

algunas fibras aisladas. A este propósito, F. Franck hace observar que teniendo el músculo cardíaco todas sus fibras sinérgicas, no puede existir una disociación como la expuesta en la contracción. Así es que este autor se inclina á explicar el trastorno por la acción del nervio pneumogástrico. Bajo la supuesta influencia de una excitación directa, este nervio provocaría una relajación del miocardio, por disminución ó por pérdida del tono de los músculos papilares, y de ahí la dilatación del corazón (soplo), así como la aritmia, respondiendo el corazón según los instantes, mucho ó muy poco, con lentitud ó muy deprisa, á la excitación. Ya veremos que, como ha demostrado Ollivier, algunos casos de muerte repentina en la corea, pueden achacarse á la localización cardíaca.

2.º a) La *endocarditis reumática* es la que aparece en la corea, en el mayor número de casos de lesiones cardíacas. El máximo de frecuencia de estas lesiones se observa hacia la edad de siete á ocho años y entre las consecuencias de la endocarditis, la que más se presenta es la insuficiencia mitral. En todo caso, es muy difícil saber si las lesiones se han desarrollado antes ó durante el ataque de corea. Esta cuestión tendría, sin embargo, una gran importancia pronóstica, pues, según J. Simón, si la cardiopatía ha precedido á la corea, permanece en el estado en que estaba, en tanto que si se desarrolla en el descenso de la neurosis, se mejora y cura todo lo posible.

Lo más común es que la evolución de la cardiopatía se verifique de la manera siguiente: Poco después de principiar la corea, el enfermo se queja de dolores en una ó varias articulaciones y en la auscultación se comprueba un soplo sistólico. Después se pueden observar los signos de distintas alteraciones orificiales. Cuando no existen síntomas funcionales ó generales de la endocarditis, nos apoyaremos, para admitir la existencia de una lesión, en los caracteres del soplo, su constancia, su localización, su propagación. La válvula mitral está casi constantemente afectada, al revés de lo que sucede con el orificio aórtico.

b) Una de las observaciones más demostrativas de la inminencia de una endocarditis *infecciosa* no reumática en el curso de la corea, es la de Leredde (1). Se trataba de un niño de cuatro años y medio, sin antecedentes reumáticos, que hacia el día quince de una corea clásica, tuvo fiebre, y presentó en la auscultación signos de endocarditis (lesiones mitral y aórtica), y al mismo tiempo otros fenómenos de infección (hepato y esplenomegalia, albuminuria). El examen bacteriológico de la sangre, recogida durante la vida, mostró la presencia del *stafilococcus albus*.

En otro caso citado por Triboulet, el examen de las lesiones pericardíacas halladas en la autopsia de un individuo coréico, reveló la presencia del *stafilococcus*, aun cuando el niño era reumático.

Según esto, parece que existe en la corea una forma particular de la cardiopatía de origen infeccioso; los documentos que no dejarán de recogerse posteriormente, explicarán sin duda las obscuridades que reina aún respecto del particular (2).

(1) Leredde, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1.º Mayo 1891.

(2) Para Sturges (*The Krindred of Chorea; The American journal of the medical sciences*, n.º 286, p. 578, XII, 1891), la endocarditis es la lesión que demuestra mejor las relaciones de la corea con el reumatismo, porque se ha hallado casi siempre en las autopsias, y á su juicio la *endocarditis coréica*

3.º Se concibe perfectamente, dada la gran frecuencia de la *clorosis* en los coréicos, que se pueda comprobar en ellos un soplo anémico en el corazón. Importa tan sólo reconocerlo distinguiéndole de los demás sonidos morbosos que hemos mencionado anteriormente, porque hay en este diagnóstico un interés pronóstico de primer orden. Las dificultades pueden depender de que el individuo que tiene el soplo anémico haya sido afectado anteriormente de reumatismo. Sea lo que fuere, á menudo se da cuenta de la existencia de semejante soplo, comprobado á la entrada de los enfermos en el Hospital y que ha desaparecido ya cuando el enfermo sale de dicho Asilo. Los soplos anémicos no son influidos por la corea cuando coexisten; son sistólicos, suaves, las más de las veces localizados en la base y acompañados de soplos musicales del cuello. Su papel tiene importancia tan sólo porque son capaces de simular con mayor facilidad, en el caso particular, las lesiones orgánicas del corazón.

