

cimiento de la economía, por lo comun, por una pérdida de sangre, por evacuaciones excesivas, por fiebre, por un estado séptico.

En la adinamia hay pérdida de fuerzas y conservacion mas ó menos completa de la inteligencia, comunmente fiebre (en la mayoría de los casos la adinamia sobreviene en las enfermedades febriles); pocas alteraciones de la sensibilidad, que se conserva siempre. Fenómenos opuestos en la resolucion por causa cerebral. Comunmente hay en la adinamia fenómenos de putridéz, tales como fuliginosidades, olor fétido del cuerpo y de las excreciones, sudores viscosos, escaras, etc. (1).

*Enfermedades en que se observa la resolucion.—Valor diagnóstico.*

La embriaguez alcohólica y el sueño producido por el éter ó el cloroformo presentan el tipo de lo que hemos llamado resolucion. Se la observa tambien en una forma de la encefalopatía saturnina y en la conmocion del cerebro; pero todos estos casos son fáciles de diagnosticar.

Despues de lo que hemos dicho anteriormente, se comprenderá que la resolucion se presentará en todas las afecciones cerebrales en que dominen los síntomas de compresion, cualquiera que sea el modo como se produzca. Así es que se la ve en la hipertrofia del cerebro, en las meningitis con derrame exterior ó intraventricular, en los quistes serosos, hidátides, desarrollados con lentitud en el exterior ó en el centro del cerebro, en los tumores extra-craneales voluminosos, etc.

**Meningitis.**—Si un niño ó un adulto presenta síntomas de excitacion cerebral, dolores, cefalalgia, pupilas contraídas, ojos sensibles á la luz, vómitos, estreñimiento, convulsiones, estrabismo, etc., no tiene sino una meningitis en el primer período; si cae en el coma, en *resolucion*, la enfermedad está en el segundo período, se ha verificado un derrame seroso, sero-purulento, etc., en las meninges ó en los ventrículos.

**Congestion. Hemorragias meníngeas. Reblandecimiento del cerebro.**—Cuando un enfermo es atacado de apoplejía y ha perdido el conocimiento y la motilidad, puede suceder que no se demuestre ninguna parálisis bien limitada. El enfermo se encuentra en reso-

(1) Racle, *Tesis*, Paris, 1845.

lucion y es imposible determinar entonces el género de lesion producida. Mas tarde, la progresion de los fenómenos la hará mas manifiesta. Una simple congestion se disipa por sí misma, no dejando mas que algo de embarazo y debilidad que se disipa de dia en dia. Si se trata de reblandecimiento apoplejiforme, de una hemorragia, la hemiplegia no tarda en declararse. Algunas veces las hemorragias meníngeas, cuando son poco abundantes, no producen verdaderas parálisis. Debemos hacer constar que las distinciones un poco sutiles que se han hecho sobre este particular, no pueden sostenerse. No se diagnostica una hemorragia meníngea, solo se la puede suponer. En la mayoría de los casos se observa un conjunto de síntomas igual al de la hemorragia y al reblandecimiento.

Los numerosos datos contenidos en este artículo y en los precedentes, nos dispensan de entrar en mas detalles sobre el valor de la resolucion para el diagnóstico de las afecciones cerebrales.

#### IX.—DE LAS CONVULSIONES.

*Definicion.*—Se designan con este nombre las contracciones involuntarias de los músculos de la vida de relacion: segun todas las probabilidades, los músculos de la vida orgánica participan de las convulsiones por un grado de contraccion no necesario para la verificacion de sus funciones; pero estos fenómenos son muy poco conocidos todavía para que podamos ocuparnos de ellos.

Algunos autores unen á la definicion de las convulsiones varios caracteres particulares. Hay algunos que separan el espasmo de la convulsion, siendo para unos el espasmo la convulsion tónica (Willis, Cullen), y para otros, la contraccion irregular de los músculos de la vida orgánica (Bouchut, *Patología general*). Otros dan el nombre de convulsiones á la contraccion anormal de los músculos voluntarios (Savary, Georget, Brachet). Otros autores hacen intervenir en la definicion la rapidez de su invasion y su independenciam, en general, de toda lesion orgánica de los centros nerviosos (*Compendio*). No podemos adoptar ninguna de estas maneras de considerarlas, y sobre todo la última. Sea que los movimientos involuntarios de los músculos sobrevengan lentamente, ya sean dependientes de una lesion de los centros nerviosos, no dejan de constituir convulsiones evidentes; se las llamará, si se quiere, sintomáticas, pero no perderán el derecho de llevar aquella denominacion característica. ¿Qué nombre recibirán si no? Además que, bajo el punto de vista del diagnóstico, es necesario dar el mismo nombre á fenómenos de apariencia semejante, sea que sobrevengan en enfermedades con



