

á 27 gotas de licor de Fowler tres veces al día. Se administra aumentando una gota al día, hasta 10 ó 12. Si entonces se presentan trastornos gastro-intestinales, se suspenden dos ó tres días. Se vuelve á la dosis á que se llegó en cuanto aparecen los accidentes, y se aumenta una gota al día, hasta llegar á las dosis de 18 á 20, que son verdaderamente activas. El autor no ha observado nunca accidentes en estas condiciones, y ha encontrado que este tratamiento abreviaba mucho la duración de la enfermedad, sobre todo cuando tiene una marcha semicrónica ó crónica por completo. Se suspende el arsénico en cuanto desaparecen los movimientos.

El tratamiento de la corea por la *antipirina*, ha sido ensayado por Legroux, por Moncorvo (1), y estudiada metódicamente por Ch. Leroux (2). Este autor ha dado á 60 niños coréicos dosis cotidianas de antipirina, que varían entre 3, 6 y 8 gramos, y deduce de sus observaciones que este medicamento ejerce, en muchos casos, una acción favorable en la marcha de la corea, abrevia la duración de un modo manifiesto, disminuyendo rápidamente su intensidad. Su administración no produce ningún accidente importante, á no ser escasos trastornos digestivos ó bien erupciones. Aconseja empezar en los niños (seis á quince años) con la dosis diaria mínima de 3 gramos. Es preciso, en lo posible, llegar á la dosis de 4, 5, 6 gramos, según las edades, para obtener un resultado favorable. Las dosis altas obran más rápidamente y sin inconveniente. No obstante, si la dosis de 5 á 6 gramos, tomada durante tres semanas, no produce mejoría, no hay que confiar en el medicamento.

En las coreas graves, se tomarán, ante todo, precauciones para evitar que los enfermos se hieran, acolchonando la cama y guarneciéndola por los lados con tablas forradas para evitar las caídas.

Se aconseja en este caso la tintura de *cannabis indica*, á dosis de 5 á 10 centigramos; este medicamento no parece que sea fiel. Trousseau tenía la costumbre de prescribir el opio á dosis excesivas en el estado crónico, y parece que, en efecto, obtenía buenos resultados. Se dará el extracto tebáico en píldoras de un centígramo cada dos horas, y en caso necesario cada hora, ó bien se utilizarán las inyecciones hipodérmicas de morfina.

El *hidrato de cloral* se empleará también á altas dosis en el mismo caso, aun cuando parece que obra sólo como hipnótico y no como anticoréico (3). Se darán al enfermo baños tibios largos. El *bromuro de potasio*, recomendado por algunos autores, no está indicado en ningún caso en la corea, según Seguin, y participamos de su opinión.

II. — COREA FLÁCIDA

SINONIMIA : *Limp chorea*. — *Corea paralitica*. — *Corea paralizante*.

En todos los coréicos, indistintamente, existe de un modo habitual cierto grado de paresia de los miembros, paresia apenas marcada que aparece al mismo tiempo que los movimientos convulsivos. No nos ocuparemos en este

(1) Moncorvo, Du traitement de la chorée par l'antipyrine. Paris, 1889.

(2) Leroux, L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1890.

(3) Barbs, Treatment of certain cases of chorea by Hypnotics. *The Lancet*, 20 Mayo 1893, n° 3638, página 1181.

capítulo de esta paresia más ó menos pronunciada, según los casos, y á la cual ha indicado Charcot á Ollive que debía llamarse «parálisis en los coréicos», denominación perfectamente apropiada.

Pero hay otros casos en los que la parálisis *domina verdaderamente la escena*; entonces la impotencia motora es intensa, completa, y su papel es tanto más preponderante, cuanto que las convulsiones no son manifiestas ó, de serlo, lo son poco. En estos casos, parece que conviene mejor la denominación de «corea flácida» (1).

