
- Martignon.* — Traitement du tétanos par les in-
jections intra-rachidiennes de sulfato de mag-
nesie. — Tesis de Paris. — 1908.
- Meltzer y Auer.* — Inhibitory and anesthetic pro-
perties of magnesium salt. — Med. Record.
— 14 Diciembre, 1905.
- Molina.* — Corea de Sydenham. — Tesis de Buenos
Aires. — 1905.
- Paoli.*—Les injections intra-rachidiennes de sulfate
de magnésie dans le traitement du tétanos con-
firmé. — Tesis de Paris. — 1909.
- Schmidt.* — Química farmacéutica.



Buenos Aires, Abril 25 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, al profesor titular Dr. José A. Esteves y al profesor suplente Dr. Fernando Schweizer para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

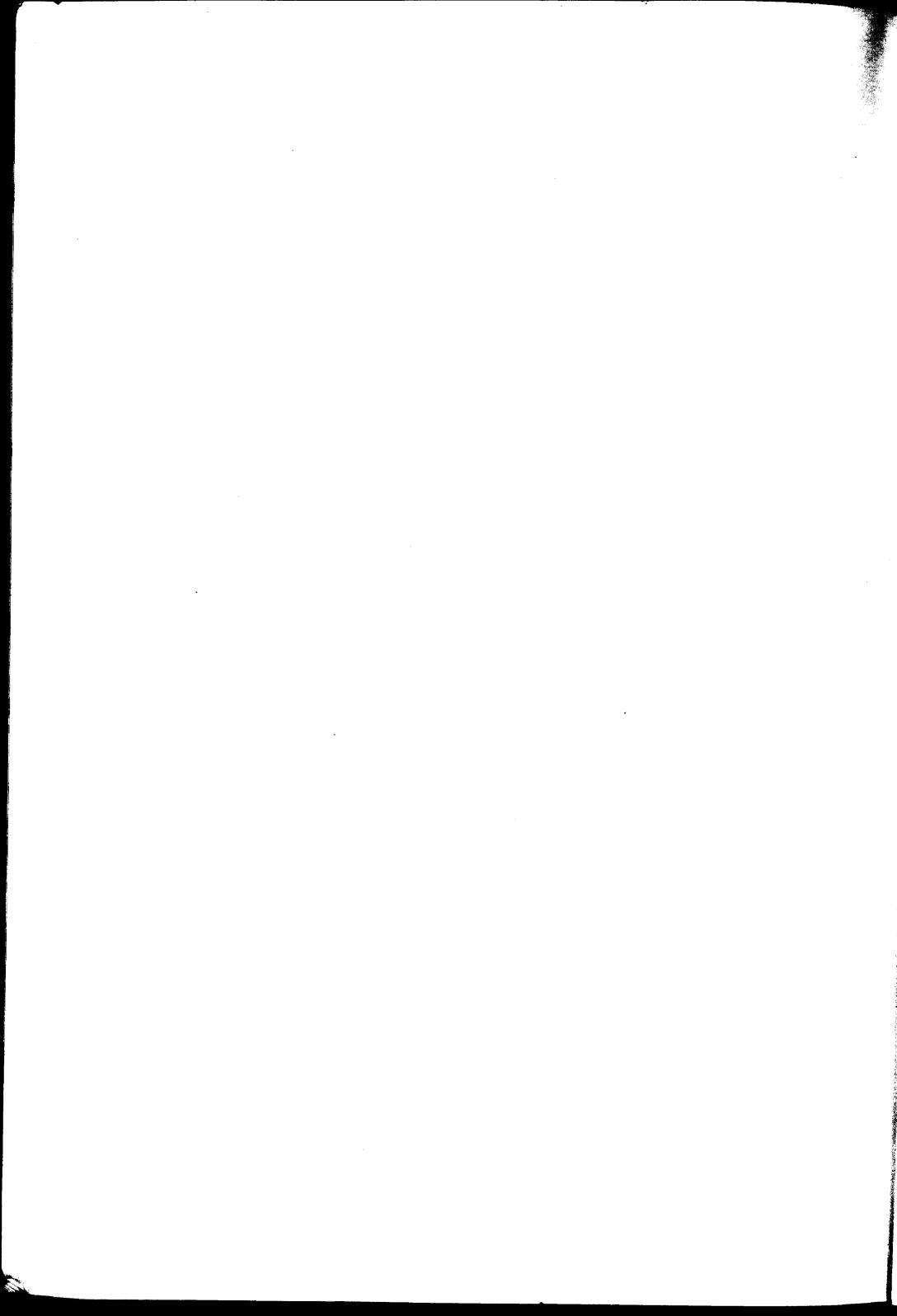
J. A. Gabastou.
Secretario

Buenos Aires, Mayo 6 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3098 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cómo y por qué mueren a veces los coreicos?

G. Aráoz Alfaro.

II

La evolución y la duración de las observaciones clínicas presentadas no autorizan a preconizar el empleo del sulfato de magnesia en la corea.

J. A. Esteves.

III

Vinculaciones entre el reumatismo y la corea de Sydenham.

F. Schweizer.

30556



