

La vacunoterapia de la corea de Sydenham

por

R. Lautier ⁽¹⁾

El tipo clínico que designamos bajo el nombre de *corea* fué descrito por primera vez en 1685 por Sydenham. En su descripción SYDENHAM no mencionó ni la relación de la corea con el reumatismo, ni las complicaciones cardíacas que le acompañan. BOUTELLE, de Manosque, en 1810 tuvo el mérito de sospechar las relaciones de la corea con el reumatismo, confirmadas más tarde por TODD en 1840, GERMAIN SEE en 1850 y H. ROGER en 1866-67.

Por último, GERMAIN SEE y H. ROGER atribuyen a la corea las complicaciones cardíacas que le acompañan tan a menudo.

El origen reumático de la corea fué, como consecuencia, universalmente aceptado, hasta a principios de este siglo, en que se produjo una reacción bastante viva bajo la influencia de R. CRUCHET, de Burdeos, y VON ECONOMO, de Viena, para los cuales la corea era de origen encefalítico. Esta opinión, brillantemente defendida, abrió la puerta al escepticismo en cuanto a la naturaleza íntima de la corea, y permitió a varios autores emitir teorías más o menos fundadas sobre la etiología

de esta afección. Así, PINEL y NOBÉCOURT hacen de ella una enfermedad específica de germen desconocido, y ROGER, de Marsella, la considera debida a un virus neurotrópo. Señalamos aún, que COZZOLINO, SIMONINI, MOLIN DE TEISSIEU y TITOUSSI observan algunos hechos que les llevan a pensar que una intoxicación paratireopriva es el origen de la corea y que MILLIAN no quiere ver en ella más que una manifestación de heredo-sífilis.

La clínica parece haber rápidamente demostrado el carácter demasiado teórico de estos ensayos de explicación de la naturaleza exacta de la corea, y, a la hora actual, su origen reumático no parece ser negado por nadie, ya que podemos decir con BABONNEIX: "La corea reumática no ha muerto; está tan viva como en los tiempos en que la corea encefalítica no había aun sido conocida."

La naturaleza reumática de la corea de Sydenham está demostrada no solamente por los hechos que nos permite observar la clínica, sino también en un conjunto de investigaciones bacteriológicas y experimentales.

En un gran número de casos, en efecto, ha sido posible aislar en la sangre o en

(1) Comunicación al •VIII Congrès de Mèges i Biòlegs de Llengua Catalana•, junio-julio de 1934.

el líquido céfalorraquídeo de los enfermos atacados de corea un germen diplostreptococo, presentando todos los caracteres de cultivo o biológicos del diplostreptococo reumático. (APERT, WESTPHAL, WASSERMANN, MALKOFF, BEATON y WALKER, POYNTON, COLLINS, QUIGLEY, RICHARDS, ROSENOW.)

Además; a nivel de las meninges ya del tejido cerebral de los individuos muertos de corea, este mismo germen ha sido descubierto por DANA, TRIBOULET y COYON, etc.

En fin, con ayuda de gérmenes aislados de enfermos atacados de corea, BEATTIE, COLE, HENRICI y ROSENOW han podido producir en el animal todo el cuadro clínico de la enfermedad.

El conjunto de estos hechos autorizaba el ensayo de la vacunoterapia en el tratamiento de la corea. MARSH en 1911 y COLLINS en 1913, utilizaron una vacuna preparada con ayuda de estreptococos aislados de enfermos atacados de reumatismo o de corea grave. MARSH trató 10 casos con 9 éxitos; inyectó dosis de 10 millones de gérmenes. COLLINS trató con éxito un caso de corea con ayuda de la auto-vacuna preparada con gérmenes aislados en la sangre del enfermo. Este curó en pocas semanas después de haber recibido 2 inyecciones de la vacuna, una de 10 y otra de 50 millones de gérmenes.

A pesar de los buenos resultados obtenidos, éstos primeros ensayos no fueron continuados y hay que esperar hasta 1923 la vuelta al ensayo de la vacunoterapia en el tratamiento de la corea.

En esta fecha, VIVIEN, de Sidi Bel Abbés (Argelia), publica la observación de una joven enferma que trató, por una corea grave, con stock vacuna-antirreumática, preparada según la fórmula del Dr. BERTRAND, de Amberes.

La importancia de esta observación nos impone su reproducción íntegra.

Observación primera: Corea - Endocarditis. — Dr. VIVIEN.

Joven de 14 años, atacada de corea, desde 3 meses. Yo la vi por primera vez, el 15 de mayo de 1923. Estaba extendida encima de un colchón colocado en el suelo; sus movimientos coreicos eran de extrema violencia. Se tiraba por todos lados; hacía muecas continuamente; ningún músculo de su cuerpo parecía estar quieto. La delgadez era horrible; era imposible toda alimentación, completa imposibilidad de hablar; algunos gruñidos era todo lo que se podía obtener de ella cuando se le hacían preguntas. Los ojos eran vivos, inteligentes. La chica había sido tratada anteriormente y sin ningún éxito con todas las terapéuticas normalmente empleadas en casos parecidos.

Propuse a la familia el tratamiento por la Immunovacuna antirreumática, que fué aceptada, aunque con desconfianza.

