

en este punto. Marco Aurelio Severino, á quien cita Lieutaud (1), nos dice tan solo que en la autopsia de muchos cadáveres de individuos muertos de sífilis se hallaron úlceras tanto en el esófago como en la tráquea; pero ya se conoce que estos datos son muy vagos. Se ha descuidado demasiado la investigación de las causas en los casos de úlceras de las diversas cavidades.

Nos limitamos á indicar aquí las úlceras producidas por los *cueros irritantes, ácras*, ó que tienen una temperatura muy elevada. De los primeros hablaremos al tratar de los diversos envenenamientos. De lo dicho resulta que solo poseemos datos muy poco exactos acerca de las causas y naturaleza de la esofagitis ulcerosa.

### § III.—Sintomas.

Los *sintomas* que pueden dar á conocer, segun Mondiere, las úlceras del esófago, son los mismos que los de la esofagitis simple; solamente que los *dolores son mas vivos*, sobre todo en el acto de la deglucion. Hay tambien vómitos de sustancias viscosas, de varios colores y hasta sanguinolentas. En un caso se ha observado gran dificultad, y por lo comun habia imposibilidad absoluta de tragar alimentos sólidos, pues los líquidos pasaban siempre que el enfermo tomase cierta cantidad de cada vez: los tres últimos meses hubo tambien una salivacion abundante. Este último sintoma no es raro; pero nunca es tan manifiesto como cuando la ulceracion ocupa la parte superior del esófago.

Una enferma, que murió de una úlcera del esófago situada cerca del cárdias, se quejaba durante toda la enfermedad, que duró cuatro meses, de una *sensacion de quemadura* que referia á la parte superior de la region epigástrica, y le parecia, segun su espresion, que tenia aplicado continuamente á esta parte un hierro candente.

Segun esta descripcion los sintomas de la esofagitis ulcerosa no se diferencian de los de la simple mas que en tener su asiento mas fijo y mayor intensidad, y si á esta poca precision de los signos diferenciales se añade la incertidumbre en que nos dejan la mayor parte de las observaciones acerca del estado de simplicidad de la afeccion, se comprenderá cuán difícil es formar un *diagnóstico* exacto. Por esta razon no debemos tratar de establecerle antes que la observacion haya fallado de un modo mas positivo.

### § IV.—Lesiones anatómicas.

En los casos en que la enfermedad ha podido considerarse como simple ó de naturaleza sífilítica, solo han estado caracterizadas por el número mayor ó menor de las úlceras, su estension mas ó menos

(1) Lieutaud, *Hist. anat. med.* lib. IV, obs. 105.

grande y la profundidad á que penetraban en las tunicas del esófago. Sin embargo, debemos decir que en los principales casos de este género la destruccion de los tejidos no pasaba de la mucosa y del tejido submucoso.

### § V.—Tratamiento.

Si tanto trabajo nos ha costado hacer la descripcion de la esofagitis ulcerosa, naturalmente se debe esperar que no habrá gran precision en la esposicion del *tratamiento*. No es posible emplear con confianza un *plan tópico irritante* en casos en que el diagnóstico es tan poco seguro; porque ¿cómo nos atreveríamos á aplicar los cáusticos á un punto afectado, que lo mismo puede estarlo de un cáncer que de otra úlcera cualquiera? Vater queria que se aplicasen á la parte ulcerada *linimentos balsámicos por medio de una esponja atada á un estilete flexible*; pero ¿no espondria este procedimiento á ocasionar desórdenes considerables en la superficie de la úlcera, á consecuencia de la dificultad que habria de dirigir convenientemente el estilete?

Es pues prudente en estos casos limitarse al uso de remedios atemperantes, á evitar los movimientos frecuentes de deglucion, engañar la sed por los medios que ya hemos indicado, y calmar los dolores con los *opiados*. Si hubiese algunos motivos para creer que la enfermedad era de naturaleza sífilítica, no deberia dudarse en prescribir el *tratamiento mercurial* y el *ioduro de potasio*, de los que se podria esperar pronto un buen resultado. Los medios que en tales casos se deben usar son los mismos que antes de ahora hemos indicado (véase FARINGITIS ULCEROSA), solo que cuando la deglucion fuese muy dolorosa habria que recurrir á las fricciones mercuriales.

## ARTÍCULO V.

### ESOFAGITIS SEUDO-MEMBRANOSA.

En algunos casos raros, una falsa membrana desarrollada en la faringe podia estenderse al esófago; pero claro está que no debemos ocuparnos aquí de los hechos de este género, porque la importancia de la lesion esofágica desaparece ante la de la faringe, y especialmente ante la de la laringe, que la acompaña en los casos de crup. Pero ¿debemos admitir con Mondiere que nunca ha existido sola la esofagitis pseudo-membranosa? Este autor ha llegado, dice, por la lectura atenta de esta clase de hechos, á deducir la consecuencia de que la inflamacion especifica habia empezado por la faringe, y de aquí se habia estendido á la laringe, á la traquearteria y al esófago. Hay en J. Frank y en Schenkus (1) dos hechos que nos parecen bastante interesantes bajo este punto de vista.

(1) Schenkus, *Observ. med.*, etc., lib. III, obs. 10.