Los *diversos aparatos orgánicos* están ó no afectados en la corea común, excepto en caso de complicaciones. Trousseau ha referido trastornos de las funciones digestivas, que consisten en la disminución del apetito y dificultad en la digestión, que puede llegar hasta el embarazo gástrico, é insiste en la constancia del estreñimiento. Las secreciones mismas, especialmente la de la orina, permanecen en sus límites normales.

El *estado general* está, sin embargo, rara vez indemne; hay las más de las veces una anemia, que se ha llamado especial, y hemos visto que, en virtud de su constancia, se le había atribuído la génesis de la afección. Sin embargo, tiene los caracteres habituales de la cloro anemia.

La *fiebre* puede presentarse en distintas circunstancias en el curso de la corea. Ante todo, forma parte del cuadro del *estado de enfermedad coréica*; además, resulta en ocasiones de la mezcla de una *complicación* — *pirexia eruptiva*, manifestación cardíaca; — por último, se la observa casi siempre, según Julio Simón, *aparte de estas causas originales* y de toda otra localización esplégnica. No obstante, debemos decir que en los casos en que la fiebre se ha presentado en los coréicos leves en estas condiciones—casos que han invocado en apoyo de la teoría infecciosa de la corea, y que son aún excepcionales—ninguno nos ha parecido completamente claro.

Es interesante saber si en la corea se encuentra confirmado el antiguo adagio, «*febris intercurrentes spasmos solvit*» es decir, si la presencia de las enfermedades febriles intercurrentes, hace desaparecer las convulsiones. A este propósito, las observaciones son muy contradictorias y estas contradicciones han sido ya notadas por Sée. Este autor ha observado que si se hallan ejemplos de coreas, cuyos síntomas se suspenden durante el transcurso de un exantema para volver después á presentarse ejemplos que demuestran el fundamento de la fórmula hipocrática, existen otros en que esta fórmula falta en absoluto. El examen de 70 casos le ha demostrado, que si la fiebre sobreviene en el momento del *decrecimiento* de la corea, los movimientos no tardan en desaparecer, en tanto que la corea sigue las vicisitudes (aumento, estadio, decrecimiento) de

puede ser distinguida clínica y anatómicamente de la endocarditis reumática. Esta confirmación demuestra que las dos afecciones están unidas patológicamente, pero no que una sea expresión de la otra. Ambas son miembros de una familia común, el artrismo, y su parentesco, se explica por el común origen de donde proceden.

la fiebre cuando ésta se presenta al principio de los espasmos. J. Simon, ha desarrollado conclusiones enteramente análogas, en virtud de las cuales, la fiebre exageraría ó disminuiría los movimientos coréicos, según que afectara el coréico en el período de estadio ó de decrecimiento. Triboulet ha hallado también hechos contradictorios. Nos ha parecido que una observación reciente de Lannois (1) permite explicar, hasta cierto punto, estas contradicciones.

Habiendo observado dicho autor en una *epiléptica* que desaparecían temporalmente las crisis convulsivas, durante el curso de una erisipela y un aumento considerable de los mismos accesos durante una fiebre tifoidea, pensó que no es la elevación de la temperatura la que obra sobre los espasmos, sino más bien las toxinas de sus microbios respectivos. Puede que suceda lo propio en lo que respecta á las convulsiones de la corea.

FORMAS.—La corea de Sydenham presenta dos formas que se pueden distinguir apoyándose en la intensidad y gravedad de la afección: la corea común de mediana intensidad, es la corea *grave*, aguda, que origina el síndrome que Charcot ha llamado *estado de enfermedad coréica*, comparándolo con el que se observa en la epilepsia. Entre ambos extremos pueden observarse todos los estados intermedios. Desde el punto de vista de la frecuencia relativa de ambas formas, la corea grave es la más rara. En la descripción hemos tenido presente, sobre todo, la corea ordinaria.

En la corea *grave*, se observa desde el principio una extraordinaria agitación, que obliga á los enfermos á guardar cama y hasta no es retenido en ella sino con grandes dificultades. El sueño es agitado, corto y muchas veces desaparece por completo. Al propio tiempo que se observa la continua agitación de los miembros, el enfermo se golpea, produciéndose flemones y escoriaciones que provocan supuraciones y erisipelas. Sin embargo, no es debida á estos accidentes, que bastan por sí solos para acarrear la muerte, la *terminación fatal*. La fiebre se presenta así como un delirio maniaco intermitente, disminuyendo entonces los movimientos coréicos y sobreviniendo la muerte en medio de fenómenos comatosos. Este conjunto sindrómico se parece, desde el punto de vista clínico, al que se presenta en ciertos casos de ataques graves de epilepsia, de donde viene el nombre de *estado de enfermedad coréica* que ha propuesto Charcot para designarlo.

