

la deglucion. Asi Laennec, de Nantes (1), envió en 1822 á la Academia de medicina la pieza anatómica de un aneurisma de la aorta con perforacion de la traquearteria y del esófago, y el enfermo que habia tenido por mucho tiempo esputos y vómitos de sangre, jamás esperiméntó trastornos en la respiracion ni en la deglucion. Lo mismo ha sucedido en los enfermos que han observado Henry (2), Bertin y Bouillaud (3), Bertin (4), Ouvrard (5), Raikem (6), Laennec (7), Fizeau (8), Fauconneau-Dufresne (9), Sauvages (10), etc. En todos los enfermos cuyas historias nos han trasmitido estos autores, la aorta mas ó menos dilatada se abrió en el esófago, y sin embargo jamás se quejaron de incomodidad al deglutir. Referimos simplemente el hecho sin tratar de dar la esplicacion del cómo se verifica.

Para reconocer el asiento de las estrecheces, se puede emplear la sonda de que se servía Dupuytren para reconocer la presencia de cuerpos estraños, que consiste en una varilla de acero flexible, pero bastante resistente, de cuarenta á cuarenta y cinco centímetros de largo, terminada en una estremidad por un anillo y en la otra por una bola. Para lo segundo se hace uso de una sonda exploradora, cuya descripcion nos ha dado Ducamp (11), (Mondiere) (12).

*Pronóstico.* Como la estrechez del esófago es la consecuencia las mas veces de una enfermedad orgánica incurable, casi es inútil decir que el *pronóstico* es muy grave. Sin embargo, se han citado algunos casos de curacion por diversos procedimientos, y de ellos nos ocuparemos en el artículo del *tratamiento*. Estos casos de curacion son relativos á estrecheces simples ú ocasionadas por un tumor inmediato al esófago, porque cuando existe un cáncer se podrá esperar retardar por diversos medios la terminacion fatal, pero nunca obtener una curacion completa.

### § VII.—Tratamiento.

El *tratamiento* de la estrechez del esófago es casi enteramente quirúrgico, y consiste en la *dilatacion*, en la *cauterizacion* y en las *escarificaciones* del esófago, y en un caso desesperado en la *esofagotomia* y *gastrotomia*.

1.º *Dilatacion.* La dilatacion del esófago es el medio empleado

- (1) Laennec, *Revue médicale*, t. VIII, p. 47.
- (2) Henry, *Ephém.*, t. VI, p. 219.
- (3) Bouillaud, *Traité des malad. du cœur*, Paris, 1824, p. 410.
- (4) Bertin, *Bull. de la Soc. Méd. d'émul.*, 1812, p. 14.
- (5) Ouvrard, *Diss. inaug.*, Paris, 1814, núm. 53, p. 25.
- (6) Raikem, *Bull. de la Fac.*, 1812.
- (7) Laennec, *Traité de l'auscultation médite.*
- (8) Fizeau, *Bibl. med.*, t. LIII, p. 68.
- (9) Fauconneau-Dufresne, *Tésis*, 1824, núm. 220, p. 25.
- (10) Sauvages, *Nosol. method.*, t. VIII, p. 84, 1.ª edicion.
- (11) Ducamp, *Traité des retentions d'urine*, Paris, 2.ª ed., 1823, p. 177.
- (12) Mondiere, Memoria citada.

desde mas antiguo, pues se hace remontar hasta Mauchart (1) el uso de este procedimiento. En estos últimos tiempos Dupuytren y Boyer le han puesto en práctica como paliativo, y Mondiere ha tomado de diversos autores observaciones en las que consta que se ha logrado por la dilatacion obtener una curacion completa.

Fácilmente se concibe cuán necesario sería poder distinguir respecto al tratamiento que nos ocupa la estrechez simple de la estrechez cancerosa; pero por desgracia, volvemos á repetirlo, no se ha hecho todavía esta distincion de un modo positivo. No obstante, esta confusion solo tiene verdaderos inconvenientes cuando se trata de terminar el valor del tratamiento, porque empleándose en todos los casos la introduccion de sondas para hacer penetrar los alimentos en el estómago, son poco notables las modificaciones que sufre el mismo tratamiento en las diversas circunstancias. Unicamente se comprende que en los casos en que se sospechase la existencia de una lesion orgánica grave y avanzada, se debería obrar con mucha mas precaucion en la introduccion de las sondas, porque se pudieran ocasionar desórdenes que acelerasen considerablemente el curso de la enfermedad.