lesiones de los centros nerviosos, ó sin ellas, puesto que, durante la vida, no se puede conocer á primera vista la existencia ó ausencia de estas lesiones, que es en verdad el punto que se quiere determinar.

*Caractéres.*—Las convulsiones, verdadero delirio de los músculos, segun la feliz expresion de M. Bouillaud, se presentan bajo diversas formas. Algunas veces son generales y muy extensas (totalidad del cuerpo, mitad inferior, mitad lateral); otras veces son parciales, y no ocupan sino un número reducido de músculos (de la cara, del ojo), pudiendo afectar tambien uno solo. Se las ha distinguido, aun que inútilmente, en internas y externas, pues si las convulsiones del diafragma, de los músculos del ojo, son convulsiones internas, y las de los músculos del brazo lo son externas, no vemos la importancia de esta distincion. Una diferencia mas esencial, porque puede hacerse característica de algunas afecciones, es la que se deduce de la naturaleza misma de los movimientos convulsivos, dividiéndolas en tónicas y clónicas. La epilepsia y el histerismo son modelos de estas dos especies: en la primera, las convulsiones son esencialmente tónicas, y consisten en una contraccion permanente de los músculos, de modo que las articulaciones están inmóviles, y el cuerpo queda sin movimiento aparente. En el histerismo, por el contrario, las convulsiones son clónicas, consistiendo en grandes movimientos de todas las partes del cuerpo, en un estado alternativo de relajacion y de contraccion de los músculos, que determinan la flexion y la extension de todas las articulaciones, del tronco, etc. Las convulsiones pueden ser pasajeras ó permanentes; la epilepsia y el histerismo presentan la especie primera; el corea y la contractura de las extremidades ofrecen la segunda. Las convulsiones pueden ir ó no acompañadas de pérdida del conocimiento, de alteracion en la potencia muscular, de la sensibilidad, algunas veces de fiebre, de diversos accidentes cerebrales, etc., caractéres que es importante tomar en consideracion para el diagnóstico.

Las causas de las convulsiones no son conocidas. Sin embargo, se las atribuye generalmente á un estado de irritacion ó de eretismo de los centros nerviosos. M. Andral ha combatido esta opinion, haciendo notar que hay convulsiones en los individuos debilitados por una larga enfermedad, por pérdidas de sangre, y todo lo que pueda determinar una disminucion de la presion que el cerebro sufre en la bóveda craneana.

Todos conocen el notable hecho observado por Augusto Berard. Se trataba de un enfermo que habia sufrido una operacion de trepanacion, para extirpar un fungus de la dura madre; se aplicaron su-

cesivamente diez y seis coronas de trépano, levantando una gran porcion de la bóveda craneana: en el momento de la ablacion del tumor, el enfermo cayó privado del conocimiento y atacado de convulsiones; el operador creyó que esto era efecto de la disminucion súbita de la presion que el cerebro tiene habitualmente dentro del cráneo; restableció la presion comprimiendo ámpliamente con la palma de la mano la superficie descubierta del cerebro; la inteligencia se recuperó, y cesaron las convulsiones.