Complicaciones. — Ya hemos tenido ocasión de indicar diversas complicaciones de la corea, ó por lo menos, considerar como tales, varios de sus signos, ciertas formas del estado mental y de las cardiopatías, atribuidas á la misma.

Hemos dicho que los *traumatismos* á que se habrá expuesto al coréico, eran capaces de producir contusiones, heridas y flemones con todas sus tristes consecuencias.

La *adinamia*, dependiente del agotamiento del sistema nervioso, predispone al enfermo efectivamente á las infecciones secundarias, contra las cuales es difícil luchar con una rigurosa antisepsia.

A veces, es casi imposible decidir, á causa de esta eventualidad, si en caso de que existan *artropatías*, se trata de las artropatías nerviosas de Joffroy, del verdadero reumatismo articular, ó por último, del pseudo-reumatismo infeccioso.

(1) Lannois, *Épilepsie et fièvre typhoïde. Revue de médecine*, 10 Junio 1893, n° 6, p. 492.

Sin embargo, la invasión del *reumatismo poli-articular agudo* verdadero, con localizaciones endo ó pericardiacas, es una eventualidad cierta y relativamente común en el curso de la corea.

Se conocen, empero, casos en los que todos los signos de una *endocarditis infecciosa* han aparecido sin relaciones con este reumatismo.

Entre las *fiebres eruptivas* que complican la mayor parte de las veces la corea, se pueden citar: la escarlatina, el sarampión, la varioloides y la neumonía.

Añadamos que la corea se asocia, en un gran número de casos, al *histerismo*, á veces á la *epilepsia*, y casi siempre, según Joffroy, con signos de la degeneración nerviosa hereditaria.

MARCHA.—DURACIÓN.—TERMINACIÓN.—RECIDIVAS.—La *marcha* de la corea de Sydenham es irregular y relativamente caprichosa. Después que se han presentado bruscamente en seguida de una emoción, ó poco á poco, los movimientos incoordinados que llegaron á su período de estado, no persisten con la misma frecuencia y la misma intensidad durante toda la enfermedad, sino que, por el contrario, hay casi constantemente alternativas de mejoría y agravación. Cuando sobreviene la mejoría, como es lo general, la convalecencia es insidiosa. Los movimientos empiezan á desaparecer en los miembros inferiores, después en los superiores, tardando más en la cara, donde, por último, no se presentan ya espontáneamente, sino después de algunos esfuerzos.

La *duración* media de la enfermedad en las formas ordinarias no complicadas, varía entre las seis semanas y los cuatro meses. La duración de uno á dos meses, es la más frecuente (Barthez y Sanné). La *terminación* ordinaria es la completa *curación*. A veces, cierta susceptibilidad nerviosa, un grado ligerísimo de apatía intelectual sobreviene durante algún tiempo; pero, por lo general, no tardan en desaparecer. En ciertos casos, también excepcionales, la corea de Sydenham se hace *crónica* é incurable.

Por último, la *muerte* es producida á veces por la corea. Desde el punto de vista de la frecuencia de esta terminación, parece, según las estadísticas reunidas por Guillemet (1), que la muerte puede sobrevenir en el 25 por 100 de los casos; rara vez se observa en la corea infantil, tan sólo en los individuos que han pasado de la pubertad.

En cuanto á las causas de la muerte, no se puede achacar á la corea misma, más que un corto número de casos; casi siempre son debidas á las complicaciones, y especialmente á las complicaciones cardíacas.

Se han mencionado casos en los cuales la muerte sobreviene *repentinamente*, aun cuando no hay nada que la haga prever. Se trata entonces de la corea de mediana intensidad y sin complicaciones: la autopsia no revelaba ninguna lesión. Son hechos excepcionales que importa conocer. Cuando la muerte es imputable á la *corea misma*, ésta hace su evolución con gran agudeza. Los movimientos se generalizan, son muy intensos, y se observa el síndrome del estado de la enfermedad: agitación, insomnio, delirio, contracción de las pupilas, trismo, opresión, y elevación de temperatura, que puede llegar hasta los 42 grados. Se ha achacado, en estos casos, al agotamiento nervioso.