La descripción que del suyo hace este último autor, que había tomado el caso de Tomás Mermann, es bastante concluyente para que deba admitirse la existencia de una falsa membrana que duró mucho tiempo. Este sería, pues, un caso de *esofagitis pseudo-membranosa crónica*.

La observación que refiere J. Frank (1) ya deja más dudas, pues en efecto hay razones para creer que en este caso había una difteritis que habría empezado por el esófago, para dirigirse en seguida hacia la faringe. No daremos nuestra opinión acerca de este punto, porque tan solo hemos citado estos hechos para demostrar cuán necesario sería recoger con exactitud las observaciones de este género que pudiesen ilustrar cuestiones tan oscuras.

*Tratamiento.* Si estuviese demostrada la formación de una falsa membrana en el esófago, se debería tratar desde luego de provocar su expulsión por medio de los *vomitivos*, y en particular del *tártaro estibiado*.

#### ARTICULO VI.

##### PERFORACION DEL ESÓFAGO.

El esófago puede perforarse, lo mismo que todos los demás puntos del conducto digestivo, y de aquí resultan diversos accidentes, según que la perforación se abra en tal ó cual cavidad. Como es evidente que esta lesión es solo una consecuencia de otras más importantes, y los accidentes á que dá origen son casi siempre superiores á los recursos del arte, no puede ofrecer al práctico grande interés, y esta es la razón por que solo diremos de ella dos palabras.

#### § I.—Causas.

Duda Mondiere (2) si se pueden formar en el esófago esas *perforaciones espontáneas* que se hallan en el estómago y en algunos otros puntos del conducto digestivo, cuyo carácter es estar hechas como con un sacabocados y presentar bordes negros cortados perpendicularmente. Para responder á la cuestión que de este modo ha propuesto, añade: «no conocemos ningun ejemplo, pues todas las lesiones del esófago que han dado los autores con el nombre de perforación espontánea, se refieren evidentemente á la *gangrena* ó al *reblandecimiento* de sus paredes.» Tal vez debamos ser un poco menos exclusivos que este autor, porque en una observación que refiere Bouillaud (3) había una perforación del grandor de la uña, semejante á las perforaciones espontáneas que se hallan en el estómago, y enteramen-

(1) J. Frank, *Patologia interna. De la inflamación de la faringe y del esófago*.

(2) Mondiere, *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2.<sup>a</sup> série.

(3) Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 1.<sup>a</sup> série, 1823, *Rupt. de l'oesop.*; *Perfor. de l'estomac*.

te distinta de la rotura que se había efectuado un poco más arriba, tal vez bajo la influencia del reblandecimiento.

No por esto es menos cierto que las perforaciones de este género son muy raras, y que debe atribuirse principalmente este accidente á las dos causas siguientes; ó á la presencia de *cuerpos extraños* en el esófago, de donde resulta la perforación de dentro afuera, ó á la proximidad de un *aneurisma de la aorta* ó de un *abceso*, que perforando el esófago de fuera á dentro, vienen á verter en este órgano su contenido.

La presencia de cuerpos extraños en el esófago constituye un accidente que es del dominio de la cirugía. En cuanto á la perforación que producen, fácilmente se comprende su mecanismo: como estos cuerpos tienen ordinariamente asperezas que irritan las membranas del esófago, ocasionan su inflamación y hasta á veces la formación de absesos, y la comunicación del conducto con las pléuras, los bronquios y los pulmones.

En cuanto á las perforaciones que dependen de la abertura de un aneurisma en este conducto, son bastante frecuentes los casos de este género.

Finalmente, hay otra causa que puede producir la perforación del esófago de fuera á dentro, y es la existencia de una *úlcera de la tráquea* que destruya en un punto el tabique de estos dos conductos, y Andral ha referido un hecho de este género. A la misma especie de perforación debe atribuirse el que ha recogido Leblond (1), y Denonvilliers ha presentado á la Sociedad anatómica un caso de la misma naturaleza.

Los autores que acabamos de citar no han hablado de las perforaciones consecutivas al *cáncer*, y sin embargo, la ciencia posee ejemplos de ellas: tal es el que ha referido Lieutaud (2) y en el que había por debajo del cartilago cricoides una úlcera que iba á parar á la tráquea, con muchas cicatrices al rededor y abolladuras escirrosas.

Niemeyer (3) ha citado como causas la destrucción de los ganglios bronquiales *tuberculosos*, sobre todo cuando están situados en la bifurcación de la tráquea; los absesos á los lados de la columna vertebral y la *cáries* de las vértebras.

El esófago en el estado de enfermedad puede comunicar con las diferentes partes de las vías aéreas, como la traquearteria, los bronquios, las pléuras y los pulmones. En este trabajo se han estudiado con especialidad las comunicaciones esofágicas pulmonares. Se observan las perforaciones con mucha más frecuencia en el lado derecho del pecho que en el izquierdo, hecho que esplica perfectamente la anatomi-

(1) Leblond, *Rech. sur une espèce de pharyngite particul. aux enfans*, etc., Paris, 1824.

(2) Lieutaud, *Historia anat.-médic.*, etc., lib. IV, obs. 402.

(3) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Culmann y Ch. Sengel, Paris, 1865, p. 522.



mía. La perforacion del esófago en estas condiciones puede efectuarse en un punto cualquiera de la porcion torácica de este conducto, pero parece tanto mas frecuente cuanto mas se acerca al diafragma. La úlcera simple, la gangrena, el cