

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, 1838.

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

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

hacer su historia por separado. Con Follin admitimos tres clases de estrecheces.

- 1.º Inflamatorias;
- 2.º Orgánicas;
- 5.º Espasmódicas.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes.* Gaitskeel (1) ha admitido que la estrechez puede ser *hereditaria*: Behier es de esta opinion. Cassan (2) ha referido un caso muy interesante de que nos ocuparemos mas adelante, y en el cual se notó que la deglucion era difícil desde la infancia. ¿Debe deducirse de aquí que la estrechez pueda ser *congénita*?

Puede considerarse al *abuso de los licores alcohólicos* y de las *sustancias ácras*, cual en un caso que cita Graëfe é indica Mondiere como una causa predisponente? Parece, por el contrario, que la ingestion de líquidos irritantes en estos casos ha podido obrar á la larga como causa determinante, y si fuesen mas numerosos los hechos de este género, debería admitirse la existencia de esta causa con tanto motivo como la ingestion de los líquidos ácras ó demasiado calientes.

Habiendo hallado algunas veces los gánglios linfáticos infartados alrededor del esófago al comprimir esta parte, se ha deducido de aquí que la enfermedad era en estos casos de naturaleza escrofulosa, y que por consiguiente se debía colocar al *vicio escrofuloso* entre sus causas predisponentes. Parece que hay algunos hechos en apoyo de esta opinion.

Se han citado tambien como causas predisponentes la *infeccion sífilítica* (Haller, Ruysch, Boerhave, West), aunque se ha negado esta causa por excelentes autores; la *gota* y los vicios *artrítico* y *herpético* admitidos por algunos como causas predisponentes, son rechazados por la mayoría (3). Trousseau concede cierta importancia á los padecimientos anteriores de la garganta.

2.º *Causas ocasionales.* Son bastante numerosas, y debemos colocar en primera línea la presencia de *cuerpos estraños* que producen una inflamacion de larga duracion* en un punto circunscrito del esófago. Mondiere cita muchos hechos de este género, tomados los principales de Gadelius (4), Littre (5), Bagard, etc. Los cuerpos estraños que ocasionaron los desórdenes en estos casos han sido una *moneda*, un *alfiler*, una *espiná de pescado* ó un *hueso*. En estos diversos casos, ¿habia una estrechez simple? ¿ó bien era una estrechez cancerosa? Esto es lo que no siempre es posible determinar por la descripcion de los autores. A veces es hasta difícil decir si preexistia á la introduc-

(1) Gaitskeel, *London medic. Reposit.*, t. X.

(2) Cassan, *Arch. gén. de méd.*, 1826, t. X, p. 79.

(3) Mansiere, *Des retrecissement intrinseques de l'œsophage*, tesis inaugural, 1865.

(4) Gadelius, *Biblioth. méd.*, t. XXXIX.

(5) Littre, *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1716.

cion del cuerpo estraño un tumor canceroso que habia ocasionado su detencion en el punto afectado. ¡Cuánto tiene que hacer aun la observacion respecto á este punto tan importante!

En otras circunstancias la ingestion de *líquidos ácras* y *cáusticos* ha sido la que ha producido la lesion, causa de la estrechez. En un sujeto que observó Bayle, se desarrolló la lesion despues de un envenenamiento por el *ácido nítrico*. El *fósforo*, el *sub-carbonato de sosa* ó lejía de los marmolistas (Meyer, Julio Cloquet). Lanzoni Brechefeld (1) han indicado tambien la cicatrizacion de las pústulas variólicas en el esófago.

Ya hemos citado el caso de Graëfe en el que se notó que el enfermo tenia la costumbre de tragar el *zumó del tabaco*. En un caso que cita Leroux (2) parece que han producido el mismo resultado los *líquidos hirviendo* ó *alimentos muy calientes*.

Everard Home, á quien cita Mondiere, ha atribuido la estrechez del esófago á los *vómitos continuados*, pero este último autor asegura que sin duda se habia tomado el efecto por la causa. Lo mismo debemos decir de la *pirosis*, del *hipo*, etc., que son síntomas de una estrechez incipiente, que depende por lo comun de una causa desconocida. La misma reflexion es aplicable al *esofagismo* considerado como causa de estrechez.

¿La *ulceracion* deja en pos de si una estrechez del esófago? Ya hemos dicho antes de ahora que los ejemplos de ulceracion simple son muy raros, y que en los casos en que se ha podido admitir la existencia de esta lesion no se ha observado que sobreviniese una estrechez consecutiva. En los casos de cáncer coincide indudablemente la ulceracion con una estrechez, pero entonces el cáncer mismo es el que se debe considerar como el verdadero obstáculo.