Pero, como ya lo hemos dicho, casi siempre las *complicaciones cardíacas* son

(1) Guillemet, De la mort dans la chorée de Sydenham. Thèse de Paris, 1893.

responsables de la terminación fatal. Estas se presentan, bien en una corea grave, bien en el curso de una corea de regular intensidad: dependen del reumatismo, en el mayor número de casos; á veces, de una infección sanguínea indeterminada, y consisten, por lo general, en la endocarditis vegetante. Se han observado también: la asistolia, la pericarditis y la miocarditis.

Entre las complicaciones más raras capaces de acarrear la muerte, citaremos, además de la *hemorragia cerebral*, las *enfermedades infecciosas* intercurrentes, y sobre todo las infecciones secundarias — erisipela, septicemia — que dependen de las heridas producidas por los movimientos.

Las *recaidas* son frecuentísimas en la corea, y á su desconocimiento se deben atribuir, sin duda, los casos de excesiva duración — ocho, diez meses — que se han citado, y que no pueden incluirse en la corea crónica.

Hace tiempo que los autores han insistido en el número de *recidivas*, que constituyen un carácter importante de la corea. Estas sobrevienen una ó varias veces (una á siete veces) y se observan en un tercio próximamente de los casos. El intervalo que les separa, varía de algunos días á dos, tres, diez años. A menudo se reproducen anualmente. Según Sée, presentan la particularidad de seguir una ley decreciente continua y constante: «el primer ataque se prolonga, por lo regular, ciento treinta y nueve días, ó dos veces más que las coreas que no han de recidivar; el segundo dura, por lo común, ochenta días; en tanto que el tercero no es de ordinario más que de cincuenta y cinco días». Esta ley no es absoluta, y conviene saber que las recidivas han originado coreas graves del embarazo y hasta coreas crónicas.

La corea de Sydenham se *asocia* muy á menudo á distintas neuropatías. Muchas veces los coréicos son al mismo tiempo histéricos (1), y esto hasta el extremo de que se ha llegado á pensar si la corea misma, no sería una manifestación del histerismo (Marie, Lannois). La corea se ha observado muy á menudo también en los epilépticos, y algunas veces en el curso del bocio exoftálmico. Por último, coexiste habitualmente con los signos de degeneración hereditaria, psíquicos ó físicos.

PRONÓSTICO. — El pronóstico es benigno en la mayor parte de los casos, y puede decirse que por lo menos en los niños menores de diez años, la curación es lo ordinario. A medida que se pasa de la pubertad, las reservas son indispensables, pues la gravedad de la corea aumenta. En efecto, se ha observado que cuanto más nos aproximábamos á la edad adulta, más á menudo se hallaban coreas agudas, mas había que temer el período de estadio del mal, así como la tendencia á la cronicidad.

La intensidad de la agitación, la generalización de los movimientos en lo que á la enfermedad se refiere, la gravedad de los estigmas nerviosos hereditarios y de los signos personales de degeneración, en lo que al enfermo atañe, son indicios de malignidad que se tendrán en cuenta para apreciar la enfermedad.

El pronóstico puede, en último caso, modificarse mucho, según cuales sean las complicaciones cardíacas que sobrevengan, y es sabido que son responsables de las terminaciones funestas.

(1) La corea de Sydenham y el histerismo, pueden hacer al propio tiempo su evolución; por otra parte, el histerismo suele simular los movimientos de la corea (corea aritmica histérica).

DIAGNÓSTICO. — Aparte de la *corea aritmica histérica*, y en ocasiones de la *enfermedad de los tics*, hay pocas afecciones que puedan ser confundidas con la corea de Sydenham.

Los *temblores tóxicos*, histéricos, de la esclerosis en placas, están perfectamente caracterizados por la regularidad y el ritmo, la escasa extensión de sus oscilaciones que no se asemejan en nada á los movimientos irregulares, no rítmicos, amplios de la corea.

La *ataxia estática* que se observa en la enfermedad de Friedreich, cierto que se reconoce por las sacudidas irregulares, pero éstas no se manifiestan más que en los casos en los que las partes afectadas no tienen puntos de apoyo. Además, los distintos signos de la ataxia hereditaria, el nistagmus, la dificultad de la palabra, la pérdida de los reflejos rotulianos y su evolución, no permiten que se vacile mucho tiempo en el diagnóstico.

En la *variedad coreiforme* de la astasia-abasia, un ligero examen bastará para reconocer que los trastornos motores de aspecto coréico se manifiestan exclusivamente durante los actos relativos á la estación y á la marcha, desapareciendo completamente durante el reposo.

