

cuando los síntomas se refieren exactamente á las lesiones orgánicas. Con mayor razon debe admitirse como muy dudoso otro signo que indica Mondiere. «Creemos, dice, aun cuando no se hace mención de ello en las observaciones que acabamos de referir, que el *aliento* de los enfermos *debe exhalar un olor gangrenoso*, apoyándonos en que en los esfuerzos del vómito tragan los animales una cantidad considerable de aire.» Esto no pasa de una presuncion.

#### § IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la enfermedad es continuo y rápido, es decir, que á poco tiempo de su invasion, caracterizada por síntomas ligeros, ha adquirido ya su mayor intensidad y continúa en seguida presentando síntomas bastante marcados: sin embargo no se debe olvidar que en los casos en que no hay síntomas generales, los fenómenos aparecen únicamente en el momento de la deglucion. Claro está que no se debe deducir de esto que la enfermedad es intermitente, puesto que el mal existe siempre, sino que la causa que produce su manifestacion obra tan solo á intervalos mas ó menos largos.

En el mayor número de casos, la *duracion* de la enfermedad no pasa de una semana; pero en los que termina por supuracion puede durar mucho mas tiempo, puesto que en la observacion de Barras hallamos que no se rompió el absceso ni desaparecieron los síntomas mas violentos hasta el dia diez y siete.

En cuanto á la *terminacion*, se efectúa las mas veces por resolucion, y la curacion es casi constante; sin embargo puede ser fatal, pero es en los casos en que sobrevienen la supuracion ó la gangrena, y esta última ha sido constantemente mortal. Ha sucedido algunas veces que abscesos formados en la parte superior del esófago han llegado á comprimir la parte superior de la laringe y ocasionado síntomas de *edema de la glotis*; mas como ya hemos hablado de esto al tratar de los abscesos de la faringe, escusamos repetirlo aquí. En ciertos casos hay un verdadero edema de la glotis producido por la proximidad de un absceso esofágico; pero hemos hecho igualmente mención de esto en el artículo *Edema de la glotis*, t. II. Finalmente, una inflamacion intensa puede producir la *rotura del esófago*; pero como esta rotura presenta algunas particularidades importantes y puede depender de otras causas mas que de una simple inflamacion, diré dos palabras de ella en un artículo aparte.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

La rubicundez y la inyeccion de la membrana mucosa han llamado desde luego la atencion de los autores; pero en los recién nacidos hay que tener mucho cuidado, como lo ha hecho notar Billard, de no tomar por una rubicundez inflamatoria la inyeccion mas ó menos nota-

ble que existe muchos dias despues del nacimiento. No olvidemos además que para que la rubicundez de la mucosa esofágica, lo mismo que la de las demás membranas de igual género, sea un verdadero signo de inflamacion, debe estar acompañada de otras alteraciones mas ó menos profundas. El reblandecimiento y engrosamiento de la mucosa, una secrecion mas ó menos abundante de mucosidades espesas y á veces puriformes, la friabilidad del tejido submucoso y la destruccion del epitelio, son las lesiones que se han observado, pero que todavía no se han estudiado con bastante detencion.

Los *abscesos* existen por lo comun debajo de la membrana mucosa, tienen casi siempre una mediana estension y forman prominencia al interior.

Finalmente, la *gangrena* se presenta unas veces en forma de escaras limitadas, de color de hollin y que se desprenden en fragmentos, como en un niño que ha observado Billard, y otras ocupa grande estension y hasta todo el espesor del esófago como en un caso que refiere Mondiere (1). El doctor Dieulafoy (2) ha referido un hecho muy curioso de gangrena del tejido celular periesofágico, pero el esófago no presentaba inflamacion. En algunos casos se ha notado un reblandecimiento gelatiniforme del esófago semejante al que se observa en el estómago, y del cual hablaremos mas adelante.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Es bastante difícil establecer de un modo bien exacto el diagnóstico de la esofagitis aguda con el corto número de hechos que poseemos, y sobre todo con el modo con que han sido estudiados; no porque no se pueda llegar fácilmente á reconocer la existencia de una enfermedad en el esófago, sino porque pueden residir en este conducto otras afecciones cuyos signos se confunden con los de la enfermedad que nos ocupa. Es preciso pues dividir el diagnóstico en dos partes, una que se refiere á las *enfermedades que residen fuera del esófago*, y otra que tiene por objeto las *afecciones distintas de la inflamacion que ocupa este conducto*.