La primera inyección fué hecha el 12 de mayo. Se declaró una mejoría apreciable después de la tercera; la enferma había descansado un poco. Después de la cuarta ya no fué necesario sujetarla y vigilarla continuamente como antes; se la trasladó a una cama baja.

Las inyecciones eran bien soportadas; precipité un poco el tratamiento no teniendo la familia adicta; tenía ganas de marchar, pues la cosecha se aproximaba y necesitaban mujeres en la casa.

El 23 de mayo la enferma empezó a alimentarse; durmió un poco más; el soplo cardíaco disminuyó; los sonidos que articulaba parecían menos bestiales; la facies se modificaba favorablemente.

Un mes después del tratamiento la enferma empezó a articular algunas palabras; tendía la mano, comía sentada en su cama. El sueño, cada vez fué más profundo; el soplo mitral se atenuó cada vez más; desapareció el 18 de julio, al mismo tiempo que los movimientos coreicos eran reducidos a poca cosa. La palabra, aunque un poco tartamudeando, reapareció; las noches las pasaba bien. El estado general mejoraba a simple vista.

Cuarenta días después del principio del tratamiento por la vacuna (a la que no fué asociada ninguna otra medicación) la chica marchó casi

curada con sus padres a Berthelot, situado a 52 kilómetros de Bel Ablés, donde permaneció durante el período de la recolección. A su vuelta, en el mes de octubre, era una magnífica chica que había crecido y engordado, al propio tiempo que había desaparecido la corea.

En el mes de mayo de 1924 fuí llamado cerca de ella, por un reumatismo generalizado con endocarditis mitral. La traté de nuevo con rápido éxito con la vacuna antirreumática de Bertrand.

Desgraciadamente interrumpió su tratamiento después de la quinta inyección de vacuna, y escapó a mi vigilancia, volviéndose a Berthelot, para las recolecciones. En los primeros días de julio volvió a tener un nuevo ataque reumático violento con perturbaciones cardíacas, pero esperó estar para volver a Sidi Bel Abbés. Saliendo por la noche de su casa, llegó al amanecer a la ciudad, cuando de repente cayó muerta en el coche que la llevaba.

Si entre las observaciones de curación de manifestaciones reumáticas por la vacuna Bertrand que he podido reunir, he preferido publicar este caso, a pesar de su desenlace fatal, es que esta observación me parece más interesante y más sugestiva desde varios puntos de vista:

Trae un nuevo hecho viniendo a confirmar las relaciones íntimas de la corea de Sydenham con el reumatismo. Mi joven enferma empezó por presentar una corea intensa remontando a 3 meses cuando la vi por primera vez. El examen de la enferma daba la impresión clínica que me encontraba en presencia de una de estas enfermas graves de la corea, rebelde a todo esfuerzo terapéutico y de un pronóstico particularmente grave, dada la coexistencia de una endocarditis mitral.

Esta corea, que había hasta entonces resistido a todos los medicamentos administrados a la enferma, fué vencida rápidamente por algunas inyecciones de vacuna antirreumática; la endocarditis mitral fué paralelamente mejorada, si no curada. Un año después, en mayo de 1924,

el carácter reumático de los accidentes coreicos de mi joven enferma fué evidente por la aparición de una crisis de reumatismo articular agudo con nuevo ataque de la mitral, crisis de nuevo rápidamente vencida por la vacuna Bertrand.

La presencia en las dos fases de la enferma, fase coreica y fase reumática articular de la manifestación de una endocarditis mitral, permite llegar a una unidad etiológica, que confirma la acción rápida y bienhechora de la medicación específica por la vacuna antirreumática de Bertrand.

Mi enfermita murió a consecuencia de su endocarditis mitral reaparecida con su segundo ataque de reumatismo articular agudo generalizado.

Tengo completamente la impresión de que si en este caso me hubiese sido posible tratar convenientemente mi joven enferma y prolongar particularmente el empleo de la vacuna Bertrand, hubiera llegado a curarla completamente.

En esta observación VIVIEN ha tenido el mérito raro de establecer las reglas de la vacunoterapia anticoreica, de fijar la posología, de mostrar toda su actividad y de abrir así el camino a una nueva terapéutica de la corea.

Nuestras observaciones personales son posteriores y se extienden durante un período de 10 años. Nos han demostrado que la vacunoterapia anticoreica constituye un verdadero progreso. Por esto hemos creído que era nuestro deber exponer algunos de estos casos tratados por este método.

Entre los 30 casos que hemos tratado, hemos escogido algunos que nos han parecido particularmente interesantes. Todos menos la observación III son inéditos. Esta observación III, tomada en colaboración con el Dr. FOLACCI, de Niza, fué presen-

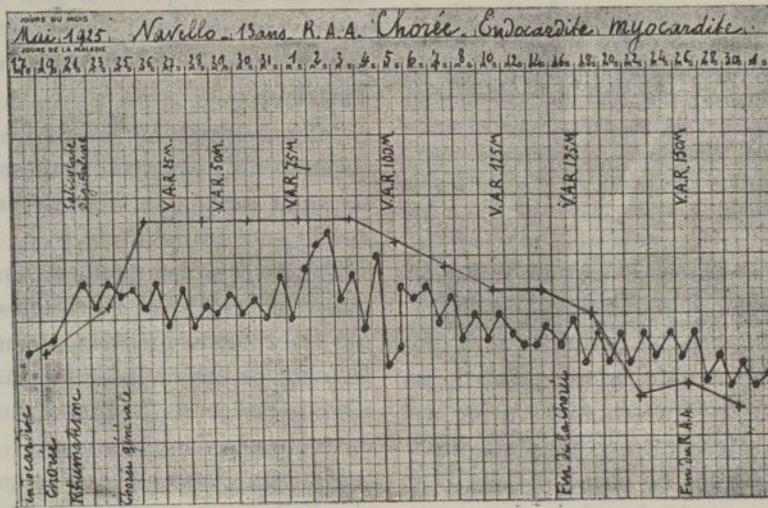
tada el 10 de octubre de 1928 a la Sociedad de Terapéutica (París) como caso de endocarditis reumática, curada por vacunación.