Los conocimientos nuevamente adquiridos de la fisiología de la médula, han modificado de un modo notable las opiniones sobre la anatomía patológica de las convulsiones, contribuyendo á apartar del encéfalo la influencia predominante que erróneamente se le habia atribuido. Desde que se sabe que la médula es, no solo un órgano de transmision, sino tambien un centro de inervacion; desde que se ha demostrado que la sustancia gris del eje espinal está dotada de *poder éxcito-motor*, en virtud del que las excitaciones, partiendo de cualquier punto de la periferia, pueden reflejarse directamente por la médula y dar lugar á un movimiento, en el que el cerebro no toma parte alguna (movimiento reflejo). Conocidos estos hechos, se admite que ciertas convulsiones, y aun quizá la mayor parte, dependen de una excitacion anormal de la sustancia gris del eje espinal, y puede decirse que gran número de convulsiones proceden de una exageracion del poder éxcito-motor de la médula. Los experimentos en los animales han demostrado que muchas condiciones análogas á las que producen las enfermedades producen este efecto. Así se puede aumentar el poder éxcito-motor del eje raquidiano: 1.º aislando el encéfalo; 2.º modificando las cualidades de la sangre que en él se distribuye, ó impidiendo que afluya en cantidad suficiente; 3.º someténdole á la influencia de ciertos venenos; 4.º irritando directamente su tejido por una lesion traumática, por el contacto de ciertas sustancias ó por el galvanismo; 5.º provocando por una irritacion prolongada los nervios centrifugos ó centripetos una modificacion de naturaleza probablemente irritativa en la constitucion de la sustancia gris. Estos datos experimentales, debidos á diversos fisiólogos, y en especial á Brown-Sequard<sup>(1)</sup>, permiten interpretar gran número de hechos patológicos: demuestran, en efecto, cómo ciertas enfermedades del encéfalo ó de la médula, ciertas alteraciones de la sangre, ó los envenenamientos pueden favorecer el desarrollo de convulsiones exaltando la reaccion de la médula

(1) Consúltese con este objeto: Hallopeau, *Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière*. Tesis inaug. Paris, 1871.



bajo la influencia de los excitantes, demuestran tambien mejor cómo las excitaciones lejanas de los centros nerviosos pueden dar lugar, por el mecanismo de acciones reflejas, á convulsiones que se habian llamado simpáticas, y que los conocimientos actuales permiten llamarlas convulsiones reflejas. No insistiremos en esta cuestion, que se encuentra desenvuelta en las obras modernas de patología y fisiología.

Las convulsiones pueden confundirse con la ataxia, la agitacion nerviosa ó febril, pudiendo tambien ser simuladas.

Muchos enfermos y personas encargadas de su cuidado tienden á tomar por convulsiones el estado de agitacion que experimentan durante la noche los individuos nerviosos, impresionables, y las mujeres histéricas, confundiendo con las convulsiones el estado febril. Para distinguir estos casos se debe obligarles á hacer una descripcion muy exacta y detallada de los que no se han visto, y por los cuales se llegará casi siempre á distinguir las convulsiones verdaderas; además que las afecciones convulsivas tienen una marcha y presentacion particulares que no se observan, si los asistentes ó los enfermos se han equivocado en la naturaleza de los accidentes que describen.

La inquietud, los movimientos irregulares de la ataxia, el delirio, no pueden confundirse por mucho tiempo con las convulsiones. No hay contraccion involuntaria y brusca de los músculos, prolongándose este estado mas allá de lo normal de las verdaderas afecciones convulsivas.

Un punto de diagnóstico algunas veces difícil es el de la distinción de las convulsiones simuladas. Los hombres simulan la epilepsia, las mujeres el histerismo. Se recordará que la mayor parte de las afecciones convulsivas presentan ataques bien caracterizados, tienen una sucesion conocida de sus fenómenos, una duracion determinada y manifestaciones especiales; que presentan síntomas particulares las convulsiones de los diversos órganos de la economía, y que los interesados en la ficcion ignoran estas circunstancias; de consiguiente, no será difícil arrancarles la máscara, como lo consiguen gran número de profesores. No indicaremos aquí caracteres que serán despues objeto de circunstanciadas descripciones. Remitimos á los tratados de medicina legal para el estudio de las principales enfermedades convulsivas que pueden simularse.

*Enfermedades en que se presentan las convulsiones.—Valor diagnóstico.*

En la gran mayoría de los casos, la causa de las convulsiones no reside, ni en los músculos agitados, ni en los nervios que se distribuyen en ellos; sin embargo, no serémos demasiado afirmativos en este punto. Comunmente las convulsiones son el sintoma de una neurosis, de una afeccion cerebral, de una lesion de un órgano lejano del cerebro, de una intoxicacion, de una alteracion de la sangre ó de un empobrecimiento de la economía; es, pues, un fenómeno, efecto de un gran número de afecciones agudas y crónicas. Existen en los niños convulsiones independientes de todas estas causas, y que pueden llamarse esenciales: las estudiaremos separadamente.