En cuanto á la *atetosis doble*, aparte de que por lo regular es congénita, su evolución crónica no permite en modo alguno equivocarla con la corea crónica, con motivo de la cual volveremos á ocuparnos de este asunto.

A menudo será más difícil distinguir la *enfermedad de los tics*; en este caso se reconoce por la brusquedad y rapidez de los movimientos, su repetición y, sobre todo, su aparente coordinación. Sábese que estas convulsiones, más ó menos exageradas, representan cierto número de gestos, en su mayor parte reflejos. Además, sobrevienen más bien por accesos y la voluntad puede detenerlos momentáneamente, permitiendo que se realicen determinados actos. No sucede lo mismo con la corea, cuyos movimientos, menos bruscos, no se asemejan unos á otros, son completamente incoordinados, se presentan de un modo continuo y están lo suficientemente influídos por la voluntad para oponerse á las funciones de los miembros.

En lo que concierne al estado mental, estos desórdenes, que recuerdan los *síndromes episódicos de los degenerados*, no tienen gran valor, puesto que sobrevienen igualmente en una y otra afección. Sin embargo, son mucho más frecuentes en la enfermedad de los tics. La evolución es lo único que resuelve la cuestión.

La *mioclonia*, las falsas coreas, el paramioclonus especialmente, cuyos movimientos participan de la brusquedad de los tics y de la incoordinación de los de la corea, se reconocerán por la instantaneidad y escasa intensidad de sus sacudidas, que fijándose en pocos músculos, no producen más que débiles movimientos, porque la distribución afecta rara vez los músculos de la cara y del cuello por la influencia de la ejecución de los movimientos voluntarios que los detienen, y por la posibilidad de sus convulsiones, provocadas por excitaciones diversas.

Entre las *coreas sintomáticas*, la *hemicorea* post-hemipléjica no conduce á error, á menos que no se examine de un modo superficial, aun en los casos de corea de Sydenham de forma hemipléjica. En efecto, es consecutiva á una hemiplejia, ordinariamente infantil, que va acompañada á menudo de atrofia

muscular y de trastornos mentales, á veces de accesos epileptiformes y siempre de marcada exageración de los reflejos tendinosos.

No sucede lo mismo con las coreas sintomáticas del *histerismo*, sino con la *corea rítmica*, que procede por accesos de movimientos semejantes entre sí y relativamente coordinados, por lo menos de la *corea arítmica histérica*. La corea arítmica histérica ha sido estudiada recientemente. Se reúnen con este nombre los casos en los cuales el histerismo afecta la forma de la corea y la simula en todas sus formas, y por esta sola definición se comprenderá las dificultades que pueden existir para reconocer la corea verdadera de la simulada. Sin embargo, en este último caso el principio es á menudo brusco y á veces á consecuencia de un ataque histérico los movimientos son ya provocados, ya detenidos mediante la presión de ciertas regiones; la afección histérica adquiere además, de pronto, el máximo de intensidad y está exenta de las complicaciones artropáticas y cardíacas de la corea de Sydenham. Por último, es raro que se presente sola, es decir, sin una escolta de accidentes histéricos variados: ataques convulsivos ó estigmas permanentes.

TRATAMIENTO.—No se conoce medicamento alguno que sea *específico* de la corea, de suerte que, lo mismo que sucede en todas las circunstancias análogas, se han empleado un gran número de medios terapéuticos contra ella con éxito distinto. Su variada y contradictoria enumeración sería muy capaz de embarazar al práctico.

Hay cierto número de procedimientos de carácter más bien *higiénico*, que son útiles en todos los casos, y que citaremos desde luego, porque bastará emplearlos *solos*, cuando nos hallemos ante coreas *infantiles ligeras* que no necesiten más que tiempo para curarse.

En una segunda categoría de casos, *coreas de mediana intensidad*, que inquietan por su duración ya que no por su gravedad, se podrán poner en juego medicaciones conexas que parece que han producido resultados bastante favorables, por lo general, y cuyo valor comparativo examinaremos.

Las *coreas graves agudas* necesitan, en último término, medidas en cierto modo especiales que habremos de exponer.