Observación segunda: Corea. El 20 de febrero de 1924, L. D., de 16 años de edad, me fué llevado por su médico el Dr. DUMAS, de Niza, porque desde el principio de Enero de

tadas por él, aconsejo el tratamiento por la vacunación antirreumática.

El 4 de marzo de 1924 veo de nuevo este enfermo que ha soportado bien las primeras dosis de la vacuna antirreumática. Su estado ha mejorado notablemente: sus movimientos coreicos son menos pronunciados y menos frecuentes.

Aconsejo seguir el tratamiento. El 15 de abril el enfermo está completamente curado, después de haber recibido 15 inyecciones de vacuna antirreumática de 25 a 325 millones de gérmenes.



Observación tercera

1921 presentó corea, habiendo resistido hasta este día a toda terapéutica.

Ejerciendo la profesión de carnicero, sus movimientos coreicos son un estorbo para él y han sido hasta la causa de un accidente profesional grave. En sus antecedentes no se encuentra más que una viruela a la edad de 6 años. A los 12 años, sin embargo, tuvo una manifestación reumática en el hombro izquierdo, pero los dolores fueron muy fugaces y no reaparecieron hasta el mes de octubre de 1923, localizándose en los dos hombros y las dos muñecas.

En el momento de mi examen sufre aún en casi todas las articulaciones, exagerándose los dolores por cualquier enfriamiento.

El corazón es normal; no hay fiebre. Los movimientos coreicos, muy intensos, residen exclusivamente en los dos miembros superiores.

Ante los antecedentes reumáticos del enfermo y las manifestaciones indiscutibles presen-

Después de esta época, de vez en cuando he tenido noticias de este enfermo. No ha tenido jamás recidivas ni de corea ni de reumatismo: Goza hoy día de una perfecta salud.

Observación tercera: Reumatismo - Corea - Endomiocarditis.

El 26 de mayo de 1925, fuí llamado en consulta por mi colega el Dr. FOLACCI, cerca de la joven N..., de 13 años de edad. Esta niña, vista el 17 de mayo, por mi colega, en su despacho, presentaba un mal estado general desde 20 días aproximadamente. Anemia, debilidad marcada, anorexia, impresionabilidad exagerada; al examen nada de particular sino solamente una respiración mitral sistólica, con propagación a la axila y temperatura de 37.5 grados. En un segundo examen, el 19 de mayo, mi colega observa algunos fenómenos nuevos: paresia del brazo

izquierdo con movimientos coreicos del miembro inferior izquierdo; el corazón se contrae más rápidamente (90 pulsaciones al minuto). Ordena reposo en cama.

El 21 de mayo, temperatura 38° 6; la joven enferma ha tenido noches muy agitadas. Su codo izquierdo está rojo, tumefacto, doloroso; el resto está igual. El diagnóstico de reumatismo articular con endocarditis y corea se impone y el tratamiento clásico es ordenado: salicilato de sosa al interior, salicilato de metilo al exterior, régimen lácteo, digitalina (5 gotas por día).

Bajo la influencia del tratamiento el codo izquierdo toma su estado normal, pero permanece doloroso al movimiento mientras que otros dolores articulares aparecen al nivel de la rodilla izquierda, en la mano derecha y en la articulación témporo-maxilar izquierda. El pulso pasa a 102, la temperatura oscila entre 38 y 39° gran agitación nocturna, movimientos coreicos generalizados en los 4 miembros, en la cabeza, en la cara y en el cuello. Deglución difícil. Es entonces que ante la persistencia y la agravación de estos síntomas soy llamado a ver la enferma por primera vez.

En mi examen, observo que esta niña tiene la cara pálida, los ojos con ojeras; todo su cuerpo está animado de movimientos coreicos; hay hinchazón, rojez y dolor al nivel de las articulaciones de la mano derecha; el codo izquierdo es doloroso a los movimientos. Las rodillas son indoloras. La enferma contesta bastante bien a las preguntas que le son hechas, a pesar de su abatimiento. El brazo izquierdo está en estado de semiflaccidez, pero los movimientos voluntarios no han desaparecido; no existe más que un poco de paresia. La abertura de la boca es dolorosa, la deglución difícil, sin pérdidas de líquido por la nariz. Reflejos normales. En el corazón respiración sistólica de la punta muy limpia, timbre elevado, propagándose a la axila; nada en los otros focos; el corazón late rápidamente (132 pulsaciones al minuto), estado de eretismo del músculo cardíaco que levanta la pared torácica. Ningún desarreglo circulatorio general; presión según Pachon 13/8. El resto del organismo es normal.