PARTE HISTÓRICA.—Trousseau al observar dichos hechos dice: «Esta parálisis, que, por lo demás, desaparece casi siempre y cura al mismo tiempo que cesa y cura la afección convulsiva, puede, en ciertos casos, persistir después de la curación de la corea y estar complicada con atrofia de los músculos que han sido más ó menos afectados, constituyendo entonces una dolencia de mayor ó menor duración. En algunos casos aún más raros, los accidentes paralíticos (no me refiero solamente á una debilidad de la fuerza muscular, sino á verdaderas parálisis) preceden á las manifestaciones de los fenómenos convulsivos». El excelente Tratado de Cadet de Gassicourt (2), así como los clásicos que le han precedido, no contiene más que algunas líneas dedicadas á la parálisis de la corea.

En Inglaterra es donde se han publicado los estudios más completos sobre el particular. Todd (3) fue uno de los primeros que ha descrito la forma hemipléjica de las parálisis coréicas. Existe entonces á menudo hemiparálisis de un lado y hemiplegia del otro, la cara está más ó menos afectada, la lengua no está paralizada y presenta movimientos coordinados. El mismo autor indica también las bases de un diagnóstico diferencial, y trata de dar una vaga explicación del trastorno que describe. Wilks (4) cita la parálisis coréica é insiste en su benignidad.

Pero á West (5) es á quien se deben las nociones más completas y la denominación bastante feliz de *limp chorea*, corea flácida. «Existen, dice, casos de corea en los cuales la debilidad de la potencia muscular es desde luego desproporcionada, respecto á los movimientos coréicos. En el Hospital de Niños damos á esta clase de coreas el nombre de *corea flácida*, excelente denominación que le fue aplicada por uno de nuestros cirujanos y que la caracteriza tan bien, como la frase más científica de *corea paralitica*». Citaremos también una importante Comunicación hecha por Gowers (6) acerca de la corea paralitica en el Congreso de la Asociación británica, celebrado en Cambridge en 1886. Este trabajo, basado en cinco observaciones, trata de establecer que, en ciertos casos de corea, la paresia domina hasta el extremo de dar un carácter especial á la enfermedad. La forma monopléjica es la más frecuente, ó por lo menos, si la parálisis afecta todos los miembros, uno de estos es el que se halla mucho más débil que los demás.

La literatura francesa, á su vez, se ha enriquecido á este propósito con do-

(1) Paul Blocq, De la chorée molle. *Gazette hebdom. de méd.*, 4 Enero 1890, n° 1, p. 3.

(2) Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance, t. II, p. 248.

(3) Todd, Clinical lectures on paralysis, London, 1850, p. 313.

(4) Wilks, Lectures on diseases of the Nervous system., p. 283.

(5) West, Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

(6) Gowers, De la chorée paralytique. *Brit. medic. journal*, 1881.

cumentos nuevos en estos últimos años. En primer lugar, debe citarse la monografía de Ollive (1), que resume en cierto modo el estado de nuestros conocimientos en esta época, y constituye hasta hoy el trabajo de conjunto más completo que poseemos acerca del particular. Lannois (2) ha otorgado un lugar á la corea flácida en su tesis de concurso. Cadet de Gassicourt (3) publica dos interesantes observaciones de este género. El profesor Charcot (4) presenta distintos casos en sus Lecciones clínicas y le sirven para dar á conocer observaciones interesantes. Bouchard (5), Rondot (6), Simon (7), han referido hechos nuevos del mismo orden.

Ultimamente Raymond (8), ha llamado de nuevo la atención acerca de las amiotrofias que complican á veces la corea flácida. Raymond (9) ha consagrado un importante trabajo á las mismas atrofas musculares. Massalongo (10), por último, acaba de publicar un interesante trabajo referente á la patogenia de esta forma de corea.