*Dilatacion por las sondas.* Hay enfermos en que la faringe está dotada de una estremada susceptibilidad. En su consecuencia, no se procurará hacer penetrar la sonda ó el cateter desde la primera tentativa, sino que, por el contrario, debe procurarse el habitar al enfermo á soportar la presencia del instrumento, lo que permitirá el empleo perfecto del método.

Penétrese por la boca teniendo cuidado de interponer entre las muelas un cuerpo estraño. Para no rozar con la pared posterior de la faringe se incurva la estremidad de la sonda con el índice izquierdo, que se coloca en la boca, sirviendo de palanca y conductor, como medio de dirigir oblicuamente y adelante el movimiento de la sonda. De este modo penetra con facilidad; constituyendo uno de los mas útiles auxilios manuales. Una vez llegado al punto de la estrechez, el obstáculo detiene al instrumento; no debe forzarse el paso del cateter, solo debe mantenerse en la misma posicion algunos instantes; la contraccion muscular provocada por la sonda y que acrecienta la estrechez, cede por sí misma, y entonces se franquea el obstáculo, lo que conoceremos por una especie de salto ó paso descendente por la sonda. Una vez obtenido el resultado, puede obrarse de dos modos muy distintos. Puede retirarse el instrumento inmediatamente y contentarnos con la dilatacion momentánea obtenida, ó por el contrario, dejar la sonda permanente. En este último caso conviene que sea una sonda de caoutchouc la que se emplee. A este proceder se han hecho graves objeciones. Boyer la rechaza, diciendo que puede producir abscesos esofágicos. Pero esto solo puede producirse por la exageracion mas que por el uso de estos medios. Además hay que hacer distinciones

(1) Mauchart, *De strumá œsophagi*, etc., Tubingue, 1742.



sobre las indicaciones del procedimiento. Si se trata de una estrechez inodular, se dejará la sonda en su contacto por 15 á 20 minutos, pero no mas. En estos casos la superficie de las cicatrices permiten un contacto mas prolongado; pero á pesar de esta tolerancia, suele observarse despues de un simple caterismo la produccion de dolores y un marcado movimiento febril. De aqui á los accidentes mas graves indicados por Boyer, no hay una gran distancia, sobre todo en ciertos enfermos. Debe evitarse, pues, la permanencia muy prolongada de la sonda, y sobre todo su introduccion forzada ó violenta. Despues de la permanencia de la sonda 15 ó 20 minutos, se ha conseguido, bien la dilatacion material temporal, bien el vencimiento del espasmo que acompaña casi siempre á esta dolencia. La precaucion que aconsejamos tiende á evitar los inconvenientes de esta operacion (Behier) (1).

La introduccion por las fosas nasales es mucho mas difícil, mas dolorosa y á veces imposible. La sonda conducida por el suelo de las fosas nasales cuya direccion es horizontal, encuentra en ángulo recto la pared posterior de la faringe, en donde cuesta trabajo encorvarla para que penetre en el esófago, siendo necesario, para que pase mas adelante, hacer esfuerzos que no dejan de ser dolorosos. La dificultad seria mucho mayor y tal vez insuperable si fuese preciso usar una sonda que tuviese dentro un estilete de hierro á fin de poder vencer el obstáculo que se opone á la deglucion (Boyer).

Si se presentase este último caso, se deberia imitar la conducta de Boyer, que espone este mismo autor en una observacion interesante que se refiere de una enferma que no habia tomado absolutamente ningun alimento durante siete dias, á causa de la imposibilidad de la deglucion.