«Palleta (3) ha observado, dice Mondiere, una mujer que esperiméntó los primeros síntomas de una estrechez del esófago inmediatamente despues de la *supresion de una leucorrea abundante* y de la *desaparicion de una erupcion cutánea* caracterizada por pápulas.» ¿Habia quizá en este caso tan solo una ulceracion venérea?

Las únicas que pueden admitirse hasta que haya nuevos hechos son: la presencia del cáncer, la accion de los cáusticos y la irritacion prolongada producida por cuerpos estraños. Pero conviene decir dos palabras del obstáculo que opone al curso de los alimentos un *tumor* que résida fuera del esófago, y hé aquí cuáles son en estos casos, segun Boyer, las causas que producen la disfagia. «Puede depender, dice este autor, de la *tumefaccion extraordinaria del tiroides*, de un tumor formado *entre la tráquea y el esófago*, ó en otro punto de la circunferencia de este, del *infarto é induracion del timo*, de un *aneuris-*

(1) Brechefeld, *Ephemerides des curieux de la nature*, obs. XIV, p. 80 y 1671, p. 482.

(2) Leroux, *Cours de méd. pratique*, 1825, t. I.

(3) Palleta, *Exercitationes pathologicae*, Milan, 1820.

ma de la aorta, del volumen enorme del hígado y del infarto de las glándulas linfáticas que rodean la parte del esófago contenida en el mediastino, de las cuales las más gruesas están situadas cerca de la quinta vértebra dorsal, hácia el punto en que el esófago se inclina un poco á la derecha para dejar sitio á la aorta.

»Se concibe fácilmente, añade el mismo autor, que la tumefaccion y el endurecimiento de estas glándulas que están íntimamente adheridas al esófago, deben producir en este conducto una compresion capaz de dificultar el paso de los alimentos y hasta de interceptarle completamente.» En todos estos casos sucede lo mismo que cuando se forman abscesos por la parte esterna de las paredes esofágicas, solo que como aquí los progresos de la enfermedad son lentos, el calibre del conducto no disminuye sino poco á poco.

Gendron, de Chateau-du-Loir (1) se espresa así sobre las causas de la disfagia:

«La disfagia ó dificultad de tragar los alimentos, es por lo general producida por la estrechez permanente ó momentánea del conducto músculo-membranoso que se estiende desde la faringe al estómago.

»El estrechamiento es también efecto de una inflamacion aguda ó crónica, de una induracion ó solamente de una retraccion consecutiva, de una afeccion escirrosa de sus tejidos, de ulceraciones, bridas, falsas membranas, abscesos ú tumores que ocupen sus paredes ó las compriman. Puede sobrevenir una estrechez sin fenómenos de inflamacion local ó al menos sin que revele su existencia ningun dolor.

»La esofagitis aguda determina á veces una disfagia completa ó afagia, sin existir estrechez del esófago y todos los alimentos se lanzan fuera por un movimiento anti-peristáltico de este conducto muscular.

»Por último, una afeccion puramente serviosa puede impedir la deglucion; esto es lo que el doctor Mondiere ha llamado *esofagismo*.»

§ III.—Síntomas.

Cualquiera que sea la causa que ha producido la disminucion del calibre del esófago, los síntomas que de esta resultan son casi los mismos. Sin embargo, segun Mondiere, cuando las estrecheces del esófago son consecutivas á la inflamacion aguda de este conducto, se observan primero los signos de la esofagitis reunidos en mayor ó menor número; pero debemos decir que los hechos de este género son cuando menos sumamente raros.

En los casos ordinarios, el primer síntoma que se manifiesta es una incomodidad mas bien que un dolor en un punto fijo del esófago,

(1) Gendron, *Du catheterisme curatib. des retrecissements de l'œsophage*. (Journal des conn. medico-chirurg., Noviembre, 1837).

con tension ó plenitud, que aumenta principalmente despues de la ingestion de los alimentos. Mas tarde hay *dificultad de la deglucion*, que se siente primero al pasar alimentos sólidos y despues los líquidos.

En ciertos casos el primer síntoma que se presenta es un dolor violento entre las escápulas á lo largo de la columna vertebral, dolor que aumentó pronto hasta tal punto, que le parecia al enfermo que le atravesaban esta parte con un hierro ardiendo.

