

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 patognómica 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-

tacion instantánea. No es circunstancia precisa el que no haya ninguna alteracion anterior de su sustancia, como queria Boyer (1), puesto que de los hechos que ha recogido Mondiere resulta que por lo comun ha precedido á su rotura el reblandecimiento, y sobre todo el *reblandecimiento gelatiniforme* de sus paredes. Los dos hechos mas notables que conocemos han sido referidos por Boerhaave y por Bouillaud; el primero se ha reproducido en la mayor parte de los tratados, y el segundo está espuesto con bastante cuidado en la Memoria del mismo autor acerca de la rotura del esófago, la perforacion del estómago y la dislaceracion de este último órgano (2).

El baron de Vassenaer, gran almirante de la república de Holanda, de excelente constitucion, pero sujeto á ataques de gota, habia adquirido la costumbre de tomar como vomitivos la ipecacuana y la infusion de cardo santo, á fin de librarse de un peso incómodo que sentia en el orificio superior del estómago siempre que hacia algun exceso en la comida, cosa que le sucedia con bastante frecuencia. Este método le probaba tambien que todas las reflexiones fueron insuficientes para lograr que le abandonase. Una tarde, algunas horas despues de una comida abundante, como tardase un poco la dosis de su emético en producirle el vómito, escitó este bebiendo gran cantidad de su infusion acostumbrada y haciendo esfuerzos extraordinarios. De repente sintió un dolor atroz y se quejó de que algo se le habia roto ó dislocado hácia la parte superior del estómago, que se le habian desencajado las vísceras del pecho y que su muerte estaba muy próxima. Este hombre, que siempre habia soportado los ataques mas fuertes de gota con una paciencia heróica, gritaba, se revolcaba en el suelo, y un sudor frio, un pulso pequeño y concentrado, y la palidez del semblante y de las estremidades indicaban bien claramente sus grandes padecimientos. Trasladado á su cama, solo pudo permanecer en ella de pié, sostenido por tres hombres y muy encorvado hácia adelante, pues cualquiera otra posicion y el menor movimiento aumentaban sus dolores. En este estado bebió como unas doce onzas tanto de aceite de olivas como de una cerveza medicinal, con lo cual se agravaron todavia mas los accidentes. El médico que le visitaba ordinariamente llegó al cabo de una hora y prescribió una bebida atemperante y fomentos emolientes y anodinos, á lo cual añadió Boerhaave, que fué llamado en seguida, y conforme con su compañero, pociones anodinas, sangrias, lavativas, etc., creyendo que la causa de estos sintomas era una estrechez espasmódica del estómago, conjetura tanto mas verosímil cuanto que la region epigástrica se iba elevando de cada vez mas, y que el enfermo, despues de haber ingerido una cantidad tan grande de bebidas, solo espelia algunas gotas de orina espesa y de olor muy pronunciado.

(1) Boyer, *Traité des malad. chirurgic.*, 1.^a ed., 1831, t. VII, p. 151.

(2) Bouillaud, *Arch. de méd.*, Paris, 1823, t. I, p. 331.

Todo fué inútil; el pulso se debilitó sin perder su regularidad; la respiracion se fué haciendo de cada vez mas laboriosa y frecuente y el enfermo murió á las diez y ocho horas en medio de indecibles tormentos.

El mismo Boerhaave hizo la autopsia del cadáver. El peritoneo, los intestinos y el estómago estaban distendidos por una gran cantidad de aire, y este último órgano solo contenia muy corta cantidad de los líquidos que el enfermo habia ingerido. La vejiga se hallaba completamente vacía y tan sumamente contraída que formaba una masa sólida. Las demás vísceras abdominales y el mismo diafragma no presentaban nada contrario al estado natural.

La cavidad del pecho contenia gran cantidad de aire, que salia con impetu, produciendo una especie de silbido en el momento en que se hacia una aberturita en la pléura. Los pulmones, deprimidos y descoloridos, nadaban en un líquido semejante al que se habia hallado en el estómago, se estrajeron de las dos cavidades del pecho ciento cuatro onzas de este líquido, peso de Holanda. En la cavidad izquierda y á tres dedos del diafragma habia una especie de tumor de tres pulgadas de diámetro, formado por un tejido celular flojo y como inflado en el que se notaba una rajadura de pulgada y media de longitud y tres lineas de latitud. En el interior de esta dilatacion estaba el esófago dividido en totalidad trasversalmente, y las dos estremidades de la rotura retraidas y retiradas hácia sus inserciones respectivas. Las investigaciones mas detenidas no han podido descubrir úlcera ni erosion en ningun punto de este órgano (Boyer).