La indicacion mas urgente era alimentar á la enferma, y asi se decidió en el acto á introducir por la boca en la faringe y en el esófago una sonda de goma elástica sin estilete. El instrumento penetró fácilmente hasta el principio del esófago, pero en este punto se halló detenido por un obstáculo insuperable. Entonces sustituyó á la sonda una algalia de plata, que penetró despues de una gran resistencia, inyectando en seguida por ella agua tibia con precaucion y por medio de una jeringuilla. La sensacion agradable que esperimontó la enferma le hizo conocer que el agua habia llegado al estómago, y asi inyectó en seguida una cantidad bastante grande de caldo bueno, despues de lo cual se retiró la sonda, cuya presencia en la boca era muy incómoda y que era muy difícil de fijar. Era imposible pensar en repetir varias veces al dia su introduccion en el esófago estrechado, y así creyó que debia dirigir por la boca al esófago una sonda de goma elástica armada con su estilete, y despues de retirar este, pasar la estremidad de la sonda por las fosas nasales.

Sentada la enferma en una silla y con la cabeza inclinada hácia

(1) J. Behier, *Conferences de clinique medicale*, 1864, p. 408.

atrás, introdujo la sonda de Belloc por la ventana nasal izquierda, y luego que el resorte llegó á la boca, ató al boton en que termina un hilo encerado y en varios dobleces. Vuelto á meter el resorte dentro de la sonda y retirada esta de la fosa nasal, trajo consigo el hilo al exterior, cuyos dos cabos, uno que salia por la boca y otro por la ventana de la nariz, sostuvo un ayudante aplicados al carrillo. Entonces deprimió la base de la lengua con el dedo indice de la mano izquierda, é introdujo en la faringe una sonda de goma elástica de mediano calibre, armada con su estilete y agujereada en la estremidad que debia quedar arriba. Esta sonda, dirigida un poco hácia la izquierda y empujada con fuerza, atravesó la estrechez del esófago, se retiró el estilete, y en seguida introduje el cabo de hilo que salia por la boca en la abertura lateral de la sonda, atándole á su estremidad superior. Hice penetrar la sonda en el esófago hasta que pasó su extremo superior del istmo de las fáuces, y cogiendo en seguida el hilo que colgaba de la ventana de la nariz, fué tirando suavemente de él, y por consiguiente de la estremidad de la sonda que traia en pos de si hasta colocarla de modo que sobresalia algunas líneas de la ventana de la nariz, sujetándola en seguida por medio de un cordonete con el que hice circularse al rededor de la cabeza. Por medio de esta sonda se inyectaron en el estómago alimentos liquidos siempre que lo deseaba la enferma.

Los cinco primeros dias causó la sonda un poco de irritacion, y al sexto esputó la enferma una materia puriforme, esputo que aumentó los dias siguientes, hasta que al décimo, empezando á vacilar la sonda, pudo hacerse la deglucion natural de una corta cantidad de liquido. El dia catorce quitó á la enferma la sonda y tragó fácilmente los liquidos, pero seis dias despues la deglucion era absolutamente imposible y tuvo que volver á introducir una sonda mas gruesa que la primera, que sirvió para el paso de los alimentos al estómago, pero fué ineficaz para la dilatacion del esófago. Obligada la enferma á llevar continuamente aplicada esta sonda por espacio de cinco meses, la sintió siempre igualmente apretada, y creyendo que tal vez esta constriccion tenaz seria resultado de una irritacion nerviosa, prescribió los baños tibios, que no produjeron efecto alguno. Privada la enferma de alimentos sólidos y atormentada casi continuamente por el hambre, á pesar de la gran cantidad de liquidos nutritivos inyectados en el estómago, se fué debilitando por grados y murió á los tres años próximamente del principio de su enfermedad. No se hizo la autopsia (Boyer).

Quando hay precision de introducir sondas de muy pequeño calibre, es preciso dejarlas aplicadas, examinarlas todos los dias y reemplazarlas por un número superior cuando ya empiezan á vacilar. Fletcher ha hecho uso de un instrumento de metal, encorvado y de un volumen tan pequeño, que nunca ha hallado ni durante la vida, ni en el cadáver, una estrechez bastante considerable para no permitirle fácilmente paso. Cuando está cerrado, representa una varilla terminada en su estremidad por una bola de acero, y haciendo ejecutar á



la varilla movimientos de rotacion, esta bola sube hasta la mitad del instrumento, y segun su grado de elevacion aumenta mas ó menos el diámetro del dilatador.