El *reposo* se impone en todos los casos á los niños coréicos; se les sacará de la escuela si es que asisten á ella, y se les dispensará de todo trabajo intelectual. Se les prescribirá el *aire libre*, el campo, un ejercicio conveniente; la *alimentación* será más bien ligera, compuesta de substancias de fácil digestión y con preferencia la leche, huevos, carnes á la parrilla, legumbres verdes y grasas. Se les aconsejará que, en lo posible, lleven una *vida tranquila*, aislada, regular. Se prescribirá los *ejercicios* corporales: los paseos largos, equitación, bicicleta.

Las *prácticas hidroterápicas* convienen en todos los casos de este género y son, al propio tiempo, las únicas que deben mandarse en las formas muy ligeras. A este propósito, la ducha fría no se aconsejará hasta que el niño tenga más de siete años. Se dará en la forma de chorro de lluvia aplicado por todo el cuerpo y de una duración que no exceda de $\frac{1}{4}$ de minuto. En los niños más pequeños, nos limitaremos á las lociones con esponja «sponge-bath» con agua salada ó la envoltura en la sábana mojada. Se cubre el cuerpo del enfermito con una sábana empapada en agua fría, no muy retorcida á fin de que gotee.

Se frota con ella toda la piel, hasta que el niño se reaccione y se le enjuga en seguida con otra sábana seca. Por último, á veces bastará dar tres baños generales tibios, por semana.

Al propio tiempo que las prácticas hidroterápicas, será útil recomendar la *gimnasia* metódica, ejercicios de fuerza y no de agilidad, pero solamente después del período de estadio. Si el niño es clorótico, se añadirán á estas prescripciones el uso de los *preparados marciales*: protoxalato de hierro en píldoras de 0,05 centigramos.

Además de todo esto, cuando la corea es generalizada, la agitación es grande y no tiende con la rapidez suficiente á la mejoría; se ha preconizado la administración metódica de distintos *medicamentos*, entre los cuales sólo el salicilato de sosa, el arsénico y la antipirina prestan verdaderos servicios en tanto que el tártaro estibiado, la estriquina, el sulfonal y la exalgina están casi completamente abandonados. Pasaremos revista rápida á estas últimas substancias.

La medicación por el *tártaro estibiado* á altas dosis, se ha empleado sobre todo por Gillette (1857), después por Roger (1864). El tratamiento consiste en varias series que comprenden cada una tres días, separadas cada una por tres á cinco días de intervalo. El primer día se dan de 20 á 25 centigramos, se dobla la dosis en el segundo día y se triplica en el tercero. Esta violenta medicación no tiene más que un valor histórico.

El tratamiento por la *estriquina* se formuló en 1841 por Trousseau, que daba jarabe de sulfato de estriquina (5 centigramos de sulfato por 100). La dosis era de tres cucharadas de las de café al día, aumentando sucesivamente hasta 100 ó 120 gramos de jarabe. Se observan casi siempre en estos casos, fenómenos estríneos (sacudidas musculares, rigidez de la mandíbula y de los miembros). Los peligros á que expone este tóxico no compensan las ventajas que se obtienen con su administración.

El *sulfonal* á la dosis diaria de 0,34 á 0,90 centigramos, ha dado buenos resultados á Jeffries (1), pero no debemos olvidar que este cuerpo no puede prescribirse mucho tiempo seguido, sin exponerse á provocar accidentes.

Læwenthal (2) ha tratado 15 casos de corea por la *exalgina*. La daba á dosis de 0,20 centigramos tres veces al día, y en algunos enfermos cinco veces en agua caliente azucarada. Los resultados fueron excelentes, pero en modo alguno superiores á los que han dado los otros medicamentos; además, se comprobó una ligera ictericia y cianosis de los labios.

El uso del *salicilato de sosa* en el reumatismo inspiró á Dresch (3) la idea de emplearlo en la corea y este autor asegura que ha obtenido mejor éxito que con los tratamientos clásicos. Sin embargo, otros observadores no han sido tan afortunados.

La medicación *arsenical* empleada otras veces y después abandonada, ha vuelto á ser preconizada nuevamente por Seguin (4), quien cree que la pequeñez de las dosis es la causa de los fracasos. Según él, es preciso dar hasta 18

(1) Jeffries, Sulfonal dans la chorée. *Medical News*, Marzo, 1890.

(2) Hugo Læwenthal, Behandlung chorea Saint-Vitii mit Exalgin. *Berlin. klin. Woch.*, 1892, número 5, p. 95.

(3) Dresch, De la chorée et de son traitement. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 Abril, 1890.

(4) Seguin, Leçons sur le traitement des névroses. Paris, 1893, p. 31.