1.º *Enfermedades que residen fuera del esófago.* Hallamos desde luego las *enfermedades de la tráquea*, que han sido estudiadas de un modo muy incompleto, como lo hemos hecho notar al ocuparnos de su historia (véase tomo I). Puede suceder que en una afeccion de la tráquea, por ejemplo, una úlcera que ocupe la parte posterior ó el tabique que separa los dos conductos, sea difícil la deglucion; pero la tos provocada por punzadas particulares y el dolor en las inspiraciones fuertes que se observan en las úlceras de la tráquea, sirven para disipar todas las dudas. Por el contrario, en la esofagitis, cuando hay tos,

(1) Mondiere, *Journ. de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer*. t. XIV, p. 323.

(2) Dieulafoy, *Compte rendu des trav. de la Soc. méd. de Toulouse*, 1849.

es simplemente gutural, y además no hay comparacion posible entre el dolor violento de la esofagitis durante la deglucion y el que á veces se produce por este mismo acto en las enfermedades de la tráquea; finalmente los espasmos y los vómitos de la esofagitis acabarán de fijar este diagnóstico diferencial.

En las *ulceraciones de la parte superior de la laringe*, y sobre todo en las que ocupan la epiglotis, hay dolor, dificultad en la deglucion y espulsion de las bebidas por la nariz; pero al mismo tiempo la respiracion es difícil y la tos es provocada por la inspiracion; además, aun cuando sea difícil la deglucion, no se observa en un punto del conducto alimenticio ese dolor violento, ese nudo y ese obstáculo que acusan los enfermos en el momento en que los alimentos y las bebidas atraviesan el punto inflamado.

2.º *Enfermedades que residen en el esófago.* Los autores que han colocado bajo un mismo título la inflamacion simple y la ulcerosa de este conducto, ó que han considerado esta como una terminacion diferencial de la primera, han pasado necesariamente en silencio el diagnóstico de estas dos lesiones; pero veremos mas adelante que hay casos en que la ulceracion es una enfermedad bien diferente de la inflamacion simple, que tiene una gravedad y consecuencia enteramente especiales, y que es importante distinguir las una de otra. (Véase mas adelante ESOFAGITIS ULCEROSA.)

Se han citado algunos casos de *reumatismo de la faringe y del esófago*, y claro está que entonces el diagnóstico es muy difícil. En efecto, sabemos que en ciertas inflamaciones ligeras no hay ningun síntoma general, y que todo está casi reducido al dolor lo mismo en uno que en otro caso. ¿Cómo formar un diagnóstico exacto? El número de las observaciones que poseemos es demasiado escaso para poder deducir de ellas consecuencias positivas; sin embargo, diremos que si no habiendo calentura, desempeñándose perfectamente bien todas las funciones, y sobre todo despues de la desaparicion de un reumatismo articular ó durante su curso, aparece un dolor en el esófago, vivo durante la deglucion, absolutamente nulo en los intervalos, y que mas bien disminuye que aumenta despues de la ingestion de las primeras porciones de alimentos, la enfermedad deberia considerarse mas bien un reumatismo que una inflamacion.