Con bastante frecuencia sienten los enfermos la incomodidad primitiva, no en el punto que ocupa la afeccion, sino en la misma faringe. Este fenómeno se ha considerado como un efecto simpático.

«Si la estrechez ocupa la parte superior del esófago, los alimentos son espulsados casi inmediatamente con gran cantidad de saliva y de mucosidades. Si por el contrario el obstáculo está situado en un punto próximo al cárdias, se acumulan, distendiendo el esófago en forma de bolsa, y salen los alimentos al exterior, pero solo por un movimiento de regurgitacion y despues de una ó dos horas y á veces tres cuando la afeccion es ya muy antigua, y por consiguiente la dilatacion muy considerable.

»Unas veces, esta regurgitacion se hace sin muchos esfuerzos y sin gran dolor, y otras hay esfuerzos muy violentos que pueden llegar hasta á hacer temer la sufocacion, como sucedia en la enferma cuya historia nos ha trasmitido Littre. Sin embargo, las materias ingeridas no siempre son espulsadas en totalidad, pues por lo comun queda cierta cantidad en la parte del esófago que está dilatada, y algun tiempo despues de su ingestion penetra en el estómago. El enfermo que ha observado Cassan percibia bien este descenso de los alimentos, y decia que le parecia que pasaban por una hilera.» (Mondiere).

«Cualquiera que sea la causa de una estrechez del esófago, se presenta por grandes esfuerzos para la deglucion y dificultad de tragar la saliva; durante el sueño parece que se acumula esta sobre el obstáculo, y al despertar expectoran los enfermos en abundancia y tienen vómitos de materiales muy líquidos. Los alimentos sólidos son lanzados asimismo y no llegan al estómago; mas adelante los caldos, sopa y todos los líquidos despues de haber franqueado la faringe salen por la boca y las narices. A veces los alimentos se detienen algun tiempo sobre el obstáculo, dilatan el esófago produciendo una especie de ampolla donde sufren una digestion incompleta. Despues de este trabajo digestivo, la masa se divide en dos partes, una penetra en el estómago y la otra es lanzada fuera. De este modo se esplica el sostenimiento de la vida á pesar del empobrecimiento progresivo de los enfermos. Algunos se ven atormentados por el hipo y penosos eruptos, acompañados á veces de accesos de sufocacion.

»Muchos de los enfermos que hemos tratado estaban afectados á la vez de esofagitis y laringitis agudas; una tos convulsiva precedia ó acompañaba al vómito; la voz estaba alterada, habia mucosidades que

obstruían la laringe y producían estertores mucosos permanentes.» (Gendron).

En algunos casos, se ha notado un *gorgoteo* manifiesto en el momento de atravesar las bebidas la faringe y la parte superior del esófago. Taranget, á quien cita Mondiere, observó en un enfermo «que la bebida, dice, tragada á duras penas, formaba en el esófago un ruido sordo, que tres veces se repetía una especie de redoble que demostraba bien cuán difícil era el paso.» ¿No se necesita para que se produzca este fenómeno que esté dilatada la parte superior del conducto, y que se introduzca cierta cantidad de aire en la faringe?

Los síntomas que acabamos de indicar se refieren todos á la ingestión de los alimentos y bebidas, pero hay otros que existen en los intervalos y de que conviene hacer mención: tal es una *incomodidad permanente* en el punto que ocupa la enfermedad, y á veces un *dolor continuo intermitente*, que se estiende en ciertas circunstancias á lo largo de la garganta hasta la base del cráneo, y por la trompa de Eustaquio hasta el oído; pero que las mas veces parte del apéndice sifoides y se irradia á lo largo de la columna vertebral.

En las estrecheces cancerosas experimenta la voz grandes modificaciones que pueden llegar hasta la *afonía*, aunque permanezca intacta la faringe (Vigla, Desruelles, Salneuve), lo que se explica por la alteración ó destrucción de los nervios recurrentes (Barrett, Taylor).

Los *síntomas generales* que acompañan á estos *fenómenos locales* son el *desaliento*, la *estenuación* y el *marasmo*; presentan poca diferencia al principio; poco á poco hace la enfermedad sus progresos; el pulso se debilita y el enfermo sucumbe por la caquexia y la inanición.

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

La enfermedad presenta en algunos casos una marcha particular.