No pudiendo hacer más que confirmar el diagnóstico de mi colega aconsejo el tratamiento por la Inmuno-vacuna antirreumática. El 27 de mayo, primera inyección de vacuna (25 millones). La articulación témporo-maxilar izquierda es dolorosa y dificulta el abrir la boca; raquialgia, dolores en la mano derecha. El le-

vantamiento precordial parece disminuir. Ninguna reacción vacunal local; un poco de agitación durante la noche; temperatura entre 37° 9 y 38° 5°.

El 29 de mayo, pulso a 120, movido; acentuación de la debilidad general y de la palidez de la cara; tumefacción roja y dolorosa del índice derecho. Segunda inyección de vacuna (50 millones). El 30 y 31 de mayo, estado estacionario, temperatura máxima: 38° 4°. El 1 de junio recrudescencia del eretismo cardíaco, y movimientos coreicos, pero atenuación de los dolores articulares. Tercera inyección a dosis de 75 millones. Noche agitada, recrudescencia. La noche de la inyección síntomas articulares: hombro izquierdo doloroso y tumefacto. El 2 de junio la tumefacción del hombro se acentúa; la orina es oscura y rara, no hay albúmina; brote claro de la infección reumática y fenómenos coreicos. Temperatura 39° 4°.

El 3 de junio atenuación de los síntomas articulares, pero movimientos coreicos aumentados, muy vivos; lengua saburral, la palabra y deglución son imposibles; el pulso se eleva a 132; temperatura máxima 38° 7°.

El 4 de junio, eretismo cardíaco siempre pronunciado; temperatura 39°. El 5 de junio cuarta inyección (100 millones).

El 6 de junio disminución del eretismo cardíaco y de los movimientos coreicos, disminución que se acentúa el 7 y 8 de junio, al mismo tiempo que la temperatura desciende a 38° 5°, después a 38. El 9 de junio, por la noche, ligera aparición de los dolores articulares (rodilla izquierda, mano derecha, y en las articulaciones témporo-maxilares).

El 10 de junio, quinta inyección (125 millones). el 11 de junio, disminución considerable de los movimientos coreicos, que desaparecen casi completamente el 15. La temperatura oscila por bajo de 38°.

El 17 de junio sexta inyección de vacuna (125 millones); la mejoría continúa, el corazón está calmado.

El 24 de junio, última inyección de vacuna (150 millones). Los brotes reumáticos han desaparecido, la temperatura es normal, 37° 5 ó 37° 6° al máximo; el pulso late aun a 100, el soplo mitral aun persiste.

He tenido ocasión de volver a ver esta enferma en enero de 1928. Se ha convertido en una chica muy desarrollada y bella. Me dijo que después del cese del tratamiento su estado había continuado mejorando rápidamente y que jamás

se había resentido de su ataque de reumatismo articular agudo.

Vuelta a ver en octubre de 1929, esta chica estaba perfectamente bien.

Actualmente goza de perfecta salud.

Observación cuarta: Corea. T. A., de nueve años de edad, es admitido en el hospital Lanval, sala núm. 1, cama 9, el 22 de mayo de 1930, por estar atacado de corea.

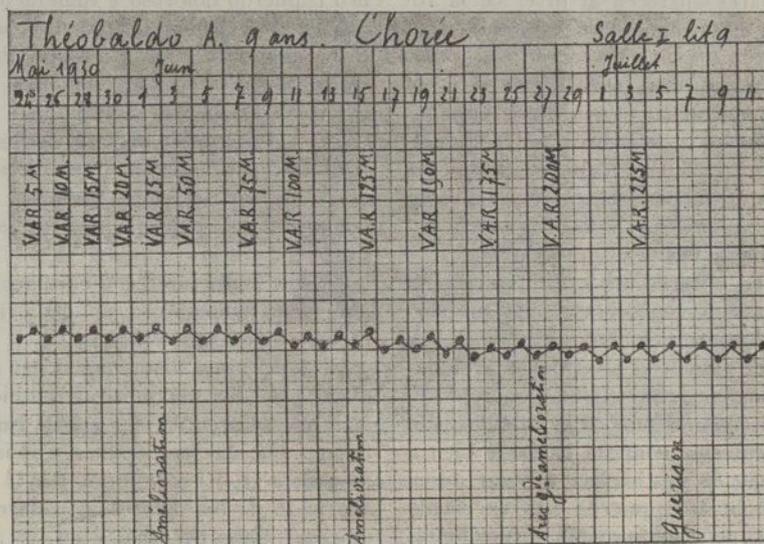
Este niño ha estado siempre bien de salud, hasta hace un mes. En este momento, sin enfermedad infecciosa aparente anterior, empezó

músculos del brazo derecho, del cuello, de la mitad derecha de la cara, del muslo, y de la pierna derecha y de la mitad derecha del abdomen están afectos de movimientos incoordinados, con predominio de la agitación al nivel del brazo y de la mano.

Las articulaciones de los dos muñecas presentan crujidos pero son insensibles a la palpación; sólo es sensible la articulación del codo derecho.

El corazón es regular, sin eretismo y sin lesiones del endocardio. El pulso está a 72. El estado general está bien y conserva el apetito.