El *espasmo del esófago* ó *esofagismo*, de que trataremos mas adelante, ofrece tambien algunas dificultades para el diagnóstico; sin embargo se consigue distinguirlo de la inflamacion atendiendo á las circunstancias siguientes: el verdadero espasmo nervioso aparece casi siempre en el curso de ciertas neurosis, y principalmente en el del histérico, y está caracterizado por movimientos desordenados del esófago, que contrayéndose, arroja los alimentos y las bebidas; pero por lo comun no se presenta ese dolor tan violento y tan notable en el momento de pasar los alimentos ni está acompañado de calentura. Resulta pues, que el espasmo del esófago no es en realidad mas que

un síntoma, que unas veces complica la inflamacion, y otras depende de una afeccion nerviosa, y que propiamente hablando no constituye en la mayoría de los casos una verdadera enfermedad.

Quedan ahora algunas otras afecciones, tales como el *cáncer*, la *estrechez* y la *dilatacion* del esófago; pero estas enfermedades tienen mucha mas semejanza con la esofagitis crónica que con la aguda, y además ya tendremos ocasion de esponer su diagnóstico luego que hayamos hecho rápidamente su historia. Finalmente, se puede preguntar si será posible distinguir los *abscesos del esófago* de la inflamacion pura y simple. Los límites reducidos, el punto fijo del dolor, su permanencia, la duracion larga de la enfermedad, la detencion brusca de los alimentos siempre en un mismo punto y su espulsion inmediata, pueden hacer sospechar la existencia de un absceso, pero no darla á conocer de un modo exacto; mas las probabilidades serán mayores si se agregan á estos signos síntomas muy intensos como en el caso que refiere Barras.

Hemos dicho que la postracion, la pequenez del pulso y la inercia del esófago eran los signos observados en algunos casos de *gangrena*, y son los únicos que pueden servir para reconocer esta terminacion de la inflamacion. En cuanto al olor del aliento, remitimos al lector á lo que hemos dicho antes. Este último diagnóstico es muy incierto en el estado actual de la ciencia.

#### CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

##### 1.º Signos distintivos de la inflamacion del esófago y de las úlceras de la tráquea.

ESOFAGITIS AGUDA.	TRAQUEITIS ULCEROSA.
No hay tos ó es simplemente gutural.	Tos provocada por cosquilleo.
Respiracion fácil.	Respiracion mas ó menos difícil.
Dolor muy vivo en el momento de pasar el bolo alimenticio.	Dolor mediano en el acto de la deglucion.
Espasmos y vómitos.	No hay espasmos ni vómitos.

##### 2.º Signos distintivos de la esofagitis aguda y de las úlceras de la parte superior de la laringe.

ESOFAGITIS AGUDA.	LARINGITIS ULCEROSA.
Respiracion fácil.	Respiracion mas ó menos difícil.
Tos poco intensa.	Tos mas ó menos intensa provocada por la inspiracion.
Dolor violento.	Incomodidad al deglutir que reside en la laringe mas bien que un dolor verdadero.
Sensacion de un obstáculo en un punto del esófago, á veces muy abajo.	Incomodidad que se percibe al nivel de la laringe.

3.º Signos distintivos de la esofagitis aguda infebril y del reumatismo del esófago.

## ESOFAGITIS AGUDA INFEBRIL.

Siempre están mas ó menos alteradas algunas funciones.

En los intervalos de la deglucion persisten algunos sintomas.

El paso de los alimentos y de las bebidas se hace de cada vez mas doloroso, segun que se repite este acto.

4.º Signos distintivos de la esofagitis aguda y del espasmo del esófago (esofagismo).

## ESOFAGITIS AGUDA.

Dolor violento al pasar los alimentos y las bebidas.

A veces calentura.

Aparece en el estado de salud.

5.º Signos distintivos de la esofagitis aguda no supurada y de los abscesos de la faringe.

## ESOFAGITIS AGUDA NO SUPURADA.

Dolor que ocupa mayor ó menor estension y que á veces recorre todo el trayecto del conducto.

Poca ó ninguna calentura.

Estos diversos diagnósticos, y sobre todo los últimos, presentan todavía puntos dudosos.

**Pronóstico.** La esofagitis, cuando no pasa de una mediana intensidad, no es grave. Los abscesos del esófago terminan ordinariamente por la rotura del foco en el conducto y una curacion pronta. La gangrena ha sido constantemente mortal.

