

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA NATURALEZA DE LAS POLINEURITIS

POLINEURITIS ARSENICALES (*)

Dr. LUIS BARRAQUER FERRÉ

Director de la Clínica de Neuropatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
y del Departamento de Enfermedades Nerviosas del Instituto de Santa Madrona

Miembro de la Real Academia de Medicina

El concepto nosológico de las polineuritis ha experimentado en estos últimos años considerables modificaciones. Estas se refieren principalmente al campo de la etiología y al de la anatomía patológica.

Indica justamente DRAGO FURTADO, autor de una magnífica monografía *Vitaminas e Neuroavitaminosis*, que ciertos problemas revisten hoy una importancia muy considerable en el campo de las polineuritis. El primero, dice, es el grado de participación de las formaciones nerviosas centrales en el proceso mórbido de las polineuritis; el segundo, el de la importancia del factor avitaminósico en la etiopatogenia de la afección.

Respecto al primer punto debemos sumarnos a la opinión sostenida ya por ERB, PIERRE MARIE y BABINSKI y mantenida por FURTADO que considera como muy importante la participación central en el cuadro patológico de los polineuritis. Así lo corroboran el hallazgo de lesiones medulares (especialmente de asta anterior) y de ganglios raquídeos en algunos procesos considerados hasta hace poco como exclusivamente periféricos, la comprobación en tales casos de reacciones inflamatorias del líquido céfalorraquídeo y todavía en el campo de la misma clínica, el cuadro sintomático de algunos enfermos cuyas manifestaciones—como ocurre en uno de nuestros casos de polineuropatía sulfamídica—sólo pueden explicarse admitiendo la coparticipación de un factor central

Respecto a la importancia del factor avitaminósico en la etiología de las polineuritis, consideramos de positivo valor la posición adoptada por FURTADO, ya que a nuestro entender tiene el doble mérito de recoger los resultados de las modernas investigaciones y de huir al mismo tiempo de las exageraciones de algunos, que pretenden agotar con el alfabeto vitamínico la etiología y la terapia de las polineuritis.

Siguiendo las huellas de WECHSLER, señala el neurólogo portugués que la importancia de las causas inflamatorias es muy escasa en la etiología de las polineuritis, la mayoría de las cuales se caracterizan por *lesiones degenerativas*. Estas últimas debieran llamarse, como indica ya el propio WECHSLER y otros, *polineuropatías*.

Entre estas polineuropatías las habría debidas a tóxicos y otras condicionadas fundamentalmente por factores avitaminósicos. Serían *polineuropatías tóxicas* las producidas por el plomo, arsénico, toxina diftérica, óxido de carbono, etc. Las *polineuropatías avitaminósicas* serían a su vez de dos órdenes: unas primitivamente alimenticias, condicionadas directamente por el bajo aporte de factores vitamínicos, a cuyo grupo pertenece la polineuritis beribérica, mientras que otras se deberían a avitaminosis de absorción o de utilización, y entre ellas incluye FURTADO, siguiendo a UNGLEY, las polineuropatías alcohólica, diabética y gravídica.

Quedarían entonces como propiamente *polineuritis* las debidas a factores alérgicos, las condicionadas por infecciones crónicas, fundamentalmente por la lepra, y algunas pocas más.

Expresamos en el siguiente cuadro sinóptico el resumen de estas ideas:

Clasificación etiológica de las llamadas polineuritis (Basada en las ideas de WECHSLER, UNGLEY, FURTADO, etc.)

- A. *Polineuritis* (naturaleza inflamatoria): alérgica, leprosa.
- B. *Polineuropatías* (naturaleza degenerativa):
 1. Tóxicas: saturnina, arsenical, por óxido de carbono, diftérica, sulfamídica, etc.
 2. Avitaminósicas:
 - a) Déficit alimenticio: beriberi.
 - b) Déficit de absorción o de utilización: diabética, alcohólica, gravídica.

(*) Conferencia pronunciada el 9 de mayo de 1946 en la Hermandad de los Santos Cosme y Damián.

Quedamos, pues, resumiendo con ello la revisión de las opiniones más recientes, que la mayoría de las llamadas polineuritis obedecen a un proceso degenerativo y que en muchas de ellas se descubre, clínica o anatómopatológicamente, la coparticipación de un factor central, encefalopático y más frecuentemente mielopático. Tal es la concepción conjunta de WECHSLER, de lo que él llama *síndrome polineuropático*.

