

es simplemente gutural, y además no hay comparacion posible entre el dolor violento de la esofagitis durante la deglucion y el que á veces se produce por este mismo acto en las enfermedades de la tráquea; finalmente los espasmos y los vómitos de la esofagitis acabarán de fijar este diagnóstico diferencial.

En las *ulceraciones de la parte superior de la laringe*, y sobre todo en las que ocupan la epiglotis, hay dolor, dificultad en la deglucion y espulsion de las bebidas por la nariz; pero al mismo tiempo la respiracion es difícil y la tos es provocada por la inspiracion; además, aun cuando sea difícil la deglucion, no se observa en un punto del conducto alimenticio ese dolor violento, ese nudo y ese obstáculo que acusan los enfermos en el momento en que los alimentos y las bebidas atraviesan el punto inflamado.

2.º *Enfermedades que residen en el esófago.* Los autores que han colocado bajo un mismo título la inflamacion simple y la ulcerosa de este conducto, ó que han considerado esta como una terminacion diferencial de la primera, han pasado necesariamente en silencio el diagnóstico de estas dos lesiones; pero veremos mas adelante que hay casos en que la ulceracion es una enfermedad bien diferente de la inflamacion simple, que tiene una gravedad y consecuencia enteramente especiales, y que es importante distinguirlas una de otra. (Véase mas adelante ESOFAGITIS ULCEROSA.)

Se han citado algunos casos de *reumatismo de la faringe y del esófago*, y claro está que entonces el diagnóstico es muy difícil. En efecto, sabemos que en ciertas inflamaciones ligeras no hay ningun síntoma general, y que todo está casi reducido al dolor lo mismo en uno que en otro caso. ¿Cómo formar un diagnóstico exacto? El número de las observaciones que poseemos es demasiado escaso para poder deducir de ellas consecuencias positivas; sin embargo, diremos que si no habiendo calentura, desempeñándose perfectamente bien todas las funciones, y sobre todo despues de la desaparicion de un reumatismo articular ó durante su curso, aparece un dolor en el esófago, vivo durante la deglucion, absolutamente nulo en los intervalos, y que mas bien disminuye que aumenta despues de la ingestion de las primeras porciones de alimentos, la enfermedad deberia considerarse mas bien un reumatismo que una inflamacion.

El *espasmo del esófago* ó *esofagismo*, de que trataremos mas adelante, ofrece tambien algunas dificultades para el diagnóstico; sin embargo se consigue distinguirlo de la inflamacion atendiendo á las circunstancias siguientes: el verdadero espasmo nervioso aparece casi siempre en el curso de ciertas neurosis, y principalmente en el del histérico, y está caracterizado por movimientos desordenados del esófago, que contrayéndose, arroja los alimentos y las bebidas; pero por lo comun no se presenta ese dolor tan violento y tan notable en el momento de pasar los alimentos ni está acompañado de calentura. Resulta pues, que el espasmo del esófago no es en realidad mas que

un síntoma, que unas veces complica la inflamacion, y otras depende de una afeccion nerviosa, y que propiamente hablando no constituye en la mayoría de los casos una verdadera enfermedad.

Quedan ahora algunas otras afecciones, tales como el *cáncer*, la *estrechez* y la *dilatacion* del esófago; pero estas enfermedades tienen mucha mas semejanza con la esofagitis crónica que con la aguda, y además ya tendremos ocasion de esponer su diagnóstico luego que hayamos hecho rápidamente su historia. Finalmente, se puede preguntar si será posible distinguir los *abscesos del esófago* de la inflamacion pura y simple. Los limites reducidos, el punto fijo del dolor, su permanencia, la duracion larga de la enfermedad, la detencion brusca de los alimentos siempre en un mismo punto y su espulsion inmediata, pueden hacer sospechar la existencia de un absceso, pero no darla á conocer de un modo exacto; mas las probabilidades serán mayores si se agregan á estos signos síntomas muy intensos como en el caso que refiere Barras.