**Convulsiones dependientes de una afeccion de los músculos ó de los nervios.**—Hemos dicho ya que no estamos demasiado seguros de que no existan convulsiones de causa absolutamente local, pudiéndose considerar, sin embargo, como tales ciertas especies de *tics* no dolorosos de la cara, los *calambres* del cólera, algunas especies de *hipo* y diversas afecciones mas ó menos análogas.

Estas convulsiones están siempre limitadas á un pequeño número de músculos, ó aun á uno solo, resultados de un hábito vicioso, de una alteracion de las funciones próximas, de una debilidad de los músculos ó de una neuralgia.

Todos conocen los movimientos convulsivos de los párpados, especialmente del superior, que sobrevienen sin causa conocida y á los que es imposible encontrar el punto de partida en otra parte que en los mismos músculos palpebrales; algunas veces parecen depender de una ligera alteracion de la vision. Algunas personas tienen convulsiones de casi todos los músculos de la mitad de la cara, lo que suele depender de vicios contraidos ó de antiguas neuralgias; no creemos que se haya encontrado nunca la causa en una afeccion cerebral. El hipo ó convulsion del diafragma depende con frecuencia de una alteracion de la digestion, de una peritonitis ó de una estrangulacion interna.

En el cólera sobrevienen casi constantemente calambres y convulsiones tónicas y dolorosas de los músculos de los muslos, de los brazos y de la pared abdominal; no los hemos visto sino rara vez en los lomos y la base del pecho. Nada mas fácil, por los síntomas concomitantes, que referir estas convulsiones á su verdadera causa. Se



presentan en la convalecencia de la enfermedad y ceden con facilidad á la aplicacion de las cadenas metálicas.

Mencionarémos aun las convulsiones *fibrilares* parciales que se observan en las *fiebres graves*.

**Convulsiones en las afecciones de la médula.**—Los accidentes convulsivos que se observan en cierto número de enfermedades de la médula se presentan la mayoría con caracteres muy particulares, que solo se han estudiado bien desde hace algunos años, debiéndose su conocimiento especialmente á los trabajos de Brown-Sequard, Charcot y Vulpian, y se encuentran muy bien expuestos en la tésis de M. Hallopeau que hemos citado antes.

Se observan estas convulsiones especialmente en las enfermedades de la médula que interrumpen la continuidad del eje raquídeo como pudiera producirlo una seccion transversal. Sabemos ya que en estas condiciones hay exageracion de los movimientos reflejos en las partes situadas por debajo de la lesion; de estos movimientos reflejos exagerados á verdaderas convulsiones solo hay un paso. Se encuentran, pues, estos fenómenos convulsivos en las *mielitis parciales*, tales como la esclerosis en placas y en la posterior (ataxia locomotriz) sobre todo en las que se limitan á un segmento del órgano, pero interesándole en su totalidad é interceptando toda comunicacion con la parte del órgano situada por debajo del encéfalo, en los casos de *compresion de la médula por un tumor*, por una enfermedad ó una dislocacion del ráquis, etc. (Charcot). Las convulsiones son en estos casos limitadas á las partes inferiores del cuerpo, esto es á las colocadas debajo de la lesion y que están ya afectadas de paraplegia y diversas alteraciones de la sensibilidad.

Estas convulsiones no suelen aparecer espontáneamente y se provocan por diversas excitaciones, como la picadura de la piel, las cosquillas en la planta del pié, la accion de doblar bruscamente el pié, mientras se invita al enfermo á extenderle, á veces por un esfuerzo en el movimiento; por último, tan ligeras pueden ser las influencias que las hace aparecer espontáneas.

Las convulsiones dependientes de enfermedades de la médula se presentan bajo muchas formas que indicaremos rápidamente: una de las mas curiosas y completas es la que Brown-Sequard ha denominado *epilepsia espinal* y que ha descrito despues de su observacion en los animales; pero los fenómenos que la constituyen se presentan en el hombre con los mismos caracteres en diversas *mielitis crónicas*. Cuando en los enfermos afectados de esclerosis en placas,

por ejemplo, se verifica una de las excitaciones que hemos antes mencionado, se ven los dos miembros inferiores ponerse rígido-tetánicos, y despues aparecen convulsiones clónicas, violentas y desordenadas; la violencia de las primeras convulsiones es á veces excesiva; su duracion es por lo comun de algunos minutos, pero puede prolongarse y aun repetirse por muchos accesos sucesivos.