A su entrada en el hospital el enfermo ha



Observación cuarta

a presentar movimientos incoordinados en la mitad derecha del cuerpo; en un principio en la muñeca, después, progresivamente, del brazo y de la espalda. Estos movimientos han molestado desde el primer día la escritura del niño que es un alumno estudioso. Los movimientos coreicos en un principio lentos se han vuelto pronto súbitos. Algunos días más tarde los músculos de los muslos han sido atacados y de igual manera el cuello y la parte derecha de la cara.

Desde un principio la afección ha evolucionado sin fiebre. Habiendo la marcha progresiva de la enfermedad reducido al niño a una impotencia completa, éste es admitido en el hospital.

En mi primer examen, el 25 de mayo, los

recibido una inyección de la inmunovacuna antirreumática de 5 millones. Esta primera inyección ha aportado una ligera mejoría, sobre todo del brazo derecho, cuya impotencia funcional era absoluta.

El 2 de junio observo una mejoría clara del lado del miembro inferior derecho y de los músculos abdominales. El pulso está más calmado y late a 60. Los dolores del codo derecho han desaparecido.

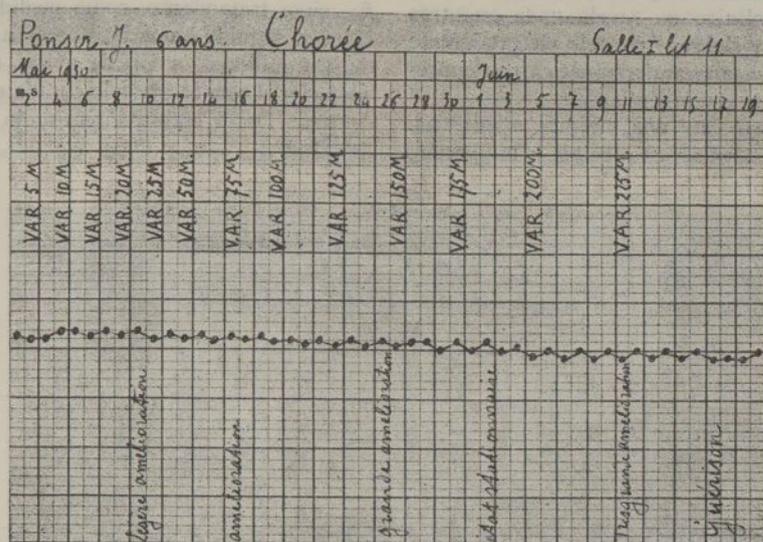
El 11 de junio la mejoría se ha acentuado: pulso siempre a 60. Mano, muñeca y espalda del lado derecho están siempre animados por movimientos coreicos, pero menos frecuentes, menos acentuados.

El 27 de junio el enfermo es considerado

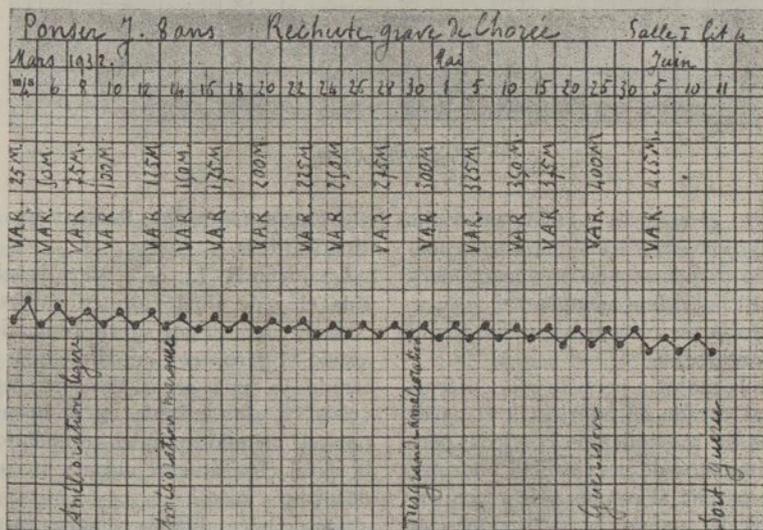
como curado. El día 25 se le dió la última inyección de vacuna (225 millones).

Después de su salida del hospital el niño ha estado siempre en perfecta salud.

Desde su admisión es puesta en tratamiento con salicilato de sosa (2 grs. al día) y licor de Boudin (1 gr. al día). Siendo este tratamiento completamente ineficaz y agravándose el estado



Observación quinta



Observación quinta

Observación quinta: Corea. La joven P. J., de seis años de edad, es admitida el 24 de abril de 1930 en el hospital Lanval, sala 1, cama 11, porque presentaba movimientos coreicos sin ningún antecedente preciso.

de la enferma, fui llamado a examinarla el 2 de mayo de 1930.

