

en este punto. Marco Aurelio Severino, á quien cita Lieutaud (1), nos dice tan solo que en la autopsia de muchos cadáveres de individuos muertos de sífilis se hallaron úlceras tanto en el esófago como en la tráquea; pero ya se conoce que estos datos son muy vagos. Se ha descuidado demasiado la investigacion de las causas en los casos de úlceras de las diversas cavidades.

Nos limitamos á indicar aquí las úlceras producidas por los *cuerpos irritantes, ácras*, ó que tienen una temperatura muy elevada. De los primeros hablaremos al tratar de los diversos envenenamientos. De lo dicho resulta que solo poseemos datos muy poco exactos acerca de las causas y naturaleza de la esofagitis ulcerosa.

### § III.—Síntomas.

Los *síntomas* que pueden dar á conocer, segun Mondiere, las úlceras del esófago, son los mismos que los de la esofagitis simple; solamente que los *dolores son mas vivos*, sobre todo en el acto de la deglucion. Hay tambien vómitos de sustancias viscosas, de varios colores y hasta sanguinolentas. En un caso se ha observado gran dificultad, y por lo comun habia imposibilidad absoluta de tragar alimentos sólidos, pues los líquidos pasaban siempre que el enfermo tomase cierta cantidad de cada vez: los tres últimos meses hubo tambien una salivacion abundante. Este último sintoma no es raro; pero nunca es tan manifiesto como cuando la ulceracion ocupa la parte superior del esófago.

Una enferma, que murió de una úlcera del esófago situada cerca del cárdias, se quejaba durante toda la enfermedad, que duró cuatro meses, de una *sensacion de quemadura* que referia á la parte superior de la region epigástrica, y le parecia, segun su espresion, que tenia aplicado continuamente á esta parte un hierro candente.

Segun esta descripcion los síntomas de la esofagitis ulcerosa no se diferencian de los de la simple mas que en tener su asiento mas fijo y mayor intensidad, y si á esta poca precision de los signos diferenciales se añade la incertidumbre en que nos dejan la mayor parte de las observaciones acerca del estado de simplicidad de la afeccion, se comprenderá cuán difícil es formar un *diagnóstico* exacto. Por esta razon no debemos tratar de establecerle antes que la observacion haya fallado de un modo mas positivo.

### § IV.—Lesiones anatómicas.

En los casos en que la enfermedad ha podido considerarse como simple ó de naturaleza sífilítica, solo han estado caracterizadas por el número mayor ó menor de las úlceras, su estension mas ó menos

(1) Lieutaud, *Hist. anat. med.* lib. IV, obs. 405.

grande y la profundidad á que penetraban en las tunicas del esófago. Sin embargo, debemos decir que en los principales casos de este género la destruccion de los tejidos no pasaba de la mucosa y del tejido submucoso.

### § V.—Tratamiento.

Si tanto trabajo nos ha costado hacer la descripcion de la esofagitis ulcerosa, naturalmente se debe esperar que no habrá gran precision en la esposicion del *tratamiento*. No es posible emplear con confianza un *plan tóxico irritante* en casos en que el diagnóstico es tan poco seguro; porque ¿cómo nos atreveriamos á aplicar los cáusticos á un punto afectado, que lo mismo puede estarlo de un cáncer que de otra úlcera cualquiera? Vater queria que se aplicasen á la parte ulcerada *linimentos balsámicos por medio de una esponja atada á un estilete flexible*; pero ¿no espondria este procedimiento á ocasionar desórdenes considerables en la superficie de la úlcera, á consecuencia de la dificultad que habria de dirigir convenientemente el estilete?

Es pues prudente en estos casos limitarse al uso de remedios atemperantes, á evitar los movimientos frecuentes de deglucion, engañar la sed por los medios que ya hemos indicado, y calmar los dolores con los *opiados*. Si hubiese algunos motivos para creer que la enfermedad era de naturaleza sífilítica, no deberia dudarse en prescribir el *tratamiento mercurial* y el *ioduro de potasio*, de los que se podria esperar pronto un buen resultado. Los medios que en tales casos se deben usar son los mismos que antes de ahora hemos indicado (véase FARINGITIS ULCEROSA), solo que cuando la deglucion fuese muy dolorosa habria que recurrir á las fricciones mercuriales.

## ARTÍCULO V.

### ESOFAGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.

En algunos casos raros, una falsa membrana desarrollada en la faringe podia estenderse al esófago; pero claro está que no debemos ocuparnos aquí de los hechos de este género, porque la importancia de la lesion esofágica desaparece ante la de la faringe, y especialmente ante la de la laringe, que la acompaña en los casos de crup. Pero ¿debemos admitir con Mondiere que nunca ha existido sola la esofagitis pseudo-membranosa? Este autor ha llegado, dice, por la lectura atenta de esta clase de hechos, á deducir la consecuencia de que la inflamacion específica habia empezado por la faringe, y de aquí se habia estendido á la laringe, á la traquearteria y al esófago. Hay en J. Frank y en Schenkus (1) dos hechos que nos parecen bastante interesantes bajo este punto de vista.

(1) Schenkus, *Observ. med.*, etc., lib. III, obs. 10.