Es bastante difícil decidirse acerca del valor de estos diversos medios de dilatacion: sin embargo, el mayor número de casos de curacion se han obtenido á beneficio de la dilatacion por medio de las sondas ordinarias.

Bretonneau y Gendron (1), han puesto en uso un cateterismo particular. Hé aqui cómo le ha empleado Trousseau.

*Dilatacion por la esponja.* «Trousseau (2) hace uso de una ballena de paraguas cortada y preparada para este objeto, á cuyo efecto la elige bastante fuerte para no doblarse, á fin de que pueda vencer la resistencia de la estrechez, se redondean sus estremidades, dejándoles una prominencia en el medio y se la calienta á la llama de una luz: de este modo se reblandece, y apoyándola contra un cuerpo duro, se forman dos especies de cabezas pequeñas de clavo. Hecho esto, se elige una esponja fina y sobre todo bien seca, que se corta con unas tijeras; se hace un agujero en esta esponja, se unta la estremidad de la ballena con lacre bueno y se la introduce en el agujero que se ha hecho en la esponja hasta un centimetro de su superficie. Cuando la esponja está bastante segura y el lacre seco, el instrumento se halla concluido; pero por precaucion se la puede atar además con un hilo á la estremidad de la ballena. Este instrumento es preferible á la sonda esofágica, en razon á que esta no varia de su calibre, es flexible y tiene un volúmen enorme. En cuanto al modo de servirse de la ballena preparada, hé aqui cómo se procede. Se pone primero una esponjita, que comprimida disminuya hasta el doble de la estremidad de la ballena; se la moja en clara de huevo, y deprimiendo la lengua con el índice izquierdo, se la empuja al esófago por detrás de este dedo. Las estrecheces del esófago siempre están próximas á la boca, de tal modo que de diez estrecheces, nueve próximamente se hallan á dos centímetros por debajo de la laringe. Se vá introduciendo la ballena con lentitud, nunca bruscamente por temor de rasgar las partes, aun cuando es difícil hacer un camino falso. Llegado á la estrechez, se explora la resistencia, y hecho esto se trata de introducir la esponja en la estrechez dando vueltas al instrumento, que segun se le vá volviendo, así se le introduce en la estrechez hasta que ya se nota de pronto que llegó á un espacio vacio. Franqueada ya la estrechez se nota cierta dificultad para retirar la esponja, dificultad que depende de que al volverla atrás se halla la estrechez, y de que el esófago se contrae convulsivamente. Para retirar el instrumento se preciso dar vueltas en sentido contrario. La operacion dura de treinta á treinta y cinco

(1) Gendron, *Arch. gen. de med.*, 3.<sup>a</sup> série, t. XIV, p. 448.

(2) Trousseau, *Journ. de conaiss. médico-chirurg.*, 4.<sup>o</sup> de julio de 1848; extracto de la *Gazette des hôpitaux*, 15 de enero de 1848.

segundos, se espera al dia siguiente para repetirla y se practica de este modo el cateterismo por espacio de trece dias. No se hace ninguna otra cosa, y con esta medicacion tan sencilla se vé que se modifican tan pronto las estrecheces del esófago, que al cabo de quince dias los enfermos empiezan á comer pescados, carnes blancas, en una palabra, cosas bien masticadas es cierto, pero que aun así tienen cierto volúmen. Se repite la operacion primero todos los dias, luego cada dos, en seguida dos veces por semana, y por último, cada quince dias. En la enferma que ha tratado Trousseau hace tres años se introducía la sonda cada quince dias, siendo por otra parte una operacion tan sencilla que hasta se puede habituar á las personas de la familia á practicarla. Desde entonces ha tratado una jóven en el hospital Necker, que ha curado; despues una señora de Orleans que habiendo llegado al último grado de marasmo, porque se consideraba su estrechez como orgánica, ha curado muy pronto y vuelto á su casa gorda y sana. Gendron y Bretonneau han logrado de siete á ocho casos de curacion cada uno, solo que Gendron ha ideado *cauterizar untando la esponja con nitrato de plata*, rodeada de una capa de goma que se reblandece en la estrechez ó simplemente con una mezcla de manteca y alumbre. Trousseau no ha llegado todavía á usar estos medios, pero concibe la posibilidad de que puedan ser útiles.»

