

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 *Œsophagus 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.

cierto tiempo despues de la ingestión. Cruveilhier ha observado un caso en que los alimentos y las bebidas han estado detenidas durante muchos días y han sido al fin vomitadas en grande abundancia: entonces hay una dilatación considerable por encima del punto estrechado. Farquharson (1), que ha observado casos en que los alimentos estaban detenidos durante muchas horas, ha notado que entonces habia una sensación de plenitud y un dolor violento en el pecho y en la espalda. La materia de los vómitos se compone de las bebidas mezcladas con mucosidades mas ó menos abundantes, y en las que nadan los alimentos poco ó nada digeridos.

En una época adelantada de la enfermedad, la incomodidad anteriormente indicada se cambia en un dolor fijo mas ó menos vivo, que aumenta notablemente en el acto de la ingestión de los líquidos y sobre todo de los sólidos, cuyo cambio se ha atribuido á la ulceración de los tumores carcinomatosos. Entonces es cuando especialmente sobrevienen los vómitos con prontitud, aunque á veces se efectúan ciertas modificaciones en la lesión del esófago que pueden facilitar la retención de las materias. Así ha sucedido en el caso que cita Moutard-Martin (2), en el que habiendo abierto la ulceración una gran cavidad en la sustancia pulmonar, se acumulaban las materias ingeridas en esta bolsa preter-natural.

En la época de la ulceración del cáncer sobrevienen por lo comun, segun los autores, *hemorragias considerables* del esófago.

Segun J. Frank (3), comprimiendo por los lados y detrás de la traquearteria, en la parte inferior del cuello, se ha podido á veces reconocer la *tumefacción* y la *induración* del esófago escirroso ó recurriendo á la percusión. Pero hay un medio de exploración con el que se puede diagnosticar de un modo mas seguro la presencia del obstáculo en el conducto alimenticio: este medio es el *cateterismo del esófago*, pues llegando la sonda á cierta altura, se encuentra detenida, y si el cáncer está ulcerado, puede traer en su estremidad una *materia saniosa* que cubre la ulceración.

Al paso que se observan estos *síntomas locales*, se presentan otros *síntomas generales* que ilustran al médico acerca de la naturaleza de la lesión. Como los alimentos son arrojados á poco tiempo de su ingestión ó quedan detenidos en una cavidad en que no se efectúa la digestión, esto llega á producir pronto un *deterioro considerable*; el *enflaquecimiento* hace progresos rápidos desde el instante en que la deglución llega á ser muy difícil; pronto aparece una *debilidad* suma, hay un *desahiento* notable, y poco despues todos los síntomas del cáncer, como *tinte amarillo de paja terreo*, *languidez*, *marasmo*, *fiebre lenta*, etc., se manifiestan y persisten hasta el último momento. Niemeyer (4) ha

- (1) Farquharson, *Memoires de la Soc. de Londres*, t. II.
 (2) Moutard-Martin, *Biblioth. méd.*, t. XXXIV.
 (3) José Frank, *Prax. med.*, etc., pars. III, t. I, sect. II.
 (4) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Culmann. t. I, p. 521.

indicado el edema de los piés y la formación del trombus en las venas de los muslos.

El doctor Pfeufer (1) ha observado un caso de cáncer del esófago que ha invadido y perforado la aorta, lo cual produjo dos *vómitos de sangre arterial*, el primero de unos 4500 gramos. El doctor Barret (2) ha visto un escirro del esófago que atrofió el nervio recurrente laríngeo y produjo la *pérdida completa de la voz*.

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

Al esponer los síntomas hemos trazado el *curso* de la enfermedad. En general se puede decir que la enfermedad tiene larga *duración*. Algunas veces se observa que despues de haber persistido por mucho tiempo, marcha de pronto con rapidez, cuyo curso rápido de todos los síntomas ha inclinado á los autores á atribuirle á la ulceración. En cuanto á la *terminación*, es constantemente mortal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Son variadas. Unas veces se hallan tumores de naturaleza escirrosa, de color blanco nacarado, duros, que rechinan al cortarlos con el escalpelo, y que ocupan el espacio intermedio entre las diversas túnicas del esófago, de lo cual cita Mondiere varios ejemplos; otras se nota la presencia de la materia cancerosa infiltrada en capas estratiformes y rodeando las paredes en una porción mayor ó menor de su estension, de modo que disminuyen el calibre del esófago, dando lugar á la coarctación cancerosa (Niemeyer); y finalmente, en algunos casos se encuentra una especie de setas cancerosas, blandas, sobre todo por ciertos puntos, infiltradas de una materia laticinosa, de color blanco rosado y que presentan los caracteres del cáncer encefaloides. Entonces las túnicas están mas ó menos confundidas al nivel de esta alteración y aumentadas de grosor en las partes inmediatas; así, por ejemplo, las fibras musculares llegan á tener el doble ó el triple de su volumen ordinario. La ulceración que invade estas partes las destruye en una profundidad mayor ó menor, y de aquí pueden resultar perforaciones que hacen comunicar al esófago con las cavidades inmediatas, ó que forman bolsas adicionales como en el caso que cita Moutard-Martin. La dilatación de la parte superior del esófago y el engrosamiento de sus membranas son una consecuencia de la estrechez y de la obliteración causada por el cáncer, y la parte situada por debajo de la lesión se halla por el contrario replegada sobre si misma y presenta una disminución de calibre mas ó menos marcado.