Definición.—División.—Ya hemos dicho que importaba distinguir los accidentes paralíticos de la corea. En un grupo de hechos, la parálisis es completa y domina la escasa, hasta el punto que casi podríamos separar de la corea de Sydenham, esta variedad distinta con la gráfica denominación del autor inglés (11). En otra categoría, sólo se trata de una paresia más ó menos desarrollada que sobreviene en el curso de la corea común.

Hay que distinguir dos formas: una la *corea flácida*, ó sea la que responde mejor al concepto de un tipo distinto, en el cual la parálisis se presenta, por decirlo así, sola desde los comienzos hasta el fin de la enfermedad; otra, la *parálisis de la corea*, en la cual la parálisis va unida á la incoordinación motora. En este último caso distinguiremos dos variedades, según que los movimientos convulsivos preceden ó siguen á la parálisis (12).

Nos limitaremos á la descripción de estos dos tipos: la corea flácida y la parálisis de la corea, porque todas las formas de parálisis que se relacionan con la corea de Sydenham, se refieren á ellas fácilmente.

Causas.—Nada sabemos aún respecto de las causas, en virtud de las cuales, la corea reviste la forma paralítica. Por nuestra parte, habíamos tratado de indagar si es que no existen algunos de los datos etiológicos mediante los

(1) Ollive, Des paralyties chez les choréiques. Th. Paris, 1883.

(2) Lannois, Nosographie des chorées. Th. agreg., Paris, 1886.

(3) Cadet de Gassicourt, De la chorée paralytique. *Journal de médecine de Paris*, 1888.

(4) Charcot, Policlinique. Leçons du mardi, 1887-88 et 1888-89.

(5) Bouchard, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, Diciembre 1888, Enero 1889.

(6) Rondot, Les paralyties de la chorée. *Gaz hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1889.

(7) Simon, Contribution à l'étude de la chorée molle. *Rev. méd. de l'Est.*, 15 Diciembre 1890, número 24, p. 743.

(8) Raymond, *Soc. médic. des hôpitaux*, seance du 16 Mayo 1890.

(9) Rondot, Les amyotrophies dans les paralyties de la chorée. *Bordeaux*, 1890.

(10) R. Massalongo, Contribution à la pathogenèse de la chorée molle. *Revue neurologique*, 15 Julio, 1893, n.º 13, p. 346.

(11) Sin embargo no puede admitirse esta segregación, porque entre estos casos, la debilidad muscular conserva relaciones más ó menos íntimas con el elemento convulsivo.

(12) No creemos que sea preferible adoptar las frases *corea paralítica*, *corea paralizante*, que han sido propuestas, porque ambas tienen sus inconvenientes. La primera se presta á confundirla con la *hemicorea post-hemipléjica*, que nosográficamente difieren de un modo esencial. En cuanto á la segunda, prejuzga la naturaleza aún desconocida de la enfermedad. ¿Es la corea la que paraliza? La respuesta afirmativa implícitamente formulada en la denominación anterior, no parece justificada a priori ni a posteriori, por lo menos con arreglo á las investigaciones actuales.

cuales sea permitido prever, ya la invasión de la corea flácida, ya la inmisión de la parálisis en el cuadro de la corea común. La lectura de las observaciones es poco concluyente á este propósito, y las únicas particularidades comunes que nos revelan las relaciones (en el número de 50 próximamente) que han sido publicadas, son las siguientes: La ocasión que provoca el desarrollo de la afección está representada sobre todo por una enfermedad infecciosa: sarampión, fiebre herpética, pneumonía, escarlatina. Por otra parte, la corta edad parece constituir á su vez cierta predisposición. Sólo de dos á catorce años y sobre todo, de seis á siete años, es cuando se observa la corea flácida.

No tenemos datos, lo mismo que en la corea común, que nos permitan determinar la *anatomía patológica*, ni la *patogenia* de la corea flácida. Ya veremos que, por lo que atañe á las amiotrofias que la complican, en ocasiones se les ha atribuído, sin razones bastantes á nuestro entender, á las artropatías ocurrientes.