En algunos casos el cateterismo del esófago, tal como le acabamos de describir, tiene verdaderos inconvenientes que el práctico debe conocer. Así en una mujer de cincuenta años (1) que gozaba de buena salud general y cuya disfagia no era extrema, poco despues de la introduccion de la esponja se presentó una secrecion de sanies fétida, con aumento de disfagia, y despues estenuacion y la muerte.

*Precauciones que deben tomarse para evitar ciertos accidentes.* En algunos casos, dice Velpeau, la irritabilidad y la inflamacion del esófago son tan sumamente grandes, que no puede tolerar la presencia de las sondas sin que antes se hayan disminuido estos sintomas á beneficio de las *sanguijuelas* y los *narcóticos*, y hasta hay ocasiones en que el cirujano se vé obligado á renunciar enteramente á este medio, ya por la irritacion que desarrolla, ó ya á consecuencia de los vómitos que produce.

En cuanto á los accidentes que pueden resultar de la introduccion de las candelillas, además de la irritacion mayor ó menor que su presencia puede ocasionar, hay que tener mucho cuidado de evitar que penetren en las vias aéreas, cuyo error no se ha advertido por lo comun hasta que se inyecta un líquido que se queria hacer penetrar en el estómago; así en un enfermo de quien habla Larrey (2), la sonda introducida en la laringe no incomodaba mas que si lo estuviese en el esófago, y no se ha conocido la equivocacion hasta que al caer

(1) *Bull. gen. de thér.*, diciembre de 1846.

(2) Larrey, *Mem. de chir. milit.*, t. II, p. 447.



las primeras gotas de líquido el enfermo empujaba la mano del cirujano y era acometido las mas veces de una tos sufocante. Se ha propuesto, para conocer en qué conducto se ha introducido la sonda, colocar delante de su abertura una bujía encendida; pero este medio no es infalible, porque Worbe (1) ha visto agitarse la llama de una luz á pesar de que la sonda habia penetrado en el esófago. Este médico cree que el signo que con mas frecuencia puede hacer que se note el error, es la imposibilidad de introducir la sonda á tanta profundidad cuando ha penetrado en la traquearteria como cuando se halla en el esófago. No obstante, convendrá inyectar tan solo al principio algunas gotas de líquido, pues este es el medio de evitar una equivocación que puede ser fatal al enfermo.

Uno de los inconvenientes mas temibles de la presencia de las sondas en el esófago, y acerca del cual he insistido antes de ahora (2), consiste en que ó bien con su pico ó con la corvadura que ha tenido por precision formar, la sonda ejerce necesariamente una presión bastante fuerte sobre algunos puntos de la pared posterior del esófago, presión que continuada puede llegar á producir una ulceración. (Velpeau.)

2.º *Cauterización.* Por este medio se puede obtener en algunos casos una curación completa. Bien se concibe que en ciertas circunstancias el cáustico puede tener inconvenientes; pero al médico toca no emplear este método cuando, por ejemplo, contraindican su aplicación los signos evidentes de una ulceración cancerosa; y si bien es cierto que algunos se han propasado á practicar la cauterización cuando solo un tumor del esófago era la causa del obstáculo en la deglución, á la observación atenta y detenida corresponde formar un diagnóstico exacto en tales casos.

La cauterización, con los cáusticos líquidos, que Palleta ha hecho por medio de una ballena terminada en una esponja, debe desecharse en razón á que no es posible limitar su acción: la cauterización debe hacerse por medio del nitrato de plata.

Everard Home y los médicos ingleses que después han usado este medio, se servían de una *candelilla untada de cera y armada en su estremidad con un pedazo de nitrato de plata*; pero las mejoras que se han introducido en los instrumentos destinados á practicar la cauterización de las estrecheces de la uretra, no deben ser inútiles para la misma operación en las del esófago. Así pues se hará uso de la *sonda exploradora* de Ducamp para reconocer la posición y forma de la estrechez, y de los *porta-cáusticos* de Lalleman y Amusat, con tanta mas facilidad cuanto que el arco dentario presenta, como lo ha hecho notar Mondiere, un punto fijo que permite conocer la profundidad á que se ha penetrado en el conducto alimenticio.