Se podría creer, que puesto que en las estrecheces del esófago el obstáculo á la deglución es permanente, los accidentes que produce no debían presentar tampoco ninguna remisión; mas, sin embargo, no es así, como lo prueban las observaciones siguientes, sin que sea posible explicar esta particularidad de un modo satisfactorio. Heinken, de Bremen, ha asistido á un enfermo que despues de haber experimentado afecciones morales tristes y permanentes, empezó á sentir un obstáculo en la deglución, y le parecía tener una cosa que impedía que descendiesen los alimentos al estómago y los arrojaba mezclados con moco. Este enfermo pasaba dias enteros sin percibir la menor incomodidad; pero á estos seguían otros en que solo á fuerza de muchos líquidos lograba tragar una corta cantidad de alimentos sólidos. A estos síntomas se agregó una sensación desagradable de presión hácia la parte media del esternon, que se hacia mucho mas manifiesta en el acto de deglutir, y despues de numerosas alternativas en el curso é intensidad de la afección, se agravó esta de repente y sucumbió el enfer-

mo despues de haber estado vomitando sangre por espacio de veinte y cuatro horas. La autopsia hizo descubrir una alteración profunda del esófago en su tercio inferior.

Esta misma remisión se observó en un hombre de quien habla J. J. Leroux, y hasta en un grado bastante marcado para que el enfermo haya podido salir varias veces del hospital, creyéndose completamente curado. Estas últimas observaciones, reunidas á las que ya hemos referido, bastan para hacer ver que no siempre es tan fácil formar el diagnóstico de la estrechez del esófago, como se pudiera creer á primera vista; pues que muchas veces se han tenido por dependientes de una lesión orgánica del esófago dislagias que dependían de cualquiera otra causa, y en particular del esofagismo (Mondiere).

Gendron ha conseguido curar por medio de una dilatación graduada muchos casos de este género en que la estrechez dependía de esofagitis agudas precedidas de anginas diftéricas. Este médico ha tratado también con buen éxito otros enfermos en los que la estrechez inflamatoria ó no estaba, en nuestra opinión, complicada de desarrollo de bridas ó repliegues valvulares formando salida al interior del esófago poniendo un obstáculo al paso de los alimentos.

La *duración* de la enfermedad es indeterminada, y varia segun la estrechez dependa del cáncer ó de otra causa. En cuanto á la *terminación*, debemos manifestar que son muy pocos los casos de curación que se han citado, los cuales reuniremos y discutiremos su valor al hablar del tratamiento. La terminación fatal es consecuencia ó de la falta de alimentación, ó de los desórdenes que resultan de los progresos de la lesión orgánica, ó bien de la rotura, perforación del esófago, etc.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas varían segun la causa de la estrechez.

1.º A consecuencia de la ingestión de *agentes cáusticos* se pueden observar una ó varias estrecheces, y cuando solo hay una se encuentra en la parte superior del esófago. El tejido mucoso subyacente es mas grueso, infiltrado de un depósito plástico. Se observan una ó muchas cicatrices en forma de bridas aplastadas, fruncidas, constituyendo á veces carnosidades análogas á las de la uretra (Föllin). A veces la mucosa presenta ulceraciones diseminadas; con frecuencia se observa una dilatación por encima de la estrechez.

2.º La estrechez *inflamatoria* dá á la mucosa, segun Mondiere, un aspecto fungoso, rojizo, erectil. Segun otros observadores, unas veces está roja, otras pálida, dura, hinchada, reticulada. El estado fungoso no se ha indicado por los demás autores, á menos que á consecuencia de la induración de sus paredes el tejido mucoso se ponga en contacto y se observe rojizo, fungoso y ulcerado. En algunos casos la mucosa está sana y en otros privada de su epitelio, siendo el tejido celular el que se encuentra hipertrofiado.

5.º La estrechez consecutiva á la produccion del tejido *canceroso* dá lugar á lesiones mas considerables. Se observan tres variedades de cáncer: encefaloide, escirroso y epitelico, con los caractéres generales de estas variedades. El encefaloides es el mas común.

La mucosa es rojiza, fungosa, erectil. Las tunicas pueden estar simplemente engrosadas en una variable estension, desarrollándose la afeccion en el tejido sub-mucoso; opinion completamente aceptada por Lebert (1). En este primer grado se pueden reconocer las tunicas; pero en un grado mas avanzado las tunicas engrosadas comienzan á reblandecerse; mas avanzado el mal, se confunden las tunicas y se observan ulceraciones mas ó menos estensas.

La degeneracion cancerosa ocupa una parte limitada del esófago, la superior ó la inferior. Behier (2) no ha encontrado un solo caso en que el esófago fuese invadido completamente. La alteracion cancerosa se presenta bajo la forma de un anillo ó de un tumor saliente, polipiforme con vegetaciones ó solo en forma de placas.