Sin embargo, Massalongo (1) que admite la etiología infecciosa de la corea común, y que en varios casos ha comprobado la preexistencia de la escrofulosis en los coréicos, cree que el trastorno en cuestión puede depender de alteraciones nutritivas transitorias de los elementos nerviosos, causadas por los *productos tóxicos* debidos á la vitalidad de los bacilos tuberculosos. En este caso, he aquí cómo interpreta las distintas modalidades de la corea, y la corea flácida más particularmente. Según cual sea la *extensión* de los fenómenos morbosos que se suponen en los centros nerviosos, así también nos hallaremos ante una corea *localizada* ó *generalizada*; según la *intensidad* de las alteraciones de los elementos nerviosos, se tendrá una corea *pasajera* ó *prolongada*; si estas alteraciones *no se resuelven*, resultará la *corea grave* ó *crónica*. Por último, la aparición de la corea flácida depende de la naturaleza é intensidad de las alteraciones, y en aquélla los síntomas de hiperkinesia son poco marcados, en tanto que dominan los de akinesia. En suma, el grado de alteración material, nutricia, bioquímica de las células motoras de las circunvoluciones, de los núcleos grises ó de los cordones anterior de la médula, producen la corea temblorosa ó la corea paralítica.

SÍNTOMAS.—Lo mismo que la corea común, la *corea flácida* empieza, por lo general, con alteraciones en las facultades *intelectuales* y *afectivas* enteramente análogas á las demás, y tal como las hemos descrito ya.

Los *trastornos motores* no tardan en aparecer. Las más de las veces no presentan al principio la intensidad que adquirirán más adelante. Si las piernas están afectadas las primeras, la progresión se hace con torpeza y difícil; los miembros se enredan unos en otros y las caídas son frecuentes. Si los miembros superiores se debilitan al principio, los enfermos se vuelven torpes y dejan caer los objetos que tienen en la mano. Por último, la cabeza vacila y el tronco no puede guardar su inmovilidad.

Otras veces, la parálisis adquiere de pronto su máximum de intensidad, y en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se hace completa. En estos últimos casos, sobre todo si ha sobrevenido la afección, como sucede á menudo en la convalecencia de una paresia, es cuando nos exponemos á desconocer la corea flá-

(1) *Loco citato*.

cida y confundirla con las parálisis orgánicas, consecutivas á las enfermedades infecciosas.

Llegada al período de estado, la parálisis presenta ciertas particularidades. Los miembros están completamente flácidos, más quizá que en cualquier otra parálisis, siendo nula su fuerza dinamométrica. Al levantarlos, caen en seguida en otra dirección que la que la gravedad les imprime. Los movimientos *voluntarios* son absolutamente imposibles; pero en la mayor parte de los casos se puede, observando con atención, distinguir pequeños movimientos incoordinados y coreiformes, que sobrevienen espontáneamente con intervalos lejanos, ya en los miembros libres, ya en los paralizados.

La distribución de la parálisis es de las más variables, hallándose la impotencia motora *generalizada* á los cuatro miembros, al tronco y á la cabeza. Es casi característica entonces; el niño—según la frase vulgar pero apropiada que hemos visto citada varias veces en las respuestas de los padres de los enfermitos—está «como un trapo». Las piernas, el tronco y los brazos, están en completa resolución, flácidos, inertes; la cabeza oscila en todos sentidos, asemejándose á la de un niño recién nacido. Sin embargo, la cara permanece indemne las más de las veces, aun cuando la lengua no pueda salir de la boca, y que en el mero hecho de hallarse paralizada, la alocución verbal está, si no alterada, por lo menos perturbada.