Para la descripción de estos instrumentos y el modo de emplear-

(1) Worbe, *Mém. de la Soc. méd. d'emul.*, t. I, p. 224.  
(2) Velpeau, *Méd. de opér.*, t. III, p. 688.

los, remitimos al lector á los autores que se han ocupado con especialidad de las enfermedades de la uretra (1).

Los accidentes pueden aumentar momentáneamente después de la cauterización, y que deben emplearse para calmar esta irritación pasajera los *antiflogísticos*, los *atemperantes*, los *líquidos oleosos* y *mucilaginosos* y los *baños*.

La cauterización debe repetirse al principio cada tres ó cuatro días, y después á intervalos mas distantes; sin embargo, este precepto no debe tomarse de un modo absoluto, sino que al médico toca juzgar según los casos, si conviene repetir este medio á intervalos cortos ó distantes.

Cuando después de un gran número de tentativas, el cateterismo y la deglución experimentan las mismas dificultades, cuando la dilatación es muy escasa, ó que el cateter se detiene en un punto constante, delante del cual los movimientos son libres y ningún signo indica una lesión orgánica, deberá emplearse la cauterización para nivelar los puntos en relieve ó modificar el estado de las paredes afectadas. Si el obstáculo está muy próximo al origen del esófago se hará penetrar la barra de nitrato de plata asegurado á la estremidad de una sonda ó cánula de goma elástica por medio de lacre. Si la estrechez es muy distante deberá introducirse el porta-cáustico protegido con una vaina de la que se hará salir sobre el mismo punto en que debe de cauterizar. Siempre deberá explorarse primero el esófago con una sonda sencilla.

El cáustico se mantendrá en la estrechez durante algunos segundos suficientes á que se verifique su disolución por la humedad de las paredes del esófago. Se retirará, limpiará y cargará de nuevo dos, tres ó cuatro veces en cada sesión. Los cateterismos solo se harán con un intervalo de cuarenta y ocho horas á menos que no sean necesarios para la alimentación (Gendron).

3.º *Incisión y escarificación.* Las escarifi-

(1) Véase también Gaujot, *Arsenal raisonné de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1866; con figuras.



Fig. 21.—Porta-cáustico de Lallemand y Amussat, modificado por Secretan.—A. Estremidad olivar destinada á facilitar la introducción.—B. Cubeta en la que se coloca el cáustico; esta cubeta se coloca en la vaina.—G. Cadena articulada que sirve para hacer salir el vástago que contiene la cubeta merced al movimiento impreso en el tornillo que tiene el mango.—F. Corredera.—L. Punto correspondiente á la cubeta B.—C. Vástago de la cubeta.



caciones del esófago son mas peligrosas que las de la uretra, pues fácilmente se comprende que si se hacen en un punto en que sea el conducto poco grueso, pueden traspasar los límites convenientes y ocasionar una abertura por donde caigan los alimentos en una cavidad inmediata, dando origen á accidentes mortales. Sin embargo, cuando la sonda exploradora hubiese dado á conocer que habia una brida gruesa, se podia hacer uso de este medio, sirviéndose de un instrumento semejante al *uretrotomo* de Amussat.

4.º *Esofagotomía*. Finalmente, si en los casos desesperados se llega á comprobar que el obstáculo al paso de los alimentos se halla por encima de la cavidad pectoral, se puede intentar como único recurso la *abertura del esófago*, y cuando por el contrario la estrechez está situada muy abajo, se puede recurrir á la *gastrotomía*. Tarantet fué el que practicó la primera operacion en un caso que todos han citado. Los alimentos estaban detenidos en la parte inferior del cuello; se hizo la abertura del esófago un poco mas abajo y con una especie de embudo se hacian llegar los alimentos al estómago; la enferma vivió de este modo diez y seis meses.