Vemos, pues, cuán contraindicadas estaban en este caso las bebidas que tomó el enfermo y las pociones que le administró Boerhaave.

Parehaut (Pedro Luis), de veinte años de edad y constitucion fuerte, aunque pálido y nervioso, sujeto á temblores musculares y que padecia desde la edad de ocho años un flujo purulento del oido derecho, entró en el hospital Cochin el 8 de marzo de 1832.

Hacia unas seis semanas que padecia del estómago, sobre todo despues de las comidas y durante la noche, pero no habia guardado cama hasta hacia cuatro dias. A su entrada presentó los síntomas siguientes: lengua un poco rubicunda y bastante húmeda, anorexia, sed, calor y dolor en la region epigástrica, estreñimiento, pulso vivo y frecuente, escalofrios pasajeros, cefalalgia supraorbitaria, quebrantamiento de huesos y ensueños continuos durante la noche. (*Agua de goma dulcificada, treinta sanguijuelas al epigastrio, lavativas y dieta.*) No sintiendo ya dolor el enfermo despues de esta aplicacion, se le dió sopa por la tarde, y por la primera vez desde el principio de su enfermedad tuvo un vómito.

Al dia siguiente, 9 de marzo, el pulso está tirante, frecuente y dilatado. (*Una sangria de brazo.*) Los dias 10, 11 y 12, continúan los vómitos y el pulso sigue siempre lleno y fuerte, pero poco frecuente.

El 15 por la mañana, temblor; habiendo querido el enfermo levan-

tarse, vacila y no puede tenerse en pié, pierde la palabra y pronuncia balbuceando algunas palabras ininteligibles. Comisura izquierda dirigida hácia arriba y afuera, imposibilidad de agarrar los objetos con la mano derecha, pupilas dilatadas y movibles y mirada distraida. (*Sangría del brazo y lavativa purgante.*)

El 14 epistaxis; el enfermo comprende nuestras preguntas, pero no puede responder; se impacienta, se agita, se revuelca en la cama y se mete debajo de la ropa. (*Sangría del pié, vejigatorio detrás de la oreja derecha, cuyo flujo se había suspendido.*)

El 15 alternativas de agitacion y postracion; suspiros y gemidos frecuentes, latidos del corazon muy fuertes y calor en la piel.

El 17 el enfermo se obstina en permanecer echado sobre el lado derecho y me aprieta con fuerza la mano con la que tenia paralizada (la derecha): no responde á nada, suspiros profundos y esfuerzos considerables para espeler las materias fecales en la cama.

El 18 pérdida absoluta de conocimiento, cara contraída, pupilas anchas é inmóviles, pulso muy frecuente, que dá ciento cincuenta pulsaciones, y estertor mucoso muy sonoro; no está torcida la boca; muerte á las nueve.

Autopsia cadavérica veinticuatro horas despues de la muerte.

1.º *Hábito exterior.* Gran rigidez cadavérica.

2.º *Cabeza.* Inyeccion de las meninges, ventriculos laterales distendidos por una gran cantidad de serosidad turbia y lechosa; tejido cerebral un poco blando.

3.º *Pecho.* Al abrir el lado derecho de esta cavidad, salen gases; el pulmón correspondiente está enjugado y la pléura contiene en su interior unos dos vasos de un líquido rojo pardusco; la pléura está muy inyectada y presenta varias placas de color rojo vivo. El esófago tiene un poco por encima del cárdias y á la izquierda una perforacion del grandor de la uña, y un poco mas arriba una dislaceracion de pulgada y media de longitud, por la que se ha derramado en el lado izquierdo el líquido que acabamos de indicar, y que no es mas que una parte del contenido en el estómago, mezclado con sangre.

4.º *Abdómen.* Al abrir sus paredes ha salido cierta cantidad de materia líquida derramada en la cavidad del peritoneo. El estómago presenta en su region esplénica cuatro perforaciones dispuestas de modo que forman los cuatro ángulos de un paralelógramo; la mayor tiene el ancho de un ochavo, y las demás ván siendo cada vez mas pequeñas; la membrana mucosa destruida por una ulceracion, lo está en mucha mayor estension que la serosa, que probablemente solo se halla rota, de donde resulta el que estén cortados á bisel los bordes de las perforaciones. La membrana mucosa gástrica está generalmente roja é inyectada, inyeccion que se observa tambien en alto grado en la porcion del peritoneo que está en contacto con el líquido derramado;

la membrana mucosa de los intestinos delgados, del ciego y del colon, está tambien muy inyectada, pero por lo demás sana; el conducto auditivo externo y el oído interno se hallan cubiertos de una materia purulenta poco abundante (Bouillaud).