En otra forma que Bamberger ha descrito con el nombre de *calambres saltadores*, sobrevienen, en el momento en que el enfermo quiere andar, convulsiones en los músculos de los miembros inferiores, contracciones que determinan una série de saltos desordenados.

Mencionarémos tambien las sacudidas convulsivas que se han observado sobre todo en los atáxicos y que sobrevienen con frecuencia á causa de dolores violentos; no es raro que estas sacudidas vayan seguidas de movimientos trémulos en los miembros, que persisten durante algunos instantes.

Solo hemos hablado en lo que precede de los movimientos convulsivos que se observan en las enfermedades de la médula propiamente dichas; es decir, en aquellas en que se observan lesiones mas ó menos extensas. Pero no podemos menos de recordar que, segun la patogenia que hemos presentado al principio de este artículo, la mayor parte de las convulsiones deben considerarse como ligadas directa ó indirectamente á un estado morbozo de la médula, y que esta es con frecuencia el intermediario obligado entre la causa determinante de la convulsion y este mismo fenómeno: en otros términos, que, siendo las convulsiones generalmente fenómenos reflejos, la médula interviene en su produccion. Estas reflexiones son aplicables á las convulsiones en las neurosis, las alteraciones de la sangre, etc., que estudiaremos mas adelante.

**Convulsiones en las enfermedades cerebrales.**—Un gran número de afecciones cerebrales dan lugar á convulsiones externas ó parciales, que es por lo comun fácil de referir á su causa verdadera.

Sin negar absolutamente que puedan observarse convulsiones en la *congestion cerebral*, harémos observar que es menester mantenerse en reserva sobre la naturaleza de la enfermedad cuando se manifiesta este accidente. Trousseau ha demostrado, en efecto, por numerosos ejemplos que en semejantes casos suele haber verdaderos ataques de epilepsia <sup>(1)</sup>.

Las convulsiones que tan frecuentemente se observan en los sujetos jóvenes en los periodos iniciales de las fiebres agudas, se han

(1) Trousseau, *Clinique medicale de l'Hotel-Dieu*, 4.<sup>a</sup> edic. Paris, 1873, t. II.



referido de un modo muy absoluto á la congestión cerebral. La extrema impresionabilidad del sistema nervioso juega un gran papel en estas circunstancias. En la hipótesis de la congestión pudiera deducirse, en el principio de las fiebres eruptivas por ejemplo, la necesidad de las emisiones sanguíneas, que pudieran ejercer una influencia funesta sobre la marcha ulterior de la enfermedad.

No sucede lo mismo en las convulsiones que se observan en la *meningitis*, siendo notables en el primer período ó período de excitación cerebral, en la que las lesiones anatómicas se limitan á un éstasis sanguíneo de las meninges y de los vasos cerebrales; en el segundo período ó períodos de compresión, cesan las convulsiones para dar lugar á la resolución y al coma. Las convulsiones de la *meningitis* consisten principalmente en estrabismo, trismus, contracción de los maséteros y contractura de las extremidades, siendo raro ver á los enfermos agitarse en grandes convulsiones generales y notables movimientos involuntarios. El período convulsivo es largo en la *meningitis* subaguda y en la tuberculosa, siendo corto en la *meningitis* aguda franca; la producción de un derrame ó de la supuración hace mas breve este período convulsivo que el anterior. En el período del coma se observan algunas pequeñas sacudidas que agitan el cuerpo, ó solo algunos músculos, pero con mayores intervalos que en el período de excitación. No puede, pues, deducirse de la disminución de las convulsiones un pronóstico favorable, si no se ve que al mismo tiempo disminuyen los demás síntomas.