La operacion de la *gastrotomía* que consiste en practicar en el epigastrio una abertura permanente por la cual se introducen en el estómago las sustancias alimenticias, ha sido intentada por Sedillot (1), quien hizo esta operacion (2) en un hombre de cincuenta y dos años que no podia tragar ni aun los líquidos, y en el cual no habia sido posible lograr hacer el cateterismo del esófago; pero por desgracia murió el enfermo á las veinte y una horas. Sin embargo, Sedillot ha deducido de este hecho las consecuencias siguientes: 1.º acercar el estómago á la herida exterior del abdomen, de modo que cierre completamente esta última y que provoque inmediatamente adherencias entre las dos hojas visceral y parietal del peritoneo (á este efecto se debe combinar con la accion de la cánula algunos puntos de sutura destinados á unir las dos heridas); 2.º abstenerse durante el primer dia de hacer ninguna inyeccion de liquido en el estómago, y el segundo dia introducir tan solo un poco de agua para ir estableciendo lentamente y por grados las funciones de esta viscera.

*Tratamiento de la estrechez causada por tumores próximos al esófago*. Este tratamiento, lo mismo que el anterior, es las mas veces ineficaz, segun lo ha hecho notar Boyer: sin embargo, se han citado algunos ejemplos de curacion en casos en que se podia sospechar que el obstáculo dependia de una alteracion de este género. Boyer refiere dos observaciones tomadas de Mennes y de Haller, en las cuales el *mercurio* hizo desaparecer una disfagia tan considerable que todos los alimentos y hasta los líquidos eran arrojados. Mennes se habia asegurado, introduciendo una ballena en el esófago, de que habia un obstáculo orgánico. En uno de estos dos enfermos se administró el

(1) Sedillot, Véase *Gazette méd. de Paris*, diciembre de 1846 y enero de 1847.  
(2) Sedillot, Véase *Séance de l' Acad. des sciences*, noviembre de 1849.

*mercurio en fricciones, de modo que produjese la salivacion*, y en el otro prescribió Haller *píldoras de mercurio dulce, acibar y alcanfor*. La curacion fué completa en ambos casos, á los que debemos añadir un tercer caso del mismo género observado igualmente por Haller.

Hemos creído conveniente dar á conocer este tratamiento, que puede usarse sin peligro y producir felices resultados en algunos casos. Pueden emplearse las diversas *preparaciones mercuriales* ó el *ioduro de potasio* del modo que varias veces hemos indicado.

## ARTICULO XII.

## ESOFAGISMO Ó ESPASMO DEL ESÓFAGO.

## § I.—Historia.

Esta enfermedad se conoce desde muy antiguo, pero sin que podamos hacer remontar su historia hasta Hipócrates, como lo quiere José Frank (1); pues en el pasaje que cita este autor se refiere al tétanos en el cual se presentan las convulsiones de la faringe como un sintoma particular que no debe ocuparnos aquí.

Entre los autores que han estudiado esta afeccion, debemos citar principalmente á F. Hoffmann, que le ha consagrado un largo capítulo (2). En estos últimos tiempos ha reunido Mondiere un gran número de hechos con el objeto de trazar la descripcion de esta afeccion espasmódica; pero á pesar de estas investigaciones y de los esfuerzos que ha hecho este último autor para llegar á un conocimiento exacto del *esofagismo*, es muy fácil advertir que reina gran confusion en su historia. En efecto, se han colocado entre los casos de esofagismo ejemplos de inflamacion verdadera, en los cuales el espasmo del esófago era solo un fenómeno accesorio; se ha referido á esta afeccion el resultado de alteraciones producidas por sustancias ácras y cáusticas, y finalmente se ha descrito con su nombre el estado espasmódico de la faringe y del esófago que sobreviene en la rabia. Hasta las úlceras de la parte superior de la laringe se han llegado á considerar como capaces de producir el esofagismo, fundándose en que en estos casos los alimentos y las bebidas son espulsados al momento de su ingestion. Creemos inútil hacer notar cuán viciosa es esta opinion.

Sin embargo, si únicamente se quiere admitir como verdadero espasmo del esófago los casos en que esta afeccion, de naturaleza puramente nerviosa, es enteramente local, ó en otros términos, los casos de *esofagismo idiopático*, seria muy corto el número de los que pudieran reunirse. En efecto, en la mayor parte se han hallado lesio-

(1) J. Frank, *Patología interna*, Madrid.

(2) Hoffmann, *Opera omnia*, t. III, Genevæ, 1764: *De morb. œsophag. spasmodic.*