Hemos dicho que la postracion, la pequeñez del pulso y la inercia del esófago eran los signos observados en algunos casos de *gangrena*, y son los únicos que pueden servir para reconocer esta terminacion de la inflamacion. En cuanto al olor del aliento, remitimos al lector á lo que hemos dicho antes. Este último diagnóstico es muy incierto en el estado actual de la ciencia.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la inflamacion del esófago y de las úlceras de la tráquea.

ESOFAGITIS AGUDA.	TRAQUEITIS ULCEROSA.
No hay tos ó es simplemente gutural.	Tos provocada por cosquilleo.
Respiracion fácil.	Respiracion mas ó menos difícil.
Dolor muy vivo en el momento de pasar el bolo alimenticio.	Dolor mediano en el acto de la deglucion.
Espasmos y vómitos.	No hay espasmos ni vómitos.

2.º Signos distintivos de la esofagitis aguda y de las úlceras de la parte superior de la laringe.

ESOFAGITIS AGUDA.	LARÍNGITIS ULCEROSA.
Respiracion fácil.	Respiracion mas ó menos difícil.
Tos poco intensa.	Tos mas ó menos intensa provocada por la inspiracion.
Dolor violento.	Incomodidad al deglutir que reside en la laringe mas bien que un dolor verdadero.
Sensacion de un obstáculo en un punto del esófago, á veces muy abajo.	Incomodidad que se percibe al nivel de la laringe.

3.º Signos distintivos de la esofagitis aguda infebril y del reumatismo del esófago.

ESOFAGITIS AGUDA INFEBRIL.	REUMATISMO DEL ESÓFAGO.
Siempre están mas ó menos alteradas algunas funciones.	Todas las funciones se conservan en buen estado.
En los intervalos de la deglucion persisten algunos síntomas.	En los intervalos de la deglucion no hay ningun síntoma.
El paso de los alimentos y de las bebidas se hace de cada vez mas doloroso, segun que se repite este acto.	El paso de los alimentos es por lo comun mas fácil despues de los primeros esfuerzos.

4.º Signos distintivos de la esofagitis aguda y del espasmo del esófago (esofagismo).

ESOFAGITIS AGUDA.	ESOFAGISMO.
Dolor violento al pasar los alimentos y las bebidas.	Por lo comun no hay dolor; simple contraccion desordenada.
A veces calentura.	Nunca hay calentura.
Aparece en el estado de salud.	Aparece en el curso de una neurosis, y sobre todo del histérico.

5.º Signos distintivos de la esofagitis aguda no supurada y de los abscesos de la faringe.

ESOFAGITIS AGUDA NO SUPURADA.	ABSCEOS DE LA LARINGE.
Dolor que ocupa mayor ó menor extension y que á veces recorre todo el trayecto del conducto.	Dolor limitado á un punto poco estenso y que permanece fijo en el mismo punto.
Poca ó ninguna calentura.	Calentura á veces intensa.

Estos diversos diagnósticos, y sobre todo los últimos, presentan todavía puntos dudosos.

Pronóstico. La esofagitis, cuando no pasa de una mediana intensidad, no es grave. Los abscesos del esófago terminan ordinariamente por la rotura del foco en el conducto y una curacion pronta. La gangrena ha sido constantemente mortal.

§ VII.—Tratamiento.

No tenemos nignun dato positivo acerca del tratamiento de esta enfermedad.

Emisiones sanguíneas. Todos los autores han aconsejado la sangría,

y en la actualidad se hace con preferencia la *del brazo*. Los antiguos, empezando por Celio Aureliano, querian que se abriesen las *venas sublinguales*, y F. Hoffmann, á quien cita Mondiere, recomendaba esta última sangría despues de haber practicado la *del brazo*. Los peligros á que espone la abertura de las venas raninas y la poca certidumbre de las ventajas que de ella se han obtenido, han hecho que la abandonasen los médicos modernos: sin embargo, Janson, de Lyon, citado igualmente por Mondiere, ha insistido de nuevo en la utilidad de este medio; pero carecemos de los elementos necesarios para apreciar su valor. En la misma incertidumbre nos hallamos respecto á la *sangría de pié*. Se debe, pues, recurrir á la sangría del brazo, aun cuando conengamos en que todavía no nos ha indicado la esperiencia cuáles son sus ventajas positivas.