## § VII.—Tratamiento.

No tenemos nignun dato positivo acerca del tratamiento de esta enfermedad.

**Emisiones sanguíneas.** Todos los autores han aconsejado la sangría,

## REUMATISMO DEL ESÓFAGO.

Todas las funciones se conservan en buen estado.

En los intervalos de la deglucion no hay ningun sintoma.

El paso de los alimentos es por lo comun mas fácil despues de los primeros esfuerzos.

## ESOFAGISMO.

Por lo comun no hay dolor; simple contraccion desordenada.

Nunca hay calentura.

Aparece en el curso de una neurosis, y sobre todo del histérico.

## ABCESOS DE LA LARINGE.

Dolor limitado á un punto poco estenso y que permanece fijo en el mismo punto.

Calentura á veces intensa.

y en la actualidad se hace con preferencia la *del brazo*. Los antiguos, empezando por Celio Aureliano, querian que se abriesen las *venas sublinguales*, y F. Hoffmann, á quien cita Mondiere, recomendaba esta última sangría despues de haber practicado la *del brazo*. Los peligros á que espone la abertura de las venas raninas y la poca certidumbre de las ventajas que de ella se han obtenido, han hecho que la abandonasen los médicos modernos: sin embargo, Janson, de Lyon, citado igualmente por Mondiere, ha insistido de nuevo en la utilidad de este medio; pero carecemos de los elementos necesarios para apreciar su valor. En la misma incertidumbre nos hallamos respecto á la *sangría de pié*. Se debe, pues, recurrir á la sangría del brazo, aun cuando conengamos en que todavía no nos ha indicado la esperiencia cuáles son sus ventajas positivas.

Se han prescrito las *emisiones locales*, sobre todo en estos últimos tiempos, y se han recomendado las *ventosas escarificadas* aplicadas bien á la parte inferior y lateral del cuello, bien entre las escápulas. Hildenbrand (1) cree que las ventosas, irritando las partes, producen un inconveniente que no compensa la sangre que sacan, pero nada hay menos demostrado. En cuanto á Mondiere, si no aconseja las ventosas aplicadas á las partes laterales y anteriores del cuello, «es porque su aplicacion en estos puntos es difícil y no puede hacerse sin que se ejerza una compresion que debe dificultar la respiracion y aumentar los padecimientos del enfermo.»

Generalmente se prescriben las *sanguijuelas* desde *doce* hasta *treinta* á las partes laterales del cuello, repitiendo este medio mientras persista la inflamacion, ó si amenaza pasar al estado crónico (Mondiere). En el caso que ha observado el doctor Noverre, en la clínica de Lherminier (2), se aplicaron de doce á diez y seis sanguijuelas por cuatro veces distintas, y se hicieron dos sangrias, una del brazo y otra del pié. El sugeto curó á los diez y siete ó diez ocho dias de enfermedad.

**Aplicaciones externas.** Por lo comun se prescriben las *cataplasmas emolientes* al rededor del cuello y las fricciones con un *linimento oleoso* y *opiado*, como, por ejemplo, el siguiente:

T. Aceite de almendras dulces. . . . . 15 gram.  
Láudano de Sydenham. . . . . 5 gram.

Se hacen fricciones tres veces al dia.

**Revulsivos y derivativos.** ¿Producirán mas efecto los *revulsivos*, tales como los *sinapismos* y los *vejigatorios*, aplicados bien á las partes laterales del cuello ó bien á la superior del esternon, ó entre las escápulas? No es posible afirmarlo.