Dejamos de lado la polineuropatía gravídica para no alargar nuestro estudio y pasamos a considerar muy brevemente las polineuropatías debidas a la acción tóxica de las sulfamidas.

Dice SCHELLER en el Tratado de Medicina Interna de BERGMANN, STAHELIN y SALLE: «En algunos casos de gonorrea se desarrollan neuritis e incluso polineuritis extensas. Los nervios de los miembros inferiores, esto es, los procedentes del plexo lumbosacro (ciático principalmente) son los lesionados con más frecuencia, mientras que en las extremidades superiores únicamente suelen presentarse parálisis cuando existe una polineuritis generalizada»

Citamos esta frase del autor alemán para afirmar que a nuestro juicio no hay otras neuritis gonocócicas que las ligeras de los nervios vecinos a las articulaciones afectadas por artritis de esta etiología, y que el cuadro polineuropático que puede observarse alguna vez después de esta infección, cuadro que coincide al descrito a grandes rasgos por SCHELLER en el apartado citado, no es debido a ella, sino a un tratamiento sulfamídico abusivo y mal dirigido. En nuestra experiencia de polineuritis no contamos con ninguna observación que pueda considerarse como de etiología gonocócica. Si, en cambio, hemos recopilado en estos últimos años un cierto número de observaciones, cada vez menos frecuentes, de *polineuropatías sulfamídicas*. Algunas de ellas fueron objeto de un estudio publicado con nuestro colaborador TORRUELLA PAUSAS.

La sintomatología de esta afección se inicia por parestesias en pies y piernas que el enfermo refiere como hormigueos y sensación de pesadez. Pronto esta alteración subjetiva se completa con cierto grado de debilidad motora para la marcha, manifestándose clínicamente por la torpeza con que el enfermo realiza la deambulación, la cual adquiere la forma de marcha en *stepage*, o en otros casos de mayor intensidad, un aspecto pseudotabético.

El interés polineurítico puede quedar limitado a las extremidades inferiores, pero muchas veces, las parálisis se observan también en las manos.

De entre los derivados sulfamídicos se revelaron como particularmente nocivos los Diseptales (especialmente el A). Por parte del enfermo predispondría a la afección la fatiga muscular.

Y recordemos que siempre se trata de polineuropatías por *abuso de sulfamidas*.



Figura 1



Figura 2

Queremos referir, con somero detalle, el caso de un enfermo visto en nuestro Dispensario del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, contrabandista de Campodón, cuyos antecedentes alcohólicos eran evidentes. Este enfermo con ocasión de un tratamiento sulfamídico francamente abusivo, hizo un cuadro neurológico que corresponde exactamente al *síndrome polineuropático* de WECHSLER. Presentaba trastornos de tipo periférico (parestias en forma de hormigueos, marcha en *steppage*), trastornos de indudable interés medular (mano con atrofia miopática del tipo Aran-Duchenne) y terminó con un cuadro psicopático que le condujo al suicidio. En este enfermo jugaban como antecedentes, aparte el alcoholismo inveterado, una constitución psicopática familiar evidente. Herencia, alcoholismo y acción tóxica de las sulfamidas, tales debieron ser los agentes determinantes del síndrome polineuropático de nuestro enfermo (FIGUERAS).

Pasamos ahora a estudiar con mayor atención la *polineuropatía periférica* debida a la acción tóxica de los *derivados arsenicales*. Ello nos permitirá al mismo tiempo que abocetar los contornos de un cuadro clínico muy interesante, llamar la atención sobre hechos que corresponden al terreno de la Moral médica y más directamente a la intromisión indebida e inmoral de ciertos individuos en el campo de la Medicina. Por ello creo que su estudio reviste para todos nosotros particular interés.

En el ejercicio de nuestra profesión, con relativa frecuencia se nos presentan problemas en los cuales la Medicina se halla íntimamente imbricada con una cuestión moral. De estas situaciones, no pocas veces, tenemos que salir airosos, obrando, no según leyes explícitas de un código, sino según nos aconseja nuestra conciencia.

Todo médico que tenga unos cuantos años de práctica, recordará una serie de anécdotas vividas, unas sentimentales, otras ridículas y otras verdaderamente trágicas.