Otras veces se trata de una verdadera *hemiplegia*, que en los casos raros, ha invadido la cara. Hay entonces un signo diferencial de la hemiplegia común, á saber: que los músculos del cuello están paralizados, en tanto que no se hallan en este caso en la hemiplegia de origen orgánico. La forma *paraplégica* ha sido observada mucho menos, y no va acompañada de trastornos en los esfínteres. La manera más común de distribución de la parálisis es la *monoplegia* braquial, ó mejor dicho, la difusión de la parálisis con predominio marcado de la impotencia motora en uno de los miembros superiores.

No existe *ningún trastorno de la sensibilidad* en las partes afectadas de *astenia muscular*, como tampoco *trastornos tróficos*, si se exceptúan las *amiotrofias*, que deben considerarse como complicaciones raras, acerca de las cuales insistiremos.

La *duración* de los accidentes, es por lo general breve, y varía de tres semanas á dos meses. La *terminación* favorable es lo regular, las fuerzas vuelven progresivamente, el enfermo se cura. Sucede también que la corea común sigue á la flácida.

En tales casos, es que se trata más bien del segundo grupo de las *parálisis en los coreicos*. Estas se hallan, en efecto, caracterizadas, porque preceden, acompañan ó siguen á la incoordinación motora, y, además, porque afectan rara vez una intensidad comparable á la de la forma precedente.

Los caracteres propios de la parálisis no difieren, sin embargo; los miembros están igualmente blandos; la sensibilidad, las reacciones eléctricas y los esfínteres indemnes. Cuando la parálisis *acompaña* á la corea, se observa en el miembro que ya está atacado, que los movimientos coreicos disminuyen en número y amplitud, y, por último, que ésta queda inerte, sin que la incoordinación motora cese en las restantes partes del cuerpo. Empero es raro que la debilidad muscular sea absoluta, y lo más frecuente es que permitan algunos mo-

vimientos ligeros en el miembro paralizado. Las convulsiones vuelven á presentarse en cuanto desaparece la paresia. La astenia presenta, pues, en esta forma, grandes variaciones de intensidad. En cuanto á su distribución, se halla la mayor parte de las veces en relación con la de los movimientos coreicos: generalizada, hemipléjica ó monopléjica. Puede decirse, no obstante, que las formas localizadas son las más comunes. Las parálisis duran poco y se curan, aunque la incoordinación reaparezca ó no.

Las parálisis *consecutivas* á la corea, tienen caracteres idénticos. Unas veces aparecen de repente; de la noche á la mañana, el miembro parakinésico se hace akinésico; otras, la *amiostenia* se desarrolla progresivamente. No parece que la intensidad de los movimientos coreicos tenga influencia en su aparición. La distribución de la parálisis es variable, ocupando tan pronto todo el cuerpo, como uno ó varios miembros, y no va acompañada ni de trastornos de la sensibilidad ni de desórdenes esfinterianos. Su *terminación* es también favorable; sin embargo, su *duración* es por lo general más larga que en las formas precedentes.

Las *amiotrofias* que sobrevienen en algunos casos, se han observado, hasta el presente, muy rara vez. En todas las observaciones, los trastornos coreicos iban acompañados de *artropatías dolorosas*, que en ocasiones les habían precedido.

Las *atrofias* son bastante pronunciadas, rápidas en su marcha, localizadas en los miembros que han sido asiento de artritis. No presentan reacción degenerativa de los músculos; los reflejos tendinosos están abolidos. Por último, se mejoran con bastante rapidez. Rondot, apoyándose en la relación de coincidencia que ha comprobado entre las *amiotrofias* y las *artropatías*, considera la *atrofia muscular* como de origen articular. Sin embargo, sábese que este género de *atrofias reflejas* está caracterizado por la exageración de los reflejos tendinosos y he aquí una diferencia que conviene tener en cuenta, aun cuando el autor citado no la dé importancia, pues atribuye la abolición de los reflejos á la corea preexistente.