Con frecuencia participan de la inflamacion los órganos inmediatos (Lebert); otras veces están comprimidos y alterados en sus funciones. Se observan alteraciones de la tráquea, de los bronquios, del pulmon y de la aorta, que puede perforarse, dando origen á una hemorragia mortal (Flower (5), Lancereaux), (4). Los nervios y los gánglios inmediatos pueden estar comprimidos y alterados.

Por encima de la estrechez se observa un ensanchamiento, á veces muy considerable, especialmente cuando la estrechez ocupa la porcion inferior del esófago. Por debajo de la estrechez hay una verdadera retraccion, y es el asiento de las ulceraciones. La mucosa que tapiza las ulceraciones presenta un aumento considerable de sus glándulas, constituyendo, por decirlo así, esta cavidad, un estómago supletorio.

Tales son las lesiones anatómicas de la estrechez de naturaleza cancerosa.

En algunos casos el obstáculo al paso de los alimentos consiste en una estrechez cartilaginosa ú ósea, ó bien por la presencia de tumores en la inmediacion del esófago y en relaciones con él.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la estrechez del esófago se deduce de los síntomas locales anteriormente enumerados. Hay algunas afecciones que pueden simularla, pero nos limitaremos á recordar, acerca de este punto, lo que ya hemos dicho del *esofagismo*, y distinguiremos la estrechez de la *paralisis* en el artículo destinado á esta última enfermedad.

La *esofagitis* simple, los *absesos* de la faringe no pueden producir

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 445.

(2) Behier, *Clinique médicale de la pitie*, 1864, p. 79.

(3) Flower, *The Lancet*, 23 de junio de 1853.

(4) Lancereaux, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1861, p. 299.

duda, porque los fenómenos febriles y el hipo son casi característicos.

Si la estrechez depende de un *cuerpo extraño* se tomarán como guia los antecedentes suministrados por el mismo enfermo. En los casos que esto no puede ser, por el cateterismo se demostrará el obstáculo, habrá con frecuencia regurgitacion de materiales con sangre provocada por el cuerpo extraño, y un dolor localizado mas ó menos intenso.

El caso sería mas difícil si existiera á la par un reblandecimiento ó una alteracion de las paredes producida por el cuerpo extraño. En este caso será necesaria mucha prudencia en la práctica del cateterismo.

Si existiera un *pólipo* del esófago, se recurriría á los antecedentes para alejar la duda de una brida inodular. Con los pólipos la disfagia suele ser intermitente.

Si la estrechez es determinada por cicatrices consecutivas á la ingestion de *cáusticos*, se obtendrá el diagnóstico por los conmemorativos. Tambien suelen encontrarse en la boca y faringe cicatrices producidas por el paso de las sustancias cáusticas.

En cuanto á la disfagia producida por el *infarto de los gánglios linfáticos* inmediatos, podemos dar como signos propios para caracterizarla que se presenta principalmente en la infancia ó en la adolescencia, y que por lo comun las glándulas sub-maxilares y los gánglios que se hallan situados mas superficialmente á lo largo del cuello participan del infarto de aquellas, acerca de las cuales fué Vesalio el primero que llamó la atencion de los anatómicos. Añadiremos que esta especie de disfagia es poco frecuente, que el punto en que se hallan en mayor número estos gánglios linfáticos corresponde á la cuarta ó quinta vértebra dorsal, y que es raro, como tendremos ocasion de hacerlo notar, que las estrecheces orgánicas del esófago residan en este punto, pues que casi siempre ocupan la parte inferior, y sobre todo la superior de este conducto.

Hay tambien otras muchas enfermedades, como la *dislocacion de las astas del hueso hioides*, un *infarto considerable de la glándula tiroidea*, varias *lesiones orgánicas de la traquearteria, del pulmon*, etc., que pueden ocasionar la *disfagia*; pero la mayor parte de estas enfermedades se manifiestan por síntomas especiales, por lo comun tan marcados y característicos, que es muy difícil, por no decir imposible, confundir la disfagia que producen con la que resulta de una estrechez orgánica del esófago.

En cuanto á la confusion de las estrecheces del esófago con la disfagia producida por la compresion que ejerce un *aneurisma de la aorta*, haremos notar que aun prescindiendo de los síntomas comunes á las dilataciones de este vaso principal que apenas es posible desconocer, hay una cosa notable y que difícilmente se explica, que en casi todos los casos (á lo menos en diez entre doce en que los aneurismas de la aorta se han abierto en el esófago) no ha habido ninguna alteracion en