No me refiero a aquellos casos en los cuales el público intenta adjudicarnos atribuciones de abogado de los cuales nosotros debemos y podemos inhibirnos, me refiero a problemas morales, problemas psicopatológicos y últimamente a las inmoralidades conducidas por la intromisión de medicina clandestina.

Me ha parecido éste un tema de cierto interés para exponerlo hoy aquí, refiriéndome a un lote de enfermos de *polineuritis tóxicas* relacionadas con el *curanderismo*.

Por un proceso psicológico, el hombre se siente atraído por todo aquello que le parece de difícil explicación. Así vemos tan a menudo cómo la falta de cultura induce al vulgo a atribuir efectos maravillosos a ciertas pocimas de procedencia clandestina. Ello contrasta de un modo chocante con una de aquellas *acusaciones* que todos nosotros tenemos oídas demasiadas veces de la boca de algún enfermo o de su familiar en los términos siguientes: «Mire usted, mi marido estaba desde unos días amodorrado, se quejaba de mareos y la pierna y brazo derechos los tenía torpes, pero desde ayer, después de haber tomado un sello que le ordenó el médico, se ha puesto tan malo, que no atiende ni habla y respira muy fatigoso.» Esta u otra parecida calumnia contra uno de nosotros se sucede no pocas veces, proferida de labios de la esposa de un enfermo al cual asistimos en pleno coma apoplético.

En cambio, esta misma enferma o familiar, no tendrá ningún reparo en aceptar como cosa *poco menos que divina un potingue* que le ha proporcionado la vecina de enfrente y que a ésta le había aconsejado cierta señora que se dedica a *curar tirando unas cartas*.

Esto que hasta aquí no parecería tener otra importancia que inducirnos al desprecio, en varias ocasiones, seguramente en muchas más de lo que sospechamos, encierra un proceso trágico.

Sobre este extremo queremos insistir en esta pequeña comunicación, basándonos en una casuística de doce historias de enfermos afectados de *polineuropatía arsenical*.

1 caso. — Un agricultor de los alrededores de Igualada, de 36 años de edad. Persona fuerte y robusta que siempre ha gozado de inmejorable salud. Sin antecedentes personales o familiares de interés, por lo menos en cuanto atañe al estado actual.

Desde unos tres años antes de la fecha venía observando que cuando pasaba un día en el campo y comía utilizando los enseres que para preparar la comida guardaba en una cabaña, se sentía enfermo el mismo día o al siguiente. Los mismos fenómenos sufrían los familiares o amigos que con él hubiesen compartido la comida campestre.

El estado patológico que se producía siempre consistía en *intensas gastralgias, vómitos, hormigueos y calambres en las extremidades inferiores*, alguna que otra vez también sentía estas parestias en las extremidades superiores. Este malestar, por dos veces, había adquirido una gran intensidad provocando una mani-

fiesta debilidad motora de las extremidades inferiores que persistió durante unas dos semanas.

Cuando fué visitado sufría una *polineuropatía de las cuatro extremidades con parálisis completa*. La exploración eléctrica ponía de manifiesto una *reacción de degeneración intensa*.

Lo que interesa del caso, como de los que siguen, no es la enfermedad en sí, sino las causas que la provocaron y precisamente en un hombre que gozaba de salud perfecta.

En seguida llama la atención que el malestar y los trastornos se produjeran después de comer en un determinado lugar y no en ninguna otra circunstancia, y que además participaron de ello los comensales que le acompañaban a la mesa en el mismo sitio.

Se analizó la sal que guardaba en la cabaña, dentro de un saquito. Contenía una cantidad enorme de *arseniato de sosa*.

Posteriormente se llegó a la conclusión que cierto individuo, impelido por enemistades políticas había cometido la villanía de mezclar unos polvos con la sal, para que así quedara inutilizado el rival.

Estos polvos los había proporcionado cierta persona que de un modo notorio se dedicaba a prácticas de *curanderismo y brujería*.

II caso. — Una familia de gitanos compuesta de varios miembros todos afectados de *polineuritis* con mayor o menor intensidad.

La causa de tal *polineuritis* era la siguiente: La familia en cuestión sostenía riñas y peleas con otros parientes; éstos lograron administrar a quéllos una *medicina* capaz de mudarles los sentimientos y lograr con ello el restablecimiento de la paz. Tal «*medicina*» contenía sales arseniales y la había proporcionado una *tiradora de cartas*.