DIAGNÓSTICO. — Este es de la mayor importancia, porque nos exponemos á confundir la corea flácida, afección benigna, con diversas enfermedades graves que se prestan más ó menos al error. Si se trata de un niño pequeño, se puede pensar en la *parálisis infantil*; no obstante, en caso de poliomielitis, la invasión repentina va seguida ordinariamente de un acceso febril; además, la impotencia motora propia de la enfermedad espinal, generalizada de repente, no tarda en localizarse en territorios musculares que están muy pronto afectados por trastornos vaso-motores y tróficos, presentando al propio tiempo modificaciones en sus reacciones eléctricas. Por el contrario, en la corea flácida, el comienzo es lento, apirético, y la paresia muscular, aun siendo *amiotrófica*, lo cual es excepcional, no va acompañada de trastornos de reacciones eléctricas. Añadiremos que la lengua está siempre indemne en la *mielopatía*, así como se halla extraordinariamente parésica ó se agita involuntariamente en la corea.

El hecho común de ver aparecer la corea flácida en la convalecencia de una enfermedad aguda, puede ser causa de que se la confunda con las *parálisis de las piroxias*. Los signos propios de estas parálisis bastarán para distinguirlas. Predomina la astenia en los músculos extensores, estos se *atrofian* rá-

pidamente y presentan la reacción degenerativa, siendo por último habituales los fenómenos dolorosos.

En los casos de abuso de medicamentos, se deben diferenciar las *parálisis tóxicas*, cuyos signos son análogos á los de las astenias de origen infeccioso.

Se deberá pensar siempre en las *parálisis histéricas*, cuando se trata de niñas ó de niños y la asociación frecuente de las dos neurosis hará á menudo difícil el diagnóstico. Ciertamente que el comprobar una hiperestesia y hasta una anestesia en los miembros inertes, desvanecería todas las dudas, pero estos signos pueden faltar, y esto no es raro, sobre todo en el histerismo infantil. De una parte, en tal caso, el conocimiento de los ataques ó de los estigmas de histerismo, y, de otra parte, el descubrimiento de pequeños movimientos incoordinados, nos decidirán por la afirmativa.

No cabe duda en el diagnóstico de la forma paralítica en la *astasia-abasia*, porque la impotencia funcional no se revela sino con motivo de ejecutar los movimientos especiales y propios de la estación y progresión.

Existe poca semejanza entre los trastornos psíquicos prodrómicos de la corea y los que preceden á la *meningitis tuberculosa*; sin embargo, los trastornos motores, y particularmente la aparición de una monoplegia, presentan dudas en algunos casos. El conjunto de fenómenos graves, adelgazamiento, fiebre, cefalea intensa que caracterizan la meningitis, tienen entonces una significación que no puede permanecer mucho tiempo desconocida.

La parálisis del *mal de Pott*, no induce á error, sino en el caso admisible (y nosotros hemos observado un ejemplo), en el cual un niño giboso se hizo coréico. Entonces podríamos preguntarnos si la paraplegia dependía de la corea ó de la tuberculosis vertebral y compresión medular consecutiva. La exploración de los reflejos exagerados en este último caso, desvanecerá las dudas, que serán disipadas observando la evolución ulterior de la enfermedad.

TRATAMIENTO.—Nos abstendremos de medios terapéuticos excesivos, toda vez que sabemos que la corea flácida se cura, por lo general, y nos atendremos á la medicación tónica y antiespasmódica empleada contra la corea común.

La electrización farádica, puede, según dicen, abreviar la duración de los accidentes.

III. — COREA DE LAS EMBARAZADAS

SINONIMIA: *Chorea gravidarum*.—Corea del embarazo.—Corea gravídica.