Se observan también convulsiones en la *meningitis* cerebro-espinal, que invaden los músculos de los canales vertebrales y producen la inclinación de la cabeza hácia atrás, ú opistótono. Esta contracción tetánica es permanente, pero con remisiones, exasperándose, sea espontáneamente, sea por los movimientos comunicados. Se presenta también trismus, calambres, torsión de los miembros, y algunas veces sacudidas epilépticas de la cara. En los intervalos los cuatro miembros quedan absolutamente libres y capaces de ejercer sus funciones normales. Hemos visto un enfermo ya gravemente afectado de *meningitis* cerebro-espinal, llegar á pié hasta el hospital. Recordaremos que la exaltación de la sensibilidad de la piel, la fiebre, el estado epidémico, etc., son los principales elementos del diagnóstico.

Hemos citado varias veces las convulsiones como uno de los fenómenos iniciales del principio de la *hemorragia meníngea* en los recién nacidos, y nos abstendremos de entrar en pormenores.

Las convulsiones son raras en la *hemorragia meníngea* de los viejos y de los adultos.

Sin embargo, mi hermano y yo hemos visto, en un jóven llevado sin conocimiento al hospital de San Luis, convulsiones generales muy enérgicas, que duraron toda la noche. El enfermo murió á las doce horas. Tenía una fractura del parietal derecho; estaba desgarrada la arteria meníngea media, y entre el hueso y la dura madre se había acumulado una masa de sangre coagulada, que tenía el volumen de una manzana; el cerebro estaba muy comprimido.

Las *hemorragias* de los centros nerviosos no presentan convulsiones casi nunca. La parálisis hemipléjica es su carácter esencial. Por consecuencia, si en el curso de una apoplejía sanguínea se ven aparecer convulsiones, se debe suponer que ha sobrevenido una complicación, tal como una congestión aguda, una encefalitis alrededor del foco apoplético, una *meningitis*, una congestión serosa ó cualquiera otra afección en que las convulsiones acostumbren á manifestarse.

La *encefalitis* no produce menos alteraciones del movimiento y del sentimiento que de la inteligencia. Las parálisis y las convulsiones se encuentran en primera línea. Estas son rara vez generales, presentándose ordinariamente en un miembro, en un pié, en una pierna ó en la cara; son pasajeras, pero vuelven á presentarse con la mayor facilidad y van acompañadas de las demás alteraciones de la sensibilidad y del movimiento que hemos señalado ya.

Estas convulsiones se limitan al lado del cuerpo opuesto á la lesión, pero no constantemente; por lo general tienen lugar en ambos lados, aunque la lesión esté limitada á un hemisferio solo.

No es tampoco raro observar en un simple reblandecimiento, parálisis de un lado del cuerpo y movimientos convulsivos del otro.

Hemos visto, en una jóven, sobrevenir, á consecuencia de una caída, convulsiones generales clónicas, que se repetían muchas veces en el día, y en medio de las cuales no tardó en sucumbir. Existía un reblandecimiento inflamatorio agudo de toda la parte central del cerebelo.

En los individuos afectados de *derrames serosos* extra ó intracerebrales, de *edema del cerebro*, se ven algunas veces sobrevenir, en medio de la soñolencia y de la resolución, convulsiones pasajeras, pero débiles y poco extensas. Se han observado también en las *atrofias* del cerebro.

En los *tumores* de los centros nerviosos es en los que se han notado más las convulsiones. Hemos señalado ya muchas veces los principales fenómenos de estos tumores; así nos limitaremos á recordar, que los enfermos experimentan un dolor permanente de cabeza, fijo, algunos accidentes de parálisis localizadas, verdaderas alteraciones



de la sensibilidad y de algunas facultades intelectuales, y por intervalos accesos convulsivos epileptiformes. Para adquirir mas detalles, vuélvase á leer el artículo *Parálisis*.

**Convulsiones en las neurosis.**— Darémos á este párrafo mas extension que al precedente, porque las convulsiones de las neurosis tienen caracteres mas marcados que los de las afecciones arteriales de los centros nerviosos, y por consecuencia el diagnóstico de estas últimas afecciones se hace por eliminacion, y cuando se ha conocido que las convulsiones que se observan no pueden referirse á ninguna neurosis conocida. No queremos decir que sea esta la única manera de proceder al diagnóstico de las afecciones del cerebro, pero sí que es un método muy útil y universalmente seguido.

Las principales neurosis convulsivas son: la corea, la epilepsia, el histerismo, la catalepsia y el tétanos.

En otro capítulo estudiaremos el ergotismo convulsivo, la rabia, y otras muchas enfermedades que presentan espasmos musculares.