III caso. — Un joven agricultor del Llobregat que sin antecedentes patológicos empezó sintiendo *trastornos digestivos* y generales con *debiada en las extremidades inferiores* y también en las superiores hasta que un día llegan a tal punto que cree encontrarse en las ansias de la muerte. Hallándose en el campo sufre *gastralgias* de una intensidad inusitada que culminan en un vómito abundante al mismo tiempo que se obnubila su sensorio y se siente invadido por una parálisis creciente. Creyendo que va a caerse y morir a cada paso, llega a su casa casi a rastras y tiene que guardar cama en gravísimo estado. Transcurridas varias semanas y superado el peligro de muerte, cuando le vemos, presenta una *parálisis flácida de las cuatro extremidades con R. D. absoluta, trastornos de sensibilidad, atrofia e hipotonía muscular*, en una palabra, una típica *polineuritis grave*.

Entre este joven y su madre existían algunas cuestiones de intereses, y además parece que la madre no veía con buenos ojos que su hijo contrajera matrimonio. El joven había observado que desde hacía un cierto tiempo su madre no le permitía comer nada que no sirviera ella, de tal modo que si veía que su hijo se servía algún manjar de los que estaban en la mesa, inmediatamente le retiraba el plato y le servía otro que ya tenía racionado en la cocina. A todo esto el interesado no le daba mucha importancia, sino que lo interpretaba como un prurito de querer que prevaleciera la autoridad materna sirviendo ella misma las partes de la comida. Otro hecho llamaba la atención, es que teniendo por costumbre tomar café después de la comida, encontraba en el azucarero una ración justa para una sola vez, maniobra que él interpretaba como simple tacañería.

En fin, esta mujer, con los alimentos y el azúcar del café, hacía que su hijo tomara unos polvos que, según consejo de una *tiradora de cartas, alterarían la voluntad de su hijo*. Sin embargo, lo que logró fué provocar una grave intoxicación que puso en serio peligro la vida de este joven, y que causó una enfermedad de la cual tardó más de dos años en curar.

El tóxico, sin duda, fué el *arsénico*.

IV caso. — Otro agricultor, también del Llobregat. Después de una enfermedad de carácter principalmente *digestivo* queda con *parálisis de las cuatro extremidades*, después de haber sentido en ellas *dolor y hormigueos*.

De nuevo estamos enfrentados con otra *polineuritis intensa con típica reacción degenerativa*.

No es preciso hacer constar que en este caso, como en los otros, llama la atención la falta de antecedentes patológicos.

El enfermo está casado y hay un revoltijo de desavenencias familiares entre las suegras y el yerno y nuera. *Las dos consuegras frecuentan tiradoras de cartas* y quieren arreglar, siguiendo funestos consejos, con lo maravilloso lo que debería arreglarse con criterio y buen sentido. Y ya tenemos una nueva víctima.

Esta vez el tóxico es el *arsénico* en forma de *arseniato de plomo*.

V caso. — V. G. R., de 25 años, natural de Calanda (Teruel). Los antecedentes familiares y personales son de completa normalidad. El es un hombre fuerte y robusto.

Explica que en junio pasado, cargando mieses, sintió como un pinchazo o picadura en el brazo y que poco después apareció una debilidad en las extremidades inferiores, pero que todo ello desapareció en poco tiempo. No hubiera vuelto a acordarse si no resultara que la sensación anómala que experimentó entonces volvió a producirse después de una intoxicación sobrevenida en octubre y que el paciente creyó poder atribuir al pescado. Sin embargo, los fenómenos tóxicos, cólicos, vómitos, sintomatología polineurítica no aparecieron hasta después de más de ocho días de haber comido el pescado supuesto causante.

Preguntado sobre el particular, resulta que maneja *arseniato de plomo* y que en la misma jofaina donde se realizó la manipulación del arseniato, se preparó luego la verdura de la comida, sin apenas lavar el recipiente.

Sintomatología típica de la polineuropatía tóxica. Ha mejorado notablemente y está próximo a ser dado de alta.

Al advertirle el peligro grave que ha corrido y el cuidado con que debe manipularse esta substancia, ha manifestado que «no creía que fuera tan fuerte».