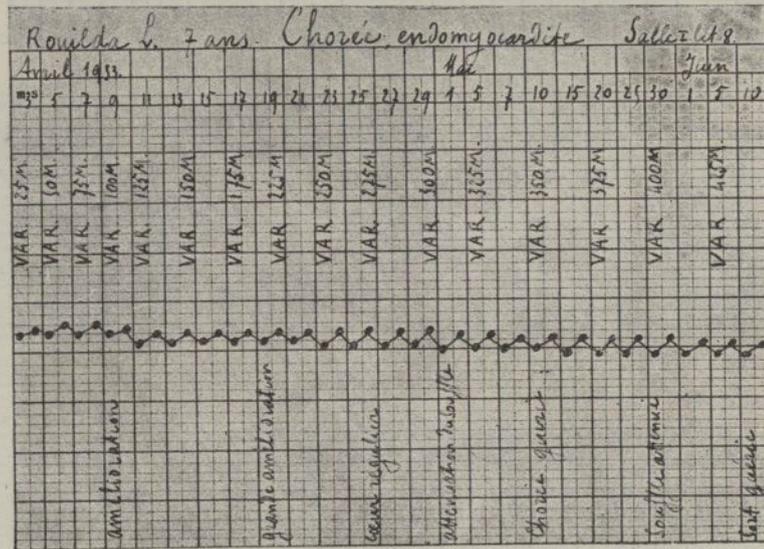
En este momento observo movimientos coreicos de los músculos de la mitad superior del cuerpo: brazo, tronco, cuello, cabeza, boca. La

deglución es lenta y penosa. La palpación de las articulaciones revela un dolor vivo en el codo izquierdo. Las otras articulaciones son indoloras. El corazón es normal, sin soplo y de volumen también normal. El pulso late a 78.

El examen clínico no revela nada en otros lugares. No hay fiebre. Aconsejo el tratamiento por la inmunovacuna antirreumática con supresión de toda otra terapéutica.

El 10 de mayo hay una mejoría manifiesta. El codo derecho ya no es sensible a la presión,

primero, va acompañado de fiebre ligera. El corazón es normal; el pulso está a 72. Las inyecciones de inmunovacuna antirreumática son de nuevo administradas. Aportan rápidamente el mejoramiento y después la curación de la niña, cuyo tratamiento, como medida de precaución, es seguido hasta la inyección de una dosis de 425 millones, a fin de evitar toda recidiva posterior. La enferma sale curada el 11 de junio de 1932. Desde entonces ha estado siempre bien de salud.



Observación sexta

el pulso está a 72, el corazón regular, sin soplo.

El 16 de mayo, la enferma sigue mucho mejor; ha recibido 7 inyecciones de vacuna de 5 a 75 millones. El pulso late siempre 72.

El 26 de mayo la mejoría prosigue: se le autoriza para levantarse.

El 2 de junio la mejoría persiste y la enferma sale del hospital curada en apariencia el 23 de junio. No tiene ya movimientos coreicos, pero tiene aún movimientos de nerviosidad anormal.

La enferma marcha al campo, y le recomiendo el empezar de nuevo las inyecciones de vacuna a la menor amenaza de recidiva, pues ésta es posible a consecuencia de la insuficiencia de la última dosis inyectada (225 millones).

El 4 de marzo 1932, la joven enferma es hospitalizada de nuevo en el hospital Lanval, sala I, cama 4, por recidiva de corea.

Este segundo ataque es menos intenso que el

Observación sexta: Reumatismo. — Corea. — Endocarditis.

La joven R. L., de 7 años de edad, es admitida el 3 de abril 1933 en el hospital Lanval. Sala I, cama 8, por sufrir reumatismo articular agudo, ligero, con movimientos coreicos. Ha tenido ya una crisis de corea en 1932; esta crisis ha sido tratada en el hospital St. Roch por el método químico-terapéutico. Salió del hospital clínicamente curada, pero con una endocarditis mitral.

Desde hace algunas semanas la chica empieza de nuevo a sufrir dolor en sus articulaciones y presenta una recidiva de corea, por lo que su familia la hace entrar en el hospital Lanval.

Es puesta inmediatamente en tratamiento por la inmunovacuna antirreumática.

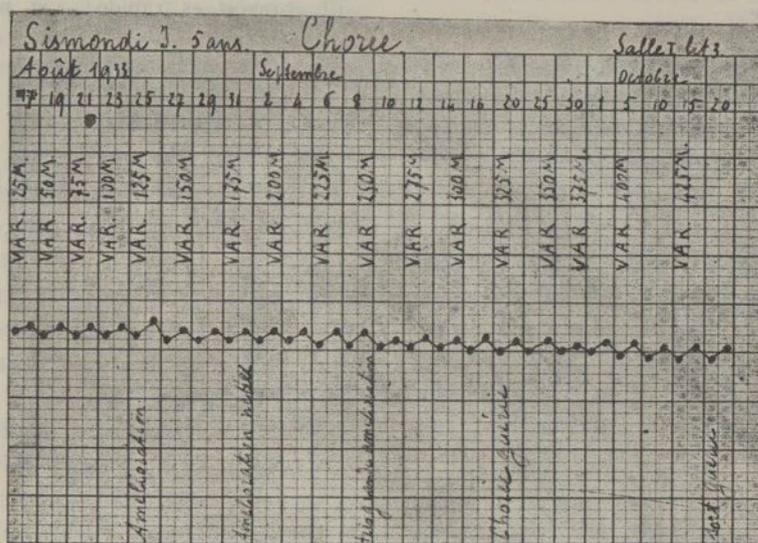
Desde mi primer examen, del 7 de abril, observo que las articulaciones de los codos y de

las muñecas son dolorosas y que los miembros superiores y la cabeza están animados de movimientos coreicos. Del lado del aparato circulatorio existen perturbaciones bastante serias: Existe, en efecto, un soplo sistólico de insuficiencia mitral y el corazón late de una manera irregular, dando la impresión de la existencia de una arritmia total por fibrilación auricular. El pulso, difícilmente contable, late alrededor de 120 pulsaciones por minuto.