**Corea.**— Existen dos especies de coreas, la ordinaria y comun, y la grave. La corea ordinaria se manifiesta en los niños de ambos sexos, desde la edad de diez años á la de quince próximamente, siendo raro verlas en otra época de la vida; las jóvenes están mas expuestas que los varones, en una notable proporcion. El miedo, la imitacion, la masturbacion, el reumatismo (G. Séé) son las causas mas frecuentes.

La corea comienza lenta ó bruscamente. En el primer caso, uno de los miembros, generalmente uno de los del lado izquierdo, se debilita; si es la pierna, se dobla al andar; si el brazo, sus movimientos están entorpecidos, y al fin la convulsion se establece definitivamente presentando los siguientes caracteres. En la mayoría de los casos solo está afectada una mitad del cuerpo (hemicorea), siendo esta casi siempre la izquierda; algunas veces es general, pero las convulsiones se manifiestan constantemente mas en un lado que en otro. Las convulsiones son clónicas. La cara, que no siempre está atacada, ejecuta gestos y contorsiones involuntarias; un brazo presenta unayespecie de salto continuo: cuando el enfermo quiere servirse de él, no se dirige directamente al objeto, sino que ejecuta movimientos bruscos, tortuosos, angulares, y no consigue su deseo sino con rodeos; una vez cogido el objeto, le sujeta mal algunas veces y se cae; si este es un vaso lleno, el líquido se derrama, no pudiendo beber muchas veces el enfermo. La pierna ejecuta tambien movimientos variados, se echa lateralmente, cojeando ó arrastrando el pié; el borde interno se eleva, y el enfermo anda sobre el borde

externo ó cae, produciéndose una torcedura: cuando las convulsiones son fuertes, los enfermos no pueden andar solos.

Las convulsiones no son permanentes, cesan con el reposo y durante el sueño, aumentan en la progresion, el ejercicio, y sobre todo cuando los enfermos conocen que se les examina con atencion.

El lado del cuerpo en que existen las convulsiones está generalmente mas débil y menos sensible que el otro.

La corea dura largo tiempo, sin fenómenos febriles, sin alteraciones cerebrales notables; advirtiéndose solo la disminucion de la inteligencia y la falta de aptitud para el trabajo.

Este conjunto de sintomas no permite confundir la corea con otras enfermedades convulsivas.

La corea grave presenta algunas veces otros fenómenos, y en este caso existen movimientos permanentes de los dos lados del cuerpo, imposibilidad de tenerse de pié; las manos y los piés están en una agitacion continua que nada puede detener; los movimientos se repiten tanto que acaban por romper los tejidos de sus vestidos, los lienzos de sus camas y aun lacerar su propio tegumento, produciéndose escoriaciones y desgarraduras mas ó menos profundas del dermis. En medio de estos accidentes hay ansiedad, dolores vagos y una semiaberracion de la inteligencia; generalmente terminan estos casos por la muerte de los enfermos, sin que nada pueda detener sus terribles convulsiones. El cloroformo puede algunas veces apaciguarlas, pero vuelven á comenzar cuando termina el coma, ó es necesario prolongar mucho tiempo el empleo del anestésico. Algunas veces se conserva la inteligencia, pudiendo notarse entonces la influencia que tiene sobre los ataques; los enfermos, sobre todo las mujeres, pueden determinar la disminucion ó alejarlos al menos, pero los accesos siguientes son casi siempre mas prolongados y mas graves. La intimidacion los suspende algunas veces.

Los ataques coréicos, sean de la primera ó de la segunda especie, son siempre de larga duracion, es decir, que persisten durante semanas y meses, reproduciéndose diariamente; continuidad que no se observa en otras neurosis. La corea grave afecta mas ó menos la economia: la ordinaria es compatible con el estado de salud, salvo la disminucion de la inteligencia.

**Histerismo.**— Esta afeccion se presenta bajo un gran número de diversas apariencias, de modo que se podria, solo considerando el síntoma dominante, establecer en esta afeccion las formas convulsiva, comatosa, parálitica, dolorosa, etc.; pero esta division seria arbitraria, pudiéndose admitir tantas formas como fenómenos principales. En el fondo, el histerismo es único, pero en los casos parti-