VI caso. — Un farmacéutico de 60 años, habiendo sido aconsejado médicamente por un compañero nuestro en ocasión de consultar por ciertos trastornos circulatorios, tomaba dos o tres sellos al día de 50 centigramos de citrato sódico que él mismo se preparaba en la farmacia en la cual trabajaba en condición de dependiente. Después de unos días de tomar estos sellos, nuestro cliente sintió molestias digestivas de intolerancia gástrica, según expresión del interesado. El enfermo no dió gran importancia a las citadas molestias y continuó su medicación, pero bien pronto se inició un síndrome de las cuatro extremidades parastésico con debilidad motora que motivó nuestra intervención.

Este enfermo acusaba la modalidad de molestias subjetivas características de las *polineuritis arsenicales*. Así se lo expresé y el enfermo no podía atinar de qué manera había ingerido ninguna sal arsenical que pudiera ser la causa de mi acusación diagnóstica.

A los poco días, acude a mi consultorio el jefe suyo, el dueño de la farmacia, quien asustado me refiere que efectivamente, el frasco que contenía el citrato sódico, había sido ocupado siempre por un arsenical y que seguramente se hallaba el *cittrato sódico mezclado con el arsénico*.

VII caso. — Una familia del vecino pueblo de Mollet, después de una comida de una sopa de caldo en una festividad, se sienten todos enfermos. La madre del cabeza de familia había comido tres platos de sopa y falleció después de unas horas. Un hijo comió también tres platos de la misma sopa y también murió intoxicado. Un hermano, comió dos platos del mismo condimento y éste lo hemos tratado durante meses por grave polineuritis con tetraplejía severísima. El padre sólo comió un plato escaso y lo vomitó y sólo sufrió de gastralgias y ciertos hormigueos en manos y pies. En la casa tenían un perro y un gato; ambos comieron de la sopa famosa, el perro sólo enfermó, en cambio, el gato, a pesar de la fama que disfrutaban estos felinos de su resistencia para el arsénico, sucumbió.

VIII caso. — Este caso merece una exposición algo detenida. Nos parece muy digno de atención porque su interés estriba tanto en su importancia clínica como en las características medicolegales.

La interpretación clínica de los primeros síntomas fué un tanto confusa y aun errónea. Es muy natural que ocurriera así; como se verá a continuación, la recta interpretación de los hechos debía conducir a tan graves consecuencias, que nada ha de extrañar el que no atinaran debidamente quienes observaron el inicio de la enfermedad. Además abordaban el caso desde un punto de vista de recta conciencia, no pensando en posibilidades delictivas.

Se trataba de una enferma de 39 años, con dos hijos sanos, y cuyo único antecedente patológico era haber padecido una pleuresía con derrame cuando contaba 16 años.

Hacia fines de abril y primero de mayo de 1940 sufrió dos crisis agudas que consistieron en vómitos, diarreas, cólicos, etc., que duraron cuarenta y ocho horas aproximadamente, y que fueron consideradas como fenómenos de insuficiencia hepática. Sólo más tarde, después de otros hechos, se atribuyó a las primeras crisis gastroenteríticas su valor justo y exacto.

Parecía un caso resuelto favorablemente y no se dió importancia al asunto. ¿Quién en su vida no ha tenido una gastroenteritis aguda cuya causa escapa a toda consideración?

Pero a fines de mayo, cuando nadie pensaba ya en lo ocurrido, con motivo de una fiesta familiar, la enferma come algunos pasteles y dulces de natilla, cre-

ma y chocolate; inmediatamente se desencadena una crisis igual a las anteriores, pero de mayor intensidad, muy aparatosa y acompañada de una diarrea extremadamente fétida.

El hecho de que la enferma hubiese comido dulces de un mismo lote que los ingeridos por los familiares e invitados, sin que a ellos les ocurriera alteración alguna, hizo suponer, erróneamente en cuanto a causa pero atinadamente en cuanto al hecho, que la enferma estaba en condiciones distintas a las que presentaban los demás comensales. Se supuso que estas condiciones eran debidas a disfunciones hepáticas, renales... La posibilidad de una uremia se descartó vista la cifra de urea en la sangre (Dr. ROCA DE VINVALS). Nueva mejoría de la enferma a las pocas horas.