§ II.—Diagnóstico y pronóstico.

Aun cuando en esta segunda observacion no está tan bien determinada como en la primera la época en que se ha efectuado la rotura, se la debe fijar, segun todas las apariencias, en el momento en que el enfermo sintió el temblor y los demás fenómenos nerviosos, y en que cesaron los vómitos. No obstante, como al mismo tiempo habia *perforaciones del estómago*, debemos emitir nuestro juicio con reserva acerca de este punto, porque la peritonitis ocasionada por el derrame de las materias en la serosa abdominal pudo muy bien haber producido estos fenómenos.

Resulta pues que con tan corto número de hechos sería un error el querer trazar una historia completa de la rotura del esófago; pero los ejemplos que acabamos de citar bastan (sobre todo si se los pone en relacion con los hechos de perforacion del peritoneo, que presentan sintomas análogos) para indicarnos lo siguiente: si en un enfermo que acusa un dolor mas ó menos intenso en el conducto esofágico y trastornos mas ó menos manifiestos de la deglucion, se observa de repente y durante un esfuerzo un dolor sumamente agudo en un lado del pecho, que se *estiede con rapidéz* por toda la cavidad de la pléura, y acompañado de un estado general grave, constituido por temblor, enfriamiento de las extremidades, aproximacion de los miembros hácia el tronco y tendencia á envolverse debajo de las ropas de la cama, ó bien por una agitacion y una ansiedad extremas, con frecuencia y pequenez notable del pulso y el cuerpo encorvado hácia adelante, se podrá diagnosticar una rotura del esófago. Este diagnóstico será mucho mas seguro si por una parte no se ha notado en el pulmón ninguna lesion que haya podido producir la perforacion de este órgano (*gangrena, apoplejía pulmonar, tubérculos*), y por otra hay seguridad de que han aparecido los accidentes *en el momento de la deglucion ó en un esfuerzo de vómito*.

Esta afeccion es *muy grave*. La rapidéz con que se ha verificado la muerte en el caso que observó Boerhaave es una prueba suficiente.

§ III.—Lesiones anatómicas.

Una solucion de continuidad de forma prolongada é irregular, de bordes rasgados, constituye el carácter de la rotura del esófago. En algunos casos se han hallado los puntos inmediatos á esta rasgadura blandos y presentando ese género de alteracion á que se ha dado el nombre de *reblandecimiento gelatiniforme*, de lo cual ha citado Blan-

din dos casos notables (1). Mondiere llega á creer que en el mayor número de veces es necesaria esta lesion preparatoria para que se verifique la rotura del esófago.

El derrame de las sustancias ingeridas se efectúa ordinariamente en una de las dos pléuras; así se halla en estas cavidades un líquido semejante á las bebidas que ha tomado el enfermo, líquido que puede estar mezclado con sangre, como en el caso citado por Bouillaud. Además se nota en la cavidad serosa la presencia de falsas membranas que caracterizan la inflamacion intensa producida por la materia derramada. En los casos que ha observado Blandin, las bebidas habian penetrado en el *mediastino posterior*.

§ IV.—Tratamiento.

Apenas debe haber esperanza de obtener un resultado favorable; sin embargo, se pueden evitar al enfermo muchos dolores y conservar algunas probabilidades de salvacion.

En la observacion que cita Boerhaave hubo después del accidente ingestion de una cantidad notable de líquidos, que saliendo por la solucion de continuidad, debian ir necesariamente á irritar la pléura y aumentar la gravedad del padecimiento. Si hubiese pues motivo para creer la existencia de una rotura del esófago, seria preciso prescribir ante todo una *abstinencia completa de bebidas*, y limitarse para *engañar la sed* á lavar la boca con *líquidos acidulados* y á deshacer en ella algunos *pedazos de hielo*. Si ya el enfermo hubiese bebido, el exámen de la pléura y del estómago serviria para que el médico conociese que era necesario suspender el uso de líquidos, porque por la auscultacion y la percusion reconoceria el derrame en la pléura, y por el último de estos dos medios notaria la vacuidad del estómago.