Se han prescrito las *emisiones locales*, sobre todo en estos últimos tiempos, y se han recomendado las *ventosas escarificadas* aplicadas bien á la parte inferior y lateral del cuello, bien entre las escápulas. Hildenbrand (1) cree que las ventosas, irritando las partes, producen un inconveniente que no compensa la sangre que sacan, pero nada hay menos demostrado. En cuanto á Mondiere, si no aconseja las ventosas aplicadas á las partes laterales y anteriores del cuello, «es porque su aplicacion en estos puntos es difícil y no puede hacerse sin que se ejerza una compresion que debe dificultar la respiracion y aumentar los padecimientos del enfermo.»

Generalmente se prescriben las *sanguijuelas* desde *doce* hasta *treinta* á las partes laterales del cuello, repitiendo este medio mientras persista la inflamacion, ó si amenaza pasar al estado crónico (Mondiere). En el caso que ha observado el doctor Noverre, en la clinica de Lherminier (2), se aplicaron de doce á diez y seis sanguijuelas por cuatro veces distintas, y se hicieron dos sangrías, una del brazo y otra del pié. El sugeto curó á los diez y siete ó diez ocho dias de enfermedad.

Aplicaciones esternas. Por lo comun se prescriben las *cataplasmas emolientes* al rededor del cuello y las fricciones con un *linimento oleoso* y *opiado*, como, por ejemplo, el siguiente:

T. Aceite de almendras dulces. 15 gram.
Láudano de Sydenham. 5 gram.

Se hacen fricciones tres veces al dia.
Revulsivos y derivativos. ¿Producirán mas efecto los *revulsivos*, tales como los *sinapismos* y los *vejigatorios*, aplicados bien á las partes laterales del cuello ó bien á la superior del esternon, ó entre las escápulas? No es posible afirmarlo.

En cuanto á los *derivativos*, se pueden aplicar ó al tegumento esterno ó á la mucosa intestinal. En el primer caso se emplean principal-

(1) Hildenbrand, *Inst. pract. med.*

(2) Lherminier, *Bull. de la Faculté de med. de Paris*, t. VI, 1819.

mente los *pediluvios sinapizados* y los *sinapismos* á las piernas y á los muslos; se han usado estos medios en el enfermo que ha observado el doctor Noverre. La *derivacion sobre el conducto intestinal* es difícil de practicar por la dificultad inseparable de la deglucion, cuando la enfermedad es un poco intensa. Entonces se apela á las *lavalivas irritantes* ó *purgantes*, pudiendo prescribirse por ejemplo:

T. Agua comun.	C. S.
Sal marina.	5 gram.

O bien

Infusion de hojas de sen.	C. S.
Sulfato de sosa.	15 gram.

Mondiere cree que solo conviene emplearlos en los casos en que la afeccion tiende á pasar al estado crónico, y que si entonces son ineficaces, no debe dudarse, en su opinion, de aplicar una ó mas *moxas* lo mas cerca posible del punto dolorido.

Narcóticos. En un caso que cita el doctor Bodin (1), la aplicacion de la *morfina* á un vejigatorio colocado en la parte anterior del cuello hizo cesar los accidentes espasmódicos graves que duraban hacia ya algunos dias.

Tambien se pueden aplicar los narcóticos á la mucosa intestinal por medio de *lavalivas*, y asi se prescribirá por ejemplo la siguiente:

T. Cocimiento de malvabisco.	C. S. para media lavaliva.
Láudano de Sydenham.	de 10 á 15 gotas.

Se puede repetir esta lavaliva dos veces al dia, si la susceptibilidad del enfermo no se opone á ello. En los niños se debe disminuir la dosis de láudano.

En los casos en que todavia fuese posible la deglucion, tal vez valdria mas introducir los narcóticos en el estómago en forma de *poscion*. Asi se prescribirá:

T. Agua de flor de naranjo.	60 gram.
Agua de lechuga.	30 gram.
Jarabe de goma.	15 gram.
Acetato de morfina.	25 miligram.

Se toma en las veinte y cuatro horas.