Si las cosas hubiesen quedado en este estado, no hay duda de cuán difícil, por no decir imposible, hubiera resultado poder catalogar debidamente la dolencia. Lo más probable, una intoxicación alimenticia. ¿Mas, qué tóxico? ¿Por qué sufría ella las consecuencias de un tóxico que no afectaba a los demás comensales? ¿Su hígado o su riñón no cumplían bien sus funciones? ¿Entonces, por qué recuperaba tan rápidamente su estado normal? He aquí una serie de preguntas obsesicnantes que incluso podían sugerir ciertas sospechas. ¿Pero sospechas de qué, si parecía que todo volvía a la normalidad, y que lo ocurrido tenía la apariencia de lo fortuito?

Mas veamos la continuación del caso.

Han transcurrido veinticuatro horas desde la última crisis; la enferma se ha repuesto, se siente casi bien; por precaución, está sometida a dieta poco menos que hídrica. A última hora de la noche toma una taza de caldo vegetal, apenas algo más que infuso de hierbas. ¿Y qué ocurre? A los pocos momentos estalla una nueva crisis; esta vez extremadamente grave: cuadro hipertóxico; lipotimia; coma; períodos de delirio; facies hipocrática; estado preagónico. Todo esto ocurre durante la madrugada. Se llama de urgencia al médico de cabecera—un familiar de la enferma—que se encuentra con este cuadro gravísimo. Actúa sintomáticamente, y lucha a brazo partido para arrebatara una víctima que la muerte se lleva por momentos: tónicos, estimulantes, suero glucosado... En fin, estos instantes de angustia que todos conocemos tan bien por haberlos pasado a la cabecera de los enfermos graves, y durante los cuales sólo podemos confiar y pedir que la Divina Providencia guíe nuestra mano.

Cumplidas las indicaciones más perentorias, se preguntó al médico de cabecera: ¿Qué ha ocurrido? ¿Qué causa ha provocado esta nueva catástrofe? ¿Ha sido el caldo vegetal? Pero de este mismo caldo ha bebido el marido de la paciente, al mismo tiempo que ella; primero agotando un poco que ella dejó en la taza; inmediatamente, tomando una taza entera que se mandó servir en la misma habitación. Y a él no le sucedió nada. Todo esto ocurrió a la vista de la familia, y posteriormente la enferma dió la misma versión

No puede negarse lo desconcertante del caso.

En vista de todo ello, el médico solicita el concurso de un cirujano—familiar también—por si pudiera tratarse de un abdomen agudo. El cirujano rechaza esta posibilidad, y queda igualmente perplejo ante el cuadro tan grave.

Así las cosas, y al parecer vencido el peligro inminente, la enferma va recuperándose en el transcurso de unos días, hasta el fin de los cuales no parece despejarse el sensorio. Pero a medida que la enferma recupera sus facultades mentales se dibuja una nueva complicación: *intensísimos dolores neuríticos, parestesias, hormigueos, parestias de las extremidades con predominio aistal*; acompañado todo de *dolores gástricos y abdominales*.

Es en este momento cuando se solicitó mi concurso.

No quiero cansar vuestra atención describiendo minuciosamente el cuadro neurológico; se trataba de un síndrome de distribución polineurítica. Las algias neuríticas, las parestesias, la hipotonía muscular, la atenuación de reflejos tendinosos, la simetría, el predominio distal, el reflejo plantar sin signo de Babinski, la integridad de los esfínteres, la distribución periférica no segmentaria, etc., no dejaban lugar a dudas.

Se me preguntó sobre la etiología, principalmente si un proceso endotóxico tal como la uremia podía conducir a un estado como el sometido a mi consideración.

Aparte de otras razones de orden clínico tales como la falta de antecedentes de nefropatía; cifra de urea en la sangre, etc., debíamos rechazar esta posibilidad porque la uremia altera el sistema nervioso central; produce coma, pero nunca polineuritis.

En cambio esta mujer joven venía sufriendo varias crisis agudas tóxicas y después de la última, la más grave, queda con una polineuritis cuyas características me parecieron encajaban más en la arsenical que en ninguna otra. Compárese este caso con los que anteceden.

Así opiné.

Se investigó la posible existencia de arsénico en la orina. El resultado fué positivo. En vista de lo cual se solicitó el concurso del médico forense Dr. VIVAS. Este corroboró el diagnóstico.

Hubo de intervenir la Justicia. Se puso en evidencia que se trataba de un envenenamiento criminal cuyo autor no era otro que el marido de la víctima.