Tambien se deberia ensayar en estos casos el *cateterismo del esófago*, á fin de introducir las bebidas en el estómago, y hasta alimentos líquidos si se creia conveniente. Es evidente que uno de los peligros de esta operacion en tales casos, seria el que penetrase la sonda en la pléura al través de la solucion de continuidad; pero los medios de diagnóstico que acabamos de indicar serian tambien útiles para conocer si se habia seguido esta especie de camino falso. En todos los casos se deberia empezar por inyectar tan solo una corta cantidad de un líquido mucilaginoso, y si se notase que aumentaba la estension del sonido á macizo en la cavidad de la pléura permaneciendo el estómago vacío, y sobre todo si en el momento de la inyeccion se exacerbaba el dolor pleurítico, seria preciso apresurarse á retirar la sonda para hacerla recorrer otro trayecto; por último, si se hallasen demasiados obstáculos se deberian suspender enteramente estas tentativas. Claro está que

(1) Blandin, *Dict. de médecine et de chir. pratiques*, t. XII, p. 141.

para practicar este cateterismo solo se debe emplear una simple *sonda de goma elástica*.

El tratamiento variará en seguida, segun que se haya logrado hacer llegar una sonda al estómago ó que hubiese sido inútil esta tentativa. En el primer caso se introducirán por la sonda los diversos medicamentos, y en el segundo será preciso dirigirlos al conducto intestinal por medio de lavativas.

Carecemos de esperiencia para saber de un modo positivo á qué medicamentos se debe dar la preferencia; pero si consultamos la analogía, y si aplicamos á la rotura del esófago lo que se ha hecho en los casos de peritonitis súbreaguda consecutiva á una perforacion, diremos que los *opiados* deben ocupar el primer lugar. En efecto, veremos en el artículo *Peritonitis* que Graves y Stokes han obtenido ventajas notables en esta última enfermedad de la administracion del *láudano* á altas dosis. Así pues se prescribirán *veinte, treinta* y hasta *cuarenta gotas de láudano* en una pocion para tomar á cucharadas de media en media hora, y se aplicarán al pecho grandes *cataplasmas laudanizadas*.

En el caso en que no se puedan introducir los medicamentos en el estómago por medio de la sonda, repito que es preciso aplicar los *narcóticos* al intestino, dándolos á altas dosis; *treinta, cuarenta* ó *cincuenta gotas de láudano* en una lavativa repetida mañana y tarde, podrán llenar esta indicacion. Es evidente que no se debe temer el narcotismo que este tratamiento puede producir al enfermo, porque los accidentes son tan graves, que en comparacion este narcotismo es un inconveniente muy ligero.

En circunstancias semejantes á las que aqui suponemos se aplican por lo comun *rubefacientes* á las estremidades con el objeto de escitar el organismo de un modo general, y tambien para ejercer una *derivacion*. Entonces se recomiendan generalmente las *cataplasmas sinapizadas*, los *sinapismos* y un *calor fuerte*, cuyos medios no pasan de simples ayudantes.

El enfermo debe guardar *silencio* y permanecer en una *quietud absoluta*, porque cualquier movimiento pudiera agravar los síntomas. Debe *mantenerse el vientre libre*, y obligar al enfermo á que permanezca echado en la misma posicion.

Si se toman bien todas las precauciones anteriormente espuestas, y si la afeccion es enteramente local, como en el caso citado por Boerhaave, se podria obtener la cicatrizacion de la solucion de continuidad.

ARTÍCULO VIII.

CÁNCER DEL ESÓFAGO.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Poco se ha estudiado el cáncer del esófago de un modo especial, pues la mayor parte de los autores le han colocado en la *disfagia por causa orgánica*, como lo ha hecho Boyer (1), ó en la *estrechez del conducto alimenticio*. Sin embargo, la ciencia posee un número bastante grande de observaciones que se refieren evidentemente al *escirro* ó al *encefaloides* del esófago. En este orden de enfermedades se deben colocar las *carosidades* halladas por Galeno (2), las *carúnculas* nacidas de las úlceras esofágicas que indica Silvio, y sin duda algunos de los *pólipos* descritos por los autores que les han seguido. Lieutaud ha reunido varios casos de estos que tomó de diversos autores, y que cita con el nombre de *Esophagus scirrhus*, y finalmente, en estos últimos tiempos Cruveilhier y otros han referido ejemplos notables de esta enfermedad.