La corea de las embarazadas ha sido conocida hace tiempo, puesto que la señaló ya Borsieri (1) en 1787, habiendo sido estudiada especialmente en Inglaterra y Alemania. No citaremos las observaciones aisladas que se han publicado, contentándonos con recordar los nombres de los autores á los cuales se deben trabajos de alguna importancia respecto del particular. Morler de Giessen (2) uno de los primeros, reunió en una Memoria analítica 21 casos de corea gravídica. Jaccoud dió en 1867 una importante lección acerca de la corea del embarazo.

(1) Borsieri, *Inst. med. pract.*, Leipzig, 1789.

(2) Morler de Giessen, *Virchow-Archiv.*, xxiii, 1862.

Barnes (1), en 1868, le consagró un trabajo muy notable, basado en 56 casos, de los cuales 17 tuvieron una terminación fatal, trabajo que debe considerarse como la primera Monografía completa que se ha publicado acerca del particular.

En Francia, además de las páginas del artículo de Raymond (2), donde se trata de la corea gravídica, señalaremos sobre todo la tesis de Hervé (3), que reúne los datos anteriores y constituye una excelente síntesis crítica. En Inglaterra, además de las publicaciones de Simpson (4), de Prince (5), de Wade (6), de Handfiel Jones (7) y de Benington (8), citaremos el reciente trabajo de P. J. Mac-Cann (9), que abarca por vez primera la cuestión de la corea histérica de las mujeres embarazadas, al propio tiempo que refiere observaciones originales, y presenta un cuadro nosológico muy estudiado de la cuestión.

ETIOLOGÍA.—La corea gravídica ataca sobre todo á las mujeres jóvenes entre dieciocho y veintitrés años. En 37 casos de Mac-Cann, 11 se refieren á individuos de veinticinco años. Es más común en las primíparas; Bamberg ha hallado en 49 casos, 29 veces el primer embarazo, 13 veces el segundo, y 3 veces el tercero. La corea tiene asimismo una marcada predilección por la primera mitad de la gestación, y se desarrolla, por lo general, hacia el tercero ó cuarto mes. Sin embargo, se ha visto aparecer en el noveno mes, pero excepcionalmente.

Las mismas causas que se han invocado para la etiología de la corea de Sydenham, presiden igualmente al origen de la corea gravídica, hallando en este caso también, la herencia nerviosa, el reumatismo, las emociones, etc.

SÍNTOMAS.—Salvo en algunos puntos especiales, la sintomatología de la corea gravídica se asemeja en un todo á la de Sydenham. La misma manera de empezar, las mismas gesticulaciones, generalizadas ó relativamente localizadas. No obstante, la agitación es casi siempre muy intensa; como en la corea grave, invade además muy á menudo los músculos de la faringe y la laringe, dando origen á trastornos en la respiración.

Es de notar también, que la palpación abdominal y el tacto vaginal aumentan, por lo general, los movimientos coréicos. Sobre éstos influyen también los movimientos del feto. Hasta parece que en algunos casos, el principio de la corea ha coincidido con la percepción de los primeros movimientos del feto.

La corea gravídica va acompañada, la mayor parte de las veces, de trastornos mentales, y los desórdenes de la inteligencia persisten en muchos casos después de la desaparición de los movimientos.

Lo mismo que en la corea común, los trastornos objetivos de la sensibilidad son muy raros, y parece que se pueden atribuir al histerismo, lo cual ha permi-

(1) Barnes, *Obst. Trans.*, vol. x, 1868.

(2) Raymond, *loco citato*.

(3) Hervé, *Chorée pendant la grossesse*. Th. Paris, 1884.

(4) Simpson, *Obs. Journ. Great Britain*. Mayo 1876.

(5) Prince, *Obs. Journ. Great Britain*. Octubre 1876.

(6) Wade, *Trans. Obs. Soc.*, 1880.

(7) Handfiel Jones, *Trans Obs. Soc.*, 1889.

(8) Benington, *Northumberland Med. Soc. Trans.* Diciembre 1889.

(9) Mac-Cann, *Trans. of the Obst. Societ. of London*. Noviembre 1891.