Si la deglucion, aunque todavia posible, es, sin embargo, demasiado difícil, podriamos contentarnos con administrar el *jarabe de morfina* puro y á cucharaditas, de modo que el enfermo solo tuviese que hacer movimientos muy lentos de deglucion. Este jarabe se daria á la dosis de *veinte y cinco á treinta gramos*.

Dulcificantes aplicados á la mucosa inflamada. En todos los tiempos se ha insistido mucho en la necesidad de dirigir hácia el punto afectado sustancias dulcificantes y emolientes. A este fin se prescriben los

(1) Bodin, Journ. de med. et de chir. prat., t. V, p. 373.

cocimientos de malvas, altea y gordolobo, mezclados con leche, los cuales se hacen tomar á los enfermos á sorbos pequeños y que lo traguen poco á poco para no provocar los movimientos convulsivos del esófago. Foresto, F. Hoffmann y en general los autores antiguos, daban una importancia bastante grande á la administracion de las *sustancias oleosas*, que tienen la doble ventaja de lubricar la parte inflamada y mantener el vientre libre. Se puede prescribir la pocion siguiente:

T. Aceite de almendras dulces.	15 gram.
Goma tragacanto.	50 centigram.
Jarabe de culantrillo.	30 gram.
Agua.	60 gram.

Se toma á cucharadas.

Algunos autores han creido que podrian ser ventajosas las *fumigaciones emolientes* y *narcóticas*; pero en estos casos solo podia llegar el vapor al punto inflamado si la afeccion residiese en la parte mas próxima á la faringe, y aun entonces con dificultad.

Con bastante frecuencia la *deglucion es enteramente imposible*, y que especialmente en estos casos la sed es intensa. Conviene mucho tomar en consideracion este hecho para el tratamiento, porque entonces es preciso evitar al enfermo los dolores escesivos que causa el paso de las bebidas y los vómitos espasmódicos que siguen á su ingestion. Se debe, pues, *engañar la sed* haciendo que el enfermo conserve en la boca rajas de *naranja*, ó *agua fria* acidulada con *vinagre*, ó con el *zumo de limon*, ó mejor aun recomendarle que disuelva con frecuencia un pedazo de *hielo* en la boca, ó bien haciendo tomar *baños prolongados*.

Mondiere prescribe al enfermo un *silencio absoluto* ó casi absoluto, porque los movimientos de la lengua se propagan al esófago y tienden á aumentar la irritacion. «Por lo demás, añade este autor, el dolor obliga por lo comun al enfermo á guardar silencio, que es lo que me ha sucedido cuando he estado acometido de faringo-esofagitis.»

Tratamiento de la esofagitis en los niños de pecho. Si hay algun motivo para creer que existe una esofagitis en un niño pequeño, se puede, segun Billard, aplicar al cuello *dos ó cuatro sanguijuelas*, segun la edad; se le darán las bebidas á la temperatura que tiene la leche al salir del pecho, haciéndoles mamar ó beber poco de cada vez, si vomitan despues de haber bebido; hacer uso de cataplasmas al rededor del cuello y establecer una *ligera irritacion* en los intestinos, bien sea por medio de los *calomelanos*, bien poniendo algunas *lavalivas de leche azucarada*. Este tratamiento apenas se diferencia del de los adultos, mas que en la proporcion.

Tratamiento de los abscesos del esófago. Repetimos que es bastante difícil diagnosticar la existencia de un absceso del esófago; pero sin embargo, las circunstancias anteriormente indicadas (véase pág. 664) y la persistencia de la enfermedad, así como la imposibilidad absoluta de deglutir, pondrán en camino al práctico y le inclinarán á emplear

un tratamiento directo. Este tratamiento consiste en la *exploracion del esófago por medio de una sonda*. Hemos dicho que en el caso observado por Bourguet (véase pág. 664) y que anteriormente hemos citado, la exploracion de este conducto por medio de una *candelilla de cera terminada en forma olivar* produjo la rotura del abceso y la pronta desaparicion de los accidentes graves. Se puede imitar esta conducta, bien sea empleando la misma sonda, bien haciendo uso de una sonda esofágica comun. Mondiere dice que si fuese llamado para un caso de este género, no dudaria en repetir de cuando en cuando la introduccion de una sonda cónica. Pero esta práctica ¿no estaria espuesta á graves inconvenientes y hasta á producir la perforacion del esófago en un punto reblandecido, como lo está el sitio inflamado? Si se quiere emplear la sonda cónica, hágase á lo menos despues de haber determinado, por medio de una sonda ordinaria, el punto en que forma obstáculo el tumor purulento.