No obstante, es preciso decir que el cáncer del esófago es bastante raro, y que es infinitamente menos frecuente que el del estómago; porque si en efecto consultamos un cuadro presentado por Tanchou á la academia de Ciencias, hallamos que entre 9118 casos de cáncer, habia 2503 que residian en el estómago, y solo 15 en el esófago. Aun cuando es indudable que este estado no es completamente exacto en razon á que está sacado de los registros de mortandad de la villa de París, en los cuales no siempre están bien comprobadas las causas de la muerte, sin embargo parece muy digna de notarse la gran diferencia que existe entre la frecuencia del cáncer en estos dos órganos (3).

§ II.—Causas.

No nos detendremos mucho tiempo en tratar de las causas de esta enfermedad, porque es asunto que volveremos á ocuparnos al hablar del *cáncer del estómago*, y que espondremos entonces con algunos detalles. Solo diremos aquí que el mayor número de cánceres se han observado en una *época bastante avanzada de la vida*, pero que sin embargo se manifiesta á veces, como los de los demás órganos, antes de la vejez, puesto que Lieutaud cita dos ejemplos en los que los sujetos no pasaban de treinta y cinco años. No se han hecho investigaciones especiales relativamente al *sexo*, respecto al cáncer que tiene su asiento en el esófago.

J. Frank ha hallado que entre los sujetos que han sido objeto de

(1) Boyer, *Traité de malad. chir.*, t. VII, p. 169.

(2) Galeno, *De sympt. caus.* lib III, cap. II.

(3) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, Paris, 1851, pag. 92 y sig.

sus observaciones, muchos habian padecido *escrófulas* en su niñez, otros habian sido acometidos de afecciones *artríticas* hácia la mitad de la vida, algunos habian soportado *grandes fatigas*, y la mayor parte *abusaban de las bebidas alcohólicas*. Ya se comprende que sería necesario repetir estas investigaciones sobre otras bases para que podiesen inspirar alguna confianza. Se ha citado (1) un ejemplo de *herencia*, que recayó en una mujer que padecía un escirro del esófago y cuya madre y hermana habian sufrido la misma enfermedad. (Para mas detalles véase CÁNCER DEL ESTÓMAGO.)

§ III.—Síntomas.

La *invasion* ó principio se indica en las observaciones de una manera imperfecta, y así solo podemos determinarla por síntomas bastante vagos. En la mayor parte de los casos ha habido al principio una *sensacion de incomodidad* mas bien que un verdadero dolor, incomodidad que los enfermos sentian en un punto del esófago que podian marcar con el dedo. Es notable que este sintoma aparezca fijo en un punto limitado, é indica el *asiento de la enfermedad*. Segun algunos autores, el punto afectado con mas frecuencia es la parte inferior del conducto musculoso, mas no porque así conste de una estadística exacta de las observaciones; sin embargo, á veces existe el cáncer en la reunion de la faringe con el esófago, y Baillie ha visto uno que ocupaba toda la estension del órgano (2). En algunos casos se ha observado tambien que esta afeccion se estendia de la faringe al esófago.

A la incomodidad que acabamos de indicar acompaña pronto una *dificultad* mas ó menos notable *de la deglucion*, que se manifiesta principalmente al tragar alimentos sólidos, siendo preciso para que puedan pasar estos alimentos que vayan muy triturados, y aun con esta precaucion experimentan los enfermos una sensacion de obstáculo en el punto anteriormente indicado. No obstante, los líquidos pueden ingerirse con bastante facilidad.

Estos síntomas son los signos de una *estrechez* ocasionada por el tumor canceroso, estrechez que no ha llegado todavía á un grado estremo; así es que permanecen estacionarios durante un tiempo muy variable, y se han visto continuar de este modo por espacio de muchos años. Pero por lo comun se van haciendo de cada dia mas notables, lo cual indica los progresos de la estrechez, y cuando ya llega esta á un alto grado, la deglucion, hasta de los líquidos, es sumamente difícil y á veces imposible. Entonces se agrega á los síntomas precedentes un nuevo signo en que Michaëlis ha insistido principalmente (3), el *vómito*, que unas veces se verifica casi al momento y otras

(1) *The London medic. Reposit.*, noviembre de 1818.

(2) Baillie, *Anat. pathol.*, Paris, 1815, en 8.º

(3) Michaëlis, *Dissertatio de vomitu ex œsophagi glandula schirrhosa*, 1770.