En cuanto á los *derivativos*, se pueden aplicar ó al tegumento esterno ó á la mucosa intestinal. En el primer caso se emplean principal-

(1) Hildenbrand, *Inst. pract. med.*

(2) Lherminier, *Bull. de la Faculté de med. de Paris*, t. VI, 1819.

mente los *pediluvios sinapizados* y los *sinapismos* á las piernas y á los muslos; se han usado estos medios en el enfermo que ha observado el doctor Noverre. La *derivación sobre el conducto intestinal* es difícil de practicar por la dificultad inseparable de la deglucion, cuando la enfermedad es un poco intensa. Entonces se apela á las *lavalivas irritantes ó purgantes*, pudiendo prescribirse por ejemplo:

T. Agua comun. . . . .	C. S.
Sal marina. . . . .	5 gram.

O bien

Infusion de hojas de sen. . . . .	C. S.
Sulfato de sosa. . . . .	15 gram.

Mondiere cree que solo conviene emplearlos en los casos en que la afeccion tiende á pasar al estado crónico, y que si entonces son ineficaces, no debe dudarse, en su opinion, de aplicar una ó mas *moxas* lo mas cerca posible del punto dolorido.

*Narcóticos.* En un caso que cita el doctor Bodin (1), la aplicacion de la *morfina* á un vejigatorio colocado en la parte anterior del cuello hizo cesar los accidentes espasmódicos graves que duraban hacia ya algunos dias.

Tambien se pueden aplicar los narcóticos á la mucosa intestinal por medio de *lavalivas*, y asi se prescribirá por ejemplo la siguiente:

T. Cocimiento de malvabisco. . . . .	C. S. para media lavaliva.
Láudano de Sydenham. . . . .	de 10 á 15 gotas.

Se puede repetir esta lavaliva dos veces al dia, si la susceptibilidad del enfermo no se opone á ello. En los niños se debe disminuir la dosis de láudano.

En los casos en que todavia fuese posible la deglucion, tal vez valdria mas introducir los narcóticos en el estómago en forma de *poscion*. Asi se prescribirá:

T. Agua de flor de naranjo. . . . .	60 gram.
Agua de lechuga. . . . .	30 gram.
Jarabe de goma. . . . .	15 gram.
Acetato de morfina. . . . .	25 milligram.

Se toma en las veinte y cuatro horas.

Si la deglucion, aunque todavia posible, es, sin embargo, demasiado difícil, podriamos contentarnos con administrar el *jarabe de morfina* puro y á cucharaditas, de modo que el enfermo solo tuviese que hacer movimientos muy lentos de deglucion. Este jarabe se daría á la dosis de *veinte y cinco á treinta gramos*.

*Dulcificantes aplicados á la mucosa inflamada.* En todos los tiempos se ha insistido mucho en la necesidad de dirigir hácia el punto afectado sustancias dulcificantes y emolientes. A este fin se prescriben los

(1) Bodin, *Journ. de med. et de chir. prat.*, t. V, p. 373.

cocimientos de malvas, altea y gordolobo, mezclados con leche, los cuales se hacen tomar á los enfermos á sorbos pequeños y que lo traguen poco á poco para no provocar los movimientos convulsivos del esófago. Foresto, F. Hoffmann y en general los autores antiguos, daban una importancia bastante grande á la administracion de las *sustancias oleosas*, que tienen la doble ventaja de lubricar la parte inflamada y mantener el vientre libre. Se puede prescribir la pocion siguiente:

T. Aceite de almendras dulces. . . . .	15 gram.
Goma tragacanto. . . . .	50 centigram.
Jarabe de culantrillo. . . . .	30 gram.
Agua. . . . .	60 gram.

Se toma á cucharadas.

Algunos autores han creido que podrian ser ventajosas las *fumigaciones emolientes y narcóticas*; pero en estos casos solo podia llegar el vapor al punto inflamado si la afeccion residiese en la parte mas próxima á la faringe, y aun entonces con dificultad.

Con bastante frecuencia la *deglucion es enteramente imposible*, y que especialmente en estos casos la sed es intensa. Conviene mucho tomar en consideracion este hecho para el tratamiento, porque entonces es preciso evitar al enfermo los dolores escesivos que causa el paso de las bebidas y los vómitos espasmódicos que siguen á su ingestion. Se debe, pues, *engañar la sed* haciendo que el enfermo conserve en la boca rajas de *naranja*, ó *agua fria* acidulada con *vinagre*, ó con el *zumo de limon*, ó mejor aun recomendarle que disuelva con frecuencia un pedazo de *hielo* en la boca, ó bien haciendo tomar *baños prolongados*.