¿Preguntaréis cómo fué posible, pues, que bebiera del caldo en la misma taza sin que le ocurriera nada? Sencillamente, no bebió, fingió hacerlo, a lo más tomó un insignificante sorbo; lo que bebió realmente fué el caldo que le sirvió la cocinera completamente exento de tóxico.

Todas las crisis de intoxicación las había provocado mezclando disimuladamente una solución de *ácido arsenioso* en las comidas o bebidas, aprovechando un instante propicio. Pero obsérvese que estas comidas o bebidas eran pasteles o tazas de chocolate, o de caldo, es decir, no la comida ordinaria que se sirve a la mesa, sino estos refrigerios que se toman en cualquier parte y se sirven de cualquier modo, lo cual le facilitaba en gran manera administrar el tóxico casi a la vista de todo el mundo y sin correr riesgo de que lo tomara nadie más.

Ved cómo una coartada bastante perfecta pudo desorientar, pero quedó desmascarada al acertar con el diagnóstico.

Entre todos los casos citados, quizás es éste el único en que el móvil es una intención netamente criminal, en los demás se perseguía una finalidad ilícita, cual es forzar una voluntad para fines egoístas y valiéndose de medios no morales y en realidad completamente estúpidos, pero no se pensaba en provocar un desastre irreparable; en otros casos, la falta de cuidado y de higiene ha causado una víctima, pero sin ninguna intención e incluso con ignorancia, en cambio en este último caso se buscaba provocar una muerte, y a sangre fría y con premeditación.

Visto a través de esta serie de historias clínicas el cuadro sintomático de la polineuropatía arsenical, digamos ahora dos palabras de su evolución, pronóstico y tratamiento.

La intoxicación por el arsénico es de por sí una eventualidad grave. Hemos visto cómo alguno de los familiares que comieron de aquella célebre sopa contaminada de arsénico, murieron a las pocas horas. Sin embargo, si el enfermo logra vencer el cuadro agudo, el pronóstico de la polineuropatía residual no es ominoso ni mucho menos. Todos nuestros enfermos referidos han experimentado una remisión notabilísima de su cuadro paralítico, habiendo recuperado hasta un límite muy estimable su capacidad motora. Nuestros dos enfermos de la comarca del Llobregat antes referidos pueden realizar sus faenas de campo, ir en bicicleta, cazar, etc., sin mayor dificultad que una cierta debilidad de los músculos de la región ánteroexterna de ambas piernas, reconocible por un esbozo de *stepagge* en la marcha. La señora cuya historia de envenenamiento hemos transcrito últimamente conserva como resto de su gravísimo estado unas parestesias, no muy intensas, en las partes distales de sus cuatro extremidades.

El *tratamiento* de la polineuropatía arsenical, aparte de la supresión inmediata del tóxico y la vitaminoterapia coadyuvante, se basa en el empleo sistemático y pertinaz de la *electroterapia*. Nuestros dos campesinos repetidamente aludidos evolucionaron hacia la mejoría a través de un período de cerca de dos años de terapéutica eléctrica con corrientes galvánicas.

BIBLIOGRAFIA

BARRAQUER ROVIRALTA, L.—Degeneration et regeneration du système nerveux périphérique. Revue Neurologique, n° 24. 30 dicbre., 1910. — BARRAQUER ROVIRALTA, L. Contribution a la symptomatologie du système nerveux périphérique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Mayo-agosto, 1914. — DEJERINE. *Trat. Méd. interna*. Sergent. Neurología. Tomo II, págs. 485 a 521. 1925. BARRAQUER FERRÉ, L. Polineuritis del beri-beri. La Medicina Catalana. Septiembre, 1934. — BARRAQUER FERRÉ, L. Las Polineuritis. «Ars Medica», enero, 1936. — SCHELLER, H. *Tratdo. de Med. Interna* de Bergmann, Stachelin y Salle. Tomo V, segunda parte, página, 1940. — BARRAQUER FERRÉ, L. y TORRUELLA PAUSAS, J. Polineuritis Sulfamídicas. «Clínica y Laboratorio», diciembre, 1942. — WILSON KINNIE. Neurology. Vol. I, pág. 2949. Edit. Arnold. Londres, 1940-1944. — FURTADO DIAGO. Vitaminas e Neurovitaminoses. Livraria Luso-Espanhola, Lda. 1946.