El diagnóstico de reumatismo con endocar-

antigua, observada en el momento de su entrada en el hospital.

Observación séptima: Corea. La joven S. I., de cinco años de edad, entró en el hospital Lanval; Sala I, cama 3, el 17 de agosto de 1933, por presentar movimientos coreicos intensos, localizados en los miembros superiores y de una manera menos intensa en los miembros inferiores, pero no pudiendo estar



Observación séptima.

ditis y corea fué sentado, aconsejándose seguir el tratamiento con la inmunocavuna antirreumática con indicación de proseguir la terapéutica vacunal hasta la inyección de mayor dosis de gérmenes.

Bajo la influencia del tratamiento, la enferma curó rápidamente. Los dolores reumáticos desaparecieron primeramente, y pronto la desaparición de los movimientos coreicos, que cesaron a la 10.^a inyección de vacuna.

El corazón disminuyó sus latidos a la 5.^a inyección y se regularizó súbitamente a renglón seguido.

La enferma salió del hospital el 10 de junio completamente curada.

El 15 de mayo de 1934 tuve ocasión de volver a ver la joven R. L. Estaba completamente bien: su corazón era del todo regular y no presentaba ninguna señal de la lesión mitral

casi nunca de pie. Del lado del corazón no existe nada anormal: el pulso late a 70. El comienzo de la afección tuvo lugar 15 días antes, sin manifestaciones reumáticas anteriores o actuales.

La enferma es inmediatamente puesta en tratamiento mediante la inmunocavuna antirreumática.

Esta aporta una mejoría rápida en los movimientos coreicos, que desaparecen en un principio de los miembros inferiores desde la 4.^a inyección. Los movimientos incoordinados de los miembros superiores se atenúan a la 8.^a inyección, para desaparecer completamente a la 10.^a.

La terapéutica es seguida hasta la inyección de las dosis más elevadas: 425 millones, a fin de prevenir toda recidiva ulterior.

La niña sale del hospital el 20 de octubre en

estado general perfecto con un aumento de peso de 2 kilos, sin haber presentado localización cardíaca de la infección reumática.

Después de su salida, la joven S. I. está en perfecto estado de salud.

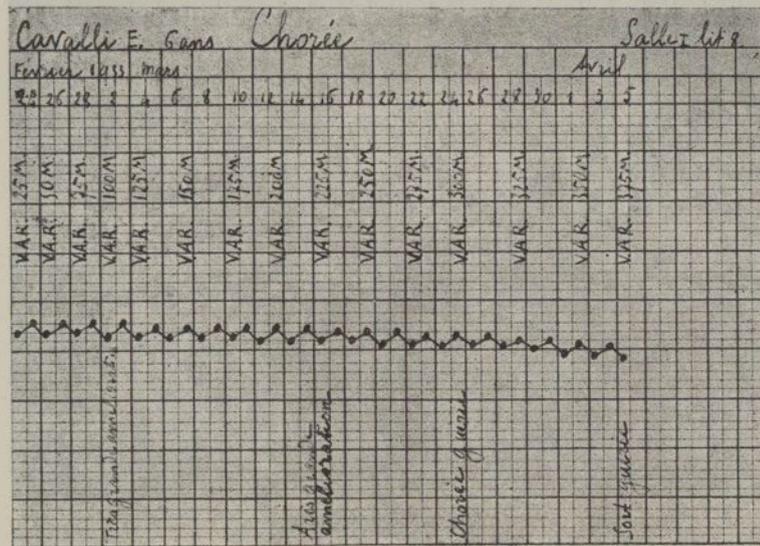
Observación octava: Corea. la joven C. E., de seis años de edad, es admitida el 24 de febrero de 1934 al hospital Lanval, Sala I, cama 8; presentaba movimientos coreicos, cuya aparición tuvo lugar algunos días antes solamente.

y rápidos. Los músculos de la lengua están igualmente atacados: la lengua es continuamente proyectada fuera de la boca. La facies de la niña es violácea.

Las piernas presentan también movimientos coreicos, pero menos pronunciados, aunque su intensidad es tal, que la enferma rompe su camisa y sus sábanas.

La deglución es absolutamente imposible, salvo para un poco de líquido. La enferma no puede tenerse en pie y es incapaz de llevar un objeto a su boca.

El corazón es rápido: 120 pulsaciones al



Observación octava

Principio súbito: El primer día, la madre observa que la niña mueve los brazos de una manera desordenada. A la mañana siguiente los movimientos coreicos se manifiestan en las piernas, en el cuello y en la cabeza. La niña babeaba y no podía tragar nada sin tener regurgitaciones, sobre todo con los alimentos sólidos. La carne en particular no podía ser deglutida. Al cuarto día, ante la persistencia y la agravación de estos trastornos, los padres hacen ingresar la niña en el hospital.

En mi examen del 25 febrero observo: movimientos coreicos intensos de todo el miembro superior derecho, mientras que el izquierdo está inmóvil, flácido, en estado de paresia profunda. La cabeza, el cuello, la cara están animados de movimientos coreicos desordenados, continuos

minuto. No hay ni soplo ni aumento de volumen.