- (1) Pfeufer, *Zeitschrift für rat. Medicin.*, Bd. III, Heft. 5.
 (2) Barret, *The Lancet*, London, mayo de 1847.

§ VI.—**Diagnóstico y pronóstico.**

Se deduce de los síntomas locales y de los fenómenos generales. Por los primeros se distingue, especialmente en el principio de la enfermedad, el cáncer del esófago de la constricción espasmódica ó *esofagismo*. En la *constricción espasmódica*, los accidentes se presentan por lo comun de pronto y se hacen con rapidez muy intensos, de tal modo que ya desde los primeros dias el obstáculo se opone enteramente á la deglucion, y las materias ingeridas son arrojadas por el vómito. En los casos en que la constricción no ha llegado á tan alto grado, la deglucion, aunque difícil, se ejecuta todavía por completo, aunque solo con lentitud: además, hay casi siempre otros síntomas nerviosos, tales como fenómenos histéricos que ilustran al médico acerca de la naturaleza de la enfermedad. Ya hemos dicho que en el *cáncer del esófago* los primeros síntomas consisten, por el contrario, en una incomodidad que tiene su asiento fijo, y en la dificultad y lentitud con que se hace la deglucion de los alimentos sólidos, y que además no hay síntomas nerviosos.

La *estrechez* orgánica del esófago de *naturaleza no cancerosa* es mucho mas rara de lo que han supuesto los autores que no han investigado bastante la existencia del cáncer. Los ejemplos auténticos de esta lesion deben referirse casi todos á una alteracion producida por la permanencia de cuerpos estraños ó por la ingestion de venenos cáusticos, y principalmente de los ácidos (Bayle, Chamillard). El conocimiento de la causa es de gran valor para el diagnóstico. Además, como los síntomas de estenuacion solo están en relacion con la dificultad de ingerir los alimentos, de aqui resulta que no se observan tan pronto los signos de caquexia.

§ VII.—**Tratamiento.**

El *tratamiento* no puede ser mas que paliativo.

El primer medio que se presenta es hacer penetrar fácilmente las bebidas y los alimentos en el estómago, y oponerse á los progresos de la estrechez, para lo cual hay que poner en práctica el *cateterismo del esófago*. Mas adelante indicaremos el modo como debe procederse, y solo diremos ahora que es preciso obrar con grandes precauciones, porque habiendo deformidad en las partes, seria fácil herir tejidos ya afectados y provocar una ulceracion de curso rápido. Cuando se ha logrado atravesar el obstáculo é introducir la sonda en el estómago, se hace uso de este medio para inyectar *alimentos semilíquidos*, y además aumentando gradualmente el volúmen de las sondas se ensancha el paso. Para efectuar la *dilatacion*, se deja la sonda fija todo el tiempo que el enfermo pueda soportarla; pero por lo comun es tan grande la incomodidad que produce, que hay precision de retirarla inmediata-

mente despues de la ingestion de los líquidos alimenticios, y de proceder en seguida de nuevo al cateterismo. Otras veces hay necesidad de retirar la sonda despues de haber permanecido aplicada por espacio de una ó mas horas.

Este medio es solo paliativo, y muy pronto llega á ser imposible su uso. Por este motivo varios autores se han opuesto fuertemente á este modo de tratar la estrechez cancerosa. Niemeyer se encuentra en este número.

El *extracto de cicuta*, la *belladona*, los *antimoniales* y las *preparaciones mercuriales*, medios de que habitualmente se hace uso, pero sin que haya un solo hecho bien comprobado que demuestre su eficacia.

Se han recomendado tambien las *fricciones mercuriales* al pecho, los *cauterios* y las *moxas*; pero como no se ha demostrado el valor de estos medios, y los últimos causan al enfermo dolores inútiles, debemos limitarnos á indicarlos.

Las *bebidas mucilaginosas*, las *pociones oleosas*, en una palabra, las sustancias destinadas á lubricar el esófago, y que son propias para facilitar el paso de los alimentos cuando la dificultad de la deglucion no ha llegado todavía á su mas alto grado.

Si fuese imposible la alimentacion por la parte superior de las vias digestivas, se introducirán en el recto por medio de *lavativas*, sustancias nutritivas, tales como *caldos*, *yemas de huevo desleidas*, etc.; pero no tarda en ser tambien inútil este último y débil recurso, y el enfermo sucumbe en el marasmo.

ARTÍCULO IX.

DEGENERACIONES CARTILAGINOSAS Y ÓSEAS.

Solo diremos dos palabras acerca de estas lesiones, de que la ciencia posee ejemplos notables. Despues de observarse síntomas de disfagia semejantes á los que hemos citado anteriormente y que pueden durar por mucho tiempo, de lo cual Lieutaud (1) refiere varios casos, se hallan en el esófago *anillos cartilagosos* y *óseos*, al nivel de los cuales puede estar estrechado este conducto en el mas alto grado; pero como esta lesion es superior á los recursos del arte, no debe detenernos por mas tiempo.

ARTICULO X.

DILATACION DEL ESÓFAGO.

§ I.—**Causas.**

Esta alteracion puede ser total ó parcial. Cuando solo se afecta una pared resultan *diverticulos* mas ó menos considerables. Las dilata-

(1) Lieutaud, *Hist. anat.-medica*, t. II.