

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.^a série.

(3) Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 4.^a 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 anatomi-

(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.

mía. La perforación del esófago en estas condiciones puede efectuarse en un punto cualquiera de la porción torácica de este conducto, pero parece tanto más frecuente cuanto más se acerca al diafragma. La úlcera simple, la gangrena, el cáncer y las degeneraciones fibrinosas, cartilaginosas, etc., del esófago, son las causas ordinarias de estas fistulas.

La estrechez del esófago, que es por lo común la consecuencia de estas diversas alteraciones, ejerce también grande influencia en la producción de estas mismas fistulas.

La comunicación puede ser directa, hallándose el pulmón y el esófago unidos por adherencias; pero lo más común es que haya una bolsa ó un conducto fistuloso intermedios entre estos dos órganos.

Estas perforaciones del esófago son simples ó múltiples y de dimensiones muy variables, y ordinariamente se halla en el pulmón una escavación que importa tanto más estudiar, cuanto que este modo de alteración pulmonar es sumamente raro, á no ser en los casos de tubérculos.

La enfermedad del esófago precede por lo común á la del pulmón, que es en cierto modo un accidente, una complicación de la primera: sin embargo, estos dos órganos pueden afectarse simultáneamente, y hasta el pulmón primitivamente (Vigla) (1).

§ II.—Síntomas.

Si la perforación comunica con la pleura, se observa de repente y en el momento de la deglución un *dolor violento* que se extiende á todo el pecho, y poco después todos los signos de una pleuresía sobreaguda. Volveremos á hallar estos síntomas en los casos de rotura del esófago.

Si la perforación resulta de la abertura de un absceso y las paredes externas del foco son resistentes, el pus derramado en el esófago sale al exterior por *vómito*, lo cual produce un pronto alivio, como en los casos de absceso simple.

Cuando la perforación depende de la abertura de un aneurisma en el conducto alimenticio, se observan diversos fenómenos, según que esta abertura es ancha ó estrecha. En el primer caso hay una *hematemesis fulminante*, y en el segundo el *vómito de sangre puede ser poco abundante*; pero ó se reproduce y el enfermo muere estenuado, ó la perforación se hace mayor y los accidentes son los mismos que en el primer caso.

Cuando hay comunicación del esófago con la tráquea, la *deglución se hace muy penosa*, porque introduciéndose los alimentos y las bebidas en las vías respiratorias, determinan una *tos convulsiva* y la *sufocación*.

(1) Vigla, *Recherches sur les communications accidentelles de l'oesophage avec les poumons et les brouches* (Arch. gen. de med., 4.^a série, 1846, t. XII, págs. 129 y 314).

Resulta de la marcha ordinaria de las alteraciones que la enfermedad presenta por lo común *dos periodos*.

Los síntomas del primero son los que dependen del obstáculo al curso de los alimentos en el esófago; dolor profundo siguiendo el trayecto de este conducto; sensación de constricción, disfagia, vómitos esofágicos, etc., etc.

En el segundo periodo se observan con frecuencia accidentes torácicos graves, principalmente después de la introducción de alimentos ó bebidas.

La reunión de estos síntomas puede considerarse como patognomónica de la comunicación del esófago con las vías aéreas. Es siempre difícil, pero no imposible, el determinar por qué parte de las vías aéreas se ha verificado la comunicación (Vigla).

§ III.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

La duración de la enfermedad, después de manifestarse el segundo periodo, es más larga de lo que pudiera creerse á juzgar por su gravedad; variando en nuestras observaciones de cuatro días á seis meses.

La muerte es la terminación más común en los casos de comunicación espontánea; no sucede lo mismo cuando son producidas por causas traumáticas; hemos procurado sentar que la curación no es imposible aun en los casos de la primera especie (Vigla).

§ IV.—Tratamiento.

El *tratamiento* solo puede ser *paliativo*. Lo que especialmente hace formidables los accidentes causados por estas perforaciones es la introducción de las sustancias ingeridas en la tráquea ó en la pleura; de aquí resulta que lo que principalmente hay que hacer es tratar de que lleguen los alimentos al estómago, separándolos de la abertura accidental. Para esto no hay más medios que usar la *sonda esofágica é inyectar en el estómago alimentos semilíquidos*: indicaremos cómo esto debe hacerse al tratar de la *estrechez*.

Igualmente se deben prescribir los *calmantes*, sobre todo introducidos por el recto, la *quietud absoluta* y el *silencio*. En los casos en que la perforación depende de un aneurisma, los *astringentes al exterior*, una *dieta severa* y la *quietud absoluta* forman la base del tratamiento.

ARTICULO VII.

ROTURA DEL ESÓFAGO.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La rotura del esófago consiste en la perforación súbita del conducto. Se diferencia de la perforación propiamente dicha por su manifes-