La descripción que del suyo hace este último autor, que había tomado el caso de Tomás Mermann, es bastante concluyente para que deba admitirse la existencia de una falsa membrana que duró mucho tiempo. Este sería, pues, un caso de *esofagitis pseudo-membranosa crónica*.

La observación que refiere J. Frank (1) ya deja más dudas, pues en efecto hay razones para creer que en este caso había una difteritis que habría empezado por el esófago, para dirigirse en seguida hacia la faringe. No daremos nuestra opinión acerca de este punto, porque tan solo hemos citado estos hechos para demostrar cuán necesario sería recoger con exactitud las observaciones de este género que pudiesen ilustrar cuestiones tan oscuras.

*Tratamiento.* Si estuviese demostrada la formación de una falsa membrana en el esófago, se debería tratar desde luego de provocar su expulsión por medio de los *vomitivos*, y en particular del *tártaro estibiado*.

#### ARTICULO VI.

##### PERFORACION DEL ESÓFAGO.

El esófago puede perforarse, lo mismo que todos los demás puntos del conducto digestivo, y de aquí resultan diversos accidentes, según que la perforación se abra en tal ó cual cavidad. Como es evidente que esta lesión es solo una consecuencia de otras más importantes, y los accidentes á que dá origen son casi siempre superiores á los recursos del arte, no puede ofrecer al práctico grande interés, y esta es la razón por que solo diremos de ella dos palabras.

#### § I.—Causas.

Duda Mondiere (2) si se pueden formar en el esófago esas *perforaciones espontáneas* que se hallan en el estómago y en algunos otros puntos del conducto digestivo, cuyo carácter es estar hechas como con un sacabocados y presentar bordes negros cortados perpendicularmente. Para responder á la cuestión que de este modo ha propuesto, añade: «no conocemos ningún ejemplo, pues todas las lesiones del esófago que han dado los autores con el nombre de perforación espontánea, se refieren evidentemente á la *gangrena* ó al *reblandecimiento* de sus paredes.» Tal vez debamos ser un poco menos exclusivos que este autor, porque en una observación que refiere Bouillaud (3) había una perforación del grandor de la uña, semejante á las perforaciones espontáneas que se hallan en el estómago, y enteramen-

(1) J. Frank, *Patologia interna. De la inflamación de la faringe y del esófago.*

(2) Mondiere, *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2.<sup>a</sup> série.

(3) Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 4.<sup>a</sup> série, 1823, *Rupt. de l'oesop.*; *Perfor. de l'estomac.*

te distinta de la rotura que se había efectuado un poco más arriba, tal vez bajo la influencia del reblandecimiento.

No por esto es menos cierto que las perforaciones de este género son muy raras, y que debe atribuirse principalmente este accidente á las dos causas siguientes; ó á la presencia de *cuerpos extraños* en el esófago, de donde resulta la perforación de dentro afuera, ó á la proximidad de un *aneurisma de la aorta* ó de un *abceso*, que perforando el esófago de fuera á dentro, vienen á verter en este órgano su contenido.

La presencia de cuerpos extraños en el esófago constituye un accidente que es del dominio de la cirugía. En cuanto á la perforación que producen, fácilmente se comprende su mecanismo: como estos cuerpos tienen ordinariamente asperezas que irritan las membranas del esófago, ocasionan su inflamación y hasta á veces la formación de absesos, y la comunicación del conducto con las pléuras, los bronquios y los pulmones.

En cuanto á las perforaciones que dependen de la abertura de un aneurisma en este conducto, son bastante frecuentes los casos de este género.

Finalmente, hay otra causa que puede producir la perforación del esófago de fuera á dentro, y es la existencia de una *úlcera de la tráquea* que destruya en un punto el tabique de estos dos conductos, y Andral ha referido un hecho de este género. A la misma especie de perforación debe atribuirse el que ha recogido Leblond (1), y Denonvilliers ha presentado á la Sociedad anatómica un caso de la misma naturaleza.

Los autores que acabamos de citar no han hablado de las perforaciones consecutivas al *cáncer*, y sin embargo, la ciencia posee ejemplos de ellas: tal es el que ha referido Lieutaud (2) y en el que había por debajo del cartilago cricoides una úlcera que iba á parar á la tráquea, con muchas cicatrices al rededor y abolladuras escirrosas.

Niemeyer (3) ha citado como causas la destrucción de los ganglios bronquiales *tuberculosos*, sobre todo cuando están situados en la bifurcación de la tráquea; los absesos á los lados de la columna vertebral y la *cáries* de las vértebras.

El esófago en el estado de enfermedad puede comunicar con las diferentes partes de las vías aéreas, como la traquearteria, los bronquios, las pléuras y los pulmones. En este trabajo se han estudiado con especialidad las comunicaciones esofágicas pulmonares. Se observan las perforaciones con mucha más frecuencia en el lado derecho del pecho que en el izquierdo, hecho que explica perfectamente la anato-

(1) Leblond, *Rech. sur une espèce de pharyngite particul. aux enfans*, etc., Paris, 1824.

(2) Lieutaud, *Historia anat.-médic.*, etc., lib. IV, obs. 402.

(3) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Culmann y Ch. Sengel, Paris, 1865, p. 522.