La niña no ha presentado nunca ningún signo de reumatismo, pero ha tenido una crisis de corea hace ya un año.

La enferma es sometida inmediatamente al tratamiento mediante la inmunovacuna anti-reumática, cuya primera inyección aporta un sedante a los movimientos coreicos de la cabeza con cese del derrame de saliva.

Después de la segunda inyección, la alimentación es mucho más fácil. Después de la tercera inyección, la paresia del miembro superior mejora considerablemente.

El 3 de mayo, en el momento de la cuarta inyección, la niña va mucho mejor. No hay más que algunos movimientos incoordinados

del brazo derecho y de vez en cuando de la cabeza; la enferma puede tragar líquidos y purés, pero aún no carne. La facies es buena; el pulso regular, a 96; no hay soplo ni estremecimiento.

El tratamiento conduce rápidamente a la desaparición total de la paresia de los músculos del miembro superior izquierdo y de los movimientos coreicos. Desde el 16 de marzo, la enferma se alimenta normalmente y aumenta de peso.

El tratamiento es seguido hasta la dosis de 425 millones y la joven C. E. sale del hospital curada el 5 de abril. Desde entonces se mantiene en perfecto estado de salud.

Nuestras 30 observaciones se parecen en todo a las que hemos expuesto. En todas el resultado ha sido regularmente satisfactorio, tanto en medio hospitalario como en cura libre.

La técnica vacunoterápica que hemos utilizado, fué la que indicó VIVIEN, técnica que es la del reumatismo articular agudo con la vacuna antirreumática de L. Bertrand, de Amberes, y que hemos descrito varias veces en nuestras publicaciones anteriores.

En algunos casos solamente hemos principiado por la dosis de 5 millones de gérmenes.

Actualmente empleamos, desde el principio del tratamiento, la dosis de 25 millones. Pues como se puede ver en nuestras curvas de temperatura, la corea soporta muy bien esta vacuna antirreumática y los enfermos no presentan ninguna reacción térmica después de la inyección de la vacuna.

La vacunoterapia anticoreica ha demostrado ser en nuestras manos de una actividad constante. Ha aportado la curación rápida y definitiva sin complicaciones cardíacas todas las veces que las inyecciones han podido ser proseguidas hasta las más altas dosis, es decir, después de la curación aparente, que fué siempre muy precoz.

Si por una razón cualquiera el tratamiento con vacuna no es seguido bastante tiempo, es de temer una recidiva, como en el caso de la observación 5.^a. Si el tratamiento con la vacuna es instituido después de la aparición de complicaciones cardíacas, su acción puede bastar para volver a dar al miocardio toda su integridad funcional como en la observación 3.^a, sin modificar sensiblemente el estado del endocardio. Pero una restitución *ad integrum* del endocardio es, sin embargo, posible, puesto que VIVIEN la ha obtenido de una manera pasajera y nosotros la hemos obtenido definitivamente en la enferma de la observación 6.^a.

Prácticamente, un solo punto debe ser retenido del conjunto de los hechos que acabamos de exponer: es que la corea, siendo una manifestación reumática muy tenaz, está sujeta a recidivas; el tratamiento con la vacuna debe ser prolongado al máximo y el enfermo vigilado después de la curación clínica, a fin de permitir de nuevo la administración inmediata de las inyecciones de vacuna, a la menor amenaza de recidiva.

Aplicada de una manera precoz, la vacunoterapia de la corea de Sydenham se muestra muy eficaz, aporta rápidamente la curación de casos, aun de los más graves, preserva de las complicaciones cardíacas, factor de gravedad de la afección, e influye con éxito estas mismas complicaciones cardíacas si la vacuna es inyectada de una manera bastante prolongada.

Los resultados de la vacunoterapia anticoreica son superiores a los que dan todos los otros tratamientos. Si no constituyen por sí solos una prueba absoluta de la realidad de la etiología reumática de la corea, constituyen una confirmación de datos de la clínica y del laboratorio sobre este problema.

RESUM

Exposa l'autor els resultats obtinguts en el tractament de la corea de Sydenham amb la immunovaccina antireumàtica. Cita 8 observacions escollides entre les trenta per ell tractades amb excellent resultat. Creu l'autor que els resultats obtinguts amb la vacunoteràpia són superiors als que s'obtenen amb altres tractaments, i sinó constitueixen per si sols una prova absoluta del etiologia reumàtica de la corea són una confirmació de les dades que la clinica i del laboratori proporcionen sobre aquest problema.

RESUME

L'auteur décrit les résultats obtenus dans le traitement de la chorée de Sydenham par le immunovaccin anti-rhumatismal. Il cite huit cas

choisis entre les trente qu'il a traités avec des résultats excellents. Il croit que les résultats obtenus avec la vaccinothérapie sont supérieurs aux autres et quoique ceci ne soit pas une preuve absolue de l'étiologie rhumatismale de la chorée, c'est une confirmation des données cliniques et du laboratoire obtenues jusqu'à maintenant sur ce problème.

SUMMARY

The author describes the results obtained in the treatment of Sydenham's chorea with the anti-rumatic immunovaccine. He cites eight cases out of thirty he treated with excellent results. He thinks this treatment superior to all the others and thinks that although it is not conclusive proof of the rheumatic etiology of chorea it confirms the clinical and laboratory data already obtained on this problem.