Mondiere prescribe al enfermo un *silencio absoluto* ó casi absoluto, porque los movimientos de la lengua se propagan al esófago y tienden á aumentar la irritacion. «Por lo demás, añade este autor, el dolor obliga por lo comun al enfermo á guardar silencio, que es lo que me ha sucedido cuando he estado acometido de faringo-esofagitis.»

*Tratamiento de la esofagitis en los niños de pecho.* Si hay algun motivo para creer que existe una esofagitis en un niño pequeño, se puede, segun Billard, aplicar al cuello *dos ó cuatro sanguijuelas*, segun la edad; se le darán las bebidas á la temperatura que tiene la leche al salir del pecho, haciéndoles mamar ó beber poco de cada vez, si vomitan despues de haber bebido; hacer uso de cataplasmas al rededor del cuello y establecer una *ligera irritacion* en los intestinos, bien sea por medio de los *calomelanos*, bien poniendo algunas *lavalivas de leche azucarada*. Este tratamiento apenas se diferencia del de los adultos, mas que en la proporcion.

*Tratamiento de los abscesos del esófago.* Repetimos que es bastante difícil diagnosticar la existencia de un absceso del esófago; pero sin embargo, las circunstancias anteriormente indicadas (véase pág. 664) y la persistencia de la enfermedad, así como la imposibilidad absoluta de deglutir, pondrán en camino al práctico y le inclinarán á emplear

un tratamiento directo. Este tratamiento consiste en la *exploracion del esófago por medio de una sonda*. Hemos dicho que en el caso observado por Bourguet (véase pág. 664) y que anteriormente hemos citado, la exploracion de este conducto por medio de una *candelilla de cera terminada en forma olivar* produjo la rotura del absceso y la pronta desaparicion de los accidentes graves. Se puede imitar esta conducta, bien sea empleando la misma sonda, bien haciendo uso de una sonda esofágica comun. Mondiere dice que si fuese llamado para un caso de este género, no dudaria en repetir de cuando en cuando la introduccion de una sonda cónica. Pero esta práctica ¿no estaria espuesta á graves inconvenientes y hasta á producir la perforacion del esófago en un punto reblandecido, como lo está el sitio inflamado? Si se quiere emplear la sonda cónica, hágase á lo menos despues de haber determinado, por medio de una sonda ordinaria, el punto en que forma obstáculo el tumor purulento.

*Tratamiento de la gangrena del esófago.* En los casos mas evidentes, la gangrena era una consecuencia de la inflamacion, de donde resulta que hasta que se presente se debe tratar la enfermedad como una flegmasia ordinaria, proporcionando la energia de los medios á la violencia de los síntomas. Pero una vez producida la gangrena ¿qué medios se deben emplear? Reanimar por medio de los tónicos las fuerzas abatidas, introducir los medicamentos en el intestino para evitar movimientos de deglucion y contracciones que pudieran producir la rotura del conducto, y prescribir el silencio y la inmovilidad.

*Resumen y prescripciones.* Emisiones sanguineas, los revulsivos, los narcóticos y las precauciones de que se debe rodear al enfermo; añádase á esto que en los casos simples y de mediana intensidad la afeccion tiene una propension natural á curarse, como podemos convencernos por la lectura de las observaciones. En tales casos basta hacer uso de los medios mas sencillos, tales como los emolientes, y recomendar las precauciones de que acabamos de hablar.

#### Prescripcion I.

EN UN CASO DE MEDIANA INTENSIDAD.

- 1.° Para bebida, cocimiento ligero de altea, dulcificado con jarabe de goma, ó si la sed es intensa una limonada citrica suave.
- 2.° De doce á veinte sanguijuelas á las partes laterales del cuello.
- 3.° Poción oleosa (véase pág. 675).
- 4.° Pediluvios sinapizados por la noche.
- 5.° Dieta, quietud en la cama y abstenerse de hablar.