Tratamiento de la gangrena del esófago. En los casos mas evidentes, la gangrena era una consecuencia de la inflamacion, de donde resulta que hasta que se presente se debe tratar la enfermedad como una flegmasia ordinaria, proporcionando la energia de los medios á la violencia de los sintomas. Pero una vez producida la gangrena ¿qué medios se deben emplear? Reanimar por medio de los tónicos las fuerzas abatidas, introducir los medicamentos en el intestino para evitar movimientos de deglucion y contracciones que pudieran producir la rotura del conducto, y prescribir el silencio y la inmovilidad.

Resúmen y prescripciones. Emisiones sanguíneas, los revulsivos, los narcóticos y las precauciones de que se debe rodear al enfermo; añádase á esto que en los casos simples y de mediana intensidad la afeccion tiene una propension natural á curarse, como podemos convencernos por la lectura de las observaciones. En tales casos basta hacer uso de los medios mas sencillos, tales como los emolientes, y recomendar las precauciones de que acabamos de hablar.

Prescripcion I.

EN UN CASO DE MEDIANA INTENSIDAD.

- 1.º Para bebida, cocimiento ligero de altea, dulcificado con jarabe de goma, ó si la sed es intensa una limonada citrica suave.
- 2.º De doce á veinte sanguijuelas á las partes laterales del cuello.
- 3.º Poción oleosa (véase pág. 675).
- 4.º Pediluvios sinapizados por la noche.
- 5.º Dieta, quietud en la cama y abstenerse de hablar.

Prescripcion II.

EN UN CASO DE MUCHA INTENSIDAD, EN QUE ESTÁ IMPOSIBILITADA LA DEGLUCION.

- 1.º Engañar la sed por medio de líquidos acidulados ó de hielo en la boca.
- 2.º Sangría general de 300 á 400 gramos, repitiéndola si no remiten los sintomas.
- 3.º Aplicacion de un vejigatorio pequeño á los lados del cuello ó entre las escápulas, poniéndole despues en cada cura de 2 á 5 centigramos de hidroclorato de morfina.
- 4.º Baños prolongados.
- 5.º Dieta absoluta, quietud en la cama y silencio completo.

Ó bien una lavativa con láudano (véase pág. 672).

No creemos necesario reproducir aquí en forma de prescripciones lo que hemos dicho mas arriba acerca del tratamiento de los abcesos y de la gangrena de la faringe.

Breve resúmen del tratamiento. 1.º Sangrías generales y locales, aplicaciones emolientes y narcóticas al exterior, revulsivos, derivativos, calmantes y atemperantes sobre la mucosa inflamada.

2.º En los casos de deglucion imposible, engañar la sed, y baños prolongados.

3.º *Tratamiento de los abcesos.* Exploracion con la candelilla terminada en forma olivar, é introduccion de la sonda comun y de la cónica.

4.º *Tratamiento de la gangrena.* Tónicos y dirigir los medicamentos á la mucosa intestinal.

ARTICULO III.

ESOFAGITIS CRÓNICA.

La *estrechez del esófago*, de ningun modo puede considerarse como una verdadera inflamacion crónica. Desde luego es cuando menos raro hallar una estrechez simple del esófago, porque en la inmensa mayoría de casos resulta esta lesion de una afeccion escirrosa de este conducto, y ya veremos al tratar del *cáncer del estómago* lo que debe pensarse de la teoría que considera la inflamacion crónica como el origen de estas afecciones escirrosas. En segundo lugar, en los casos en que se han hallado estrecheces de aspecto puramente fibroso, la enfermedad debe considerarse mas bien como un resultado de la inflamacion que como una verdadera inflamacion. En tales casos sucede lo que ya hemos observado en la estrechez de los orificios del corazon, que la