

§ 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 semiliquidos*, 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.

ciones patológicas del esófago se han referido, como dice Velpeau (1), á las tres causas siguientes: 1.ª á la *hernia de la membrana mucosa* al través de una rasgadura de la muscular; 2.ª á la permanencia prolongada de *corpos extraños* pesados y voluminosos, y 3.ª á un obstáculo en la deglución. Esta última dilatación no es mas que una consecuencia de las demás afecciones del esófago y principalmente de la estrechez, como ya lo hemos dicho antes de ahora. Los autores que se han ocupado recientemente de este asunto han puesto en duda la existencia de la primera causa, y en cuanto á la segunda hay muchos ejemplos de ella que ha reunido Mondiere (2).

Niemeyer cree que el catarro crónico dando lugar á la parálisis consecutiva de las fibras musculares, puede determinar la dilatación total del esófago. En muchos casos la causa es desconocida.

§ II.—Lesiones anatómicas.

En la dilatación *total* las paredes del esófago se encuentran por lo general hipertrofiadas. En la dilatación *parcial* el conducto esofágico toma la forma cónica como un azucarillo cuyo fondo atraviesa una estrecha abertura. Por lo comun es en la proximidad de la bifurcación de la tráquea ó en el vértice del esófago donde se presentan las dilataciones ó *divertículo*. Son redondeadas y comienzan y forman mas tarde apéndices cónicos ó cilindricos colocados entre el esófago y la columna vertebral.

§ III.—Síntomas, curso y tratamiento.

La acumulación de los alimentos en la bolsa que resulta de la dilatación, la tumefacción del cuello que esta produce cuando la lesión ocupa la parte superior del esófago, la expulsión de los alimentos acumulados, y como consecuencia la desaparición de la deformidad en los casos que acabamos de mencionar, y la fetidez del aliento efecto de la alteración de los alimentos que han permanecido en la bolsa esofágica, tales son los signos de esta dilatación, contra la cual no nos han dado los autores tratamiento alguno eficaz.

ARTICULO XI.

ESTRECHEZ DEL ESÓFAGO.

Mondiere (3) ha reunido los principales ejemplos de esta afección que refieren los autores, y de este autor se ha tomado en estos últi-

(1) Velpeau, *Dict. de méd.*, t. XXI, art. OESOPHAGE.

(2) Mondiere, *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2ª série.

(3) Mondiere, *Archives gén. de méd.*, t. XXV, 1831, p. 358 y siguientes.

mos tiempos la descripción de esta estrechez; así de su Memoria extractaremos en gran parte los detalles en que vamos á entrar.

En estos últimos años se han hecho investigaciones muy interesantes acerca de las estrecheces del esófago y su tratamiento, por E. Gendron, de Chateau-du-Loir (1), por Follin (2) y especialmente por Behier (3), que ha reunido sesenta y una observación. Esta enfermedad puede considerarse como perteneciendo al dominio de la cirugía, mejor que al de la medicina propiamente dicha. Se encontrarán en el trabajo de Follin y en las lecciones de Behier datos del mayor interés acerca de la longitud y anchura del esófago y á los diferentes puntos de guía para juzgar de la situación exacta sus orificios superior é inferior. Según Follin el orificio superior corresponde próximamente al nivel del tubérculo carotideo de la sexta vértebra cervical; pero esta situación varia la longitud de una vértebra segun que se haga doblar (asciende) ó estender la cabeza (asciende el orificio). El cárdias corresponde á la décima vértebra dorsal.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Casi todas las lesiones que hace poco hemos descrito, tienen gran propensión á producir la estrechez del esófago, y además los tumores que se forman en las inmediaciones de este conducto pueden disminuir su calibre hasta el punto de hacer muy difícil y aun imposible el paso de los alimentos. Aun cuando hablando con propiedad, los hechos de esta última especie no constituyen verdaderas estrecheces, deben reunirse á los otros, porque las consecuencias son en ambos las mismas. Resulta de todo esto que la estrechez del esófago, *sin ser una enfermedad frecuente*, se ha presentado, sin embargo, con bastante frecuencia para que posea la ciencia un número considerable de observaciones; espuestas en gran parte en los autores bajo el nombre de *disfagia*.

Si solo quisiéramos dar el nombre de *estrechez del esófago* á una afección semejante á las estrecheces de la uretra, hallaríamos por el contrario que esta enfermedad es muy rara, y que solo se presenta por lo comun, como ya hemos advertido, á consecuencia de una lesión profunda del esófago ocasionada por la presencia de un cuerpo extraño ó por los cáusticos. Mas por desgracia, en el estado actual de la ciencia, no es posible hacer esta distinción de un modo exacto, y aun cuando en la mayor parte de los casos no se deba considerar á la estrechez como una enfermedad independiente, conviene no obstante

(1) Gendron, *Journal des connaissances medico-chirurgicales*, Noviembre, 1837. *Archives gen. de méd.*, Paris, 1858.

(2) Follin, *Des retrecissements de l'oesophage*, Paris, 1853.

(3) Behier, *Conferences de clinique medicale faites á la Pitié*, 1861—1862, Paris, 1864.