#### Prescripcion II.

EN UN CASO DE MUCHA INTENSIDAD, EN QUE ESTÁ IMPOSIBILITADA LA DEGLUCION.

- 1.° Engañar la sed por medio de líquidos acidulados ó de hielo en la boca.
- 2.° Sangría general de 300 á 400 gramos, repitiéndola si no remiten los síntomas.
- 3.° Aplicacion de un vejigatorio pequeño á los lados del cuello ó entre las escápulas, poniéndole despues en cada cura de 2 á 5 centigramos de hidroclorato de morfina.

O bien una lavativa con láudano (véase pág. 672).

4.° Baños prolongados.

5.° Dieta absoluta, quietud en la cama y silencio completo.

No creemos necesario reproducir aquí en forma de prescripciones lo que hemos dicho mas arriba acerca del tratamiento de los abscesos y de la gangrena de la faringe.

*Breve resumen del tratamiento.* 1.° Sangrias generales y locales, aplicaciones emolientes y narcóticas al exterior, revulsivos, derivativos, calmantes y atemperantes sobre la mucosa inflamada.

2.° En los casos de deglucion imposible, engañar la sed, y baños prolongados.

3.° *Tratamiento de los abscesos.* Exploracion con la candelilla terminada en forma olivar, é introduccion de la sonda comun y de la cónica.

4.° *Tratamiento de la gangrena.* Tónicos y dirigir los medicamentos á la mucosa intestinal.

#### ARTICULO III.

ESOFAGITIS CRÓNICA.

La *estrechez del esófago*, de ningun modo puede considerarse como una verdadera inflamacion crónica. Desde luego es cuando menos raro hallar una estrechez simple del esófago, porque en la inmensa mayoría de casos resulta esta lesion de una afeccion escirrosa de este conducto, y ya veremos al tratar del *cáncer del estómago* lo que debe pensarse de la teoría que considera la inflamacion crónica como el origen de estas afecciones escirrosas. En segundo lugar, en los casos en que se han hallado estrecheces de aspecto puramente fibroso, la enfermedad debe considerarse mas bien como un resultado de la inflamacion que como una verdadera inflamacion. En tales casos sucede lo que ya hemos observado en la estrechez de los orificios del corazon, que la

inflamacion ha desaparecido, pero ha dejado en pos de sí restos indelebiles.

La esofagitis crónica es una enfermedad enteramente desconocida, y hé aquí, sin embargo, los síntomas que se le han asignado en vista de algunas consideraciones generales.

El primero es un *dolor* sordo, persistente, que reside hácia la parte inferior del cuello ó en un punto mas bajo del conducto alimenticio; á veces se ha observado tambien un dolor pasajero en el fondo de la garganta. Este dolor aumenta notablemente en el momento de pasar los alimentos, y sobre todo los sólidos, los cuales por lo comun se detienen y no penetran en el estómago hasta despues de mas ó menos tiempo, ó son espulsados al exterior; de aquí resultan desórdenes mas ó menos considerables de la digestion, como la *pirosis*, el *hipo* y la *espuicion* abundante de mucosidades filamentosas, y en seguida se observa una debilidad y un *enflaquecimiento* notables, hasta que por fin llegan á ser manifiestos los signos de la estrechez.

Desde luego se conoce que estos síntomas pueden atribuirse muy bien al principio ya de la misma estrechez y hasta de la estrechez escirrosas, y así veremos que los hechos de que se hace mencion han terminado constantemente por una lesion orgánica.

El *tratamiento* que se ha recomendado en estos casos se compone, segun Roche (1), de los mismos medios que hemos indicado para la *esofagitis aguda*, que solo es preciso emplearlos con mas constancia. «En esta forma de la flegmasia, dice este autor, es en la que se obtienen excelentes efectos de las *evacuaciones sanguineas locales*, de los *purgantes* repetidos, de los *vejigatorios* aplicados al trayecto del conducto esofágico y de los *baños de vapor*. Cuando estos medios no bastan, se aconseja recurrir á las *moxas*.» Ya hemos dicho antes de ahora que la moxa está recomendada igualmente por Mondiere.

No insistiremos mas en una enfermedad tan poco conocida todavía.

#### ARTICULO IV.

##### ESOFAGITIS ULCEROSA.

###### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Unos cuantos hechos, cuya mayor parte carecen de detalles, no pueden bastar para esponer con exactitud todo lo relativo á esta enfermedad. Entre estos hechos hay algunos que pueden considerarse como ejemplos de *úlceras simples del esófago*, y otros, y particularmente los que ha referido J. Frank, parecen ser en gran parte casos de *cáncer ulcerado*. Así, pues, solo podremos presentar algunas consideraciones

(1) Roche, *Dictionnaire de medecine et de chirurgie pratiques*, París, 1834, t. XII, art. ESOPHAGITE.

acerca de esta afeccion, que necesita ser estudiada mas detenidamente.

Segun Mondiere, «puede haber en el esófago dos especies de úlceras: una que es el resultado de una ulceracion particular de los folículos mucosos, y otra que es consecutiva á un trabajo francamente inflamatorio.» A estas dos especies, sería preciso añadir, segun J. Frank, la úlcera que produce la rotura de un absceso del esófago, y de la cual nos ha dado Ziesner (1) el ejemplo siguiente: «Había en la cara interna del esófago, dice este autor, un absceso abierto del grueso de una nuez, y de aquí resultaba una division de las tunicas, hecha como con el escalpelo, que solo dejaba al exterior la túnica esterna, invadida de esfacelo.» Vemos, pues, que esta no era una verdadera úlcera, y si tan solo un foco purulento, que habia causado la destruccion de las tunicas.

Para admitir la division de Mondiere, sería preciso que se hubiesen estudiado mejor los hechos, porque ya se comprende que á primera vista no se nota que haya una diferencia esencial entre las úlceras cuyo asiento primitivo son los folículos, y las que residen en las tunicas.

###### § II.—Causas.

Las causas de estas ulceraciones son muy poco conocidas. Louis ha hallado en algunos casos raros un corto número en sugetos que han sucumbido de la *calentura tifoidea* y de la *tisis pulmonar*. Billard ha citado dos ejemplos muy interesantes observados *en recién nacidos*.

Lediberder ha observado un caso en el que habia en el esófago tres úlceras anchas y superficiales que habian producido la destruccion de la membrana mucosa; pero el enfermo padecía muguet, afeccion general, á lo menos en la gran mayoría de casos, como ya hemos dicho antes de ahora, y en la cual la ulceracion ocupa tantos sitios diferentes. No hemos hallado la ulceracion del esófago, ni aun en los niños afectados de muguet (2).

Véase cuánto trabajo nos cuesta encontrar casos de esofagitis ulcerosa simple. ¿Sería tal vez de este género el hecho que refiere Palleta (3) y que traduce Mondiere? Para resolver esta cuestion sería preciso tener datos mas exactos acerca de los antecedentes y una descripcion mas detallada de las lesiones anatómicas. Lo que hay de cierto es que la enfermedad siguió un curso agudo, y que si estuviese demostrado que el virus sifilítico no tenia parte alguna en su produccion, se la podría considerar como una úlcera simple.

Es muy difícil saber cuál es la *frecuencia* de las *úlceras sifilíticas* del esófago, pues en general los sifiliógrafos no han fijado su atencion

(1) Ziesner, *Rar. œsoph. morb.* (Halleri *Disp. ab morb. histor. et curat. facient.*, t. VII).

(2) Valleix, *Cliniq. des malad. des enf. nouv.-nés*, París, 1838, p. 247.

(3) Palleta, *Exercit. pathol.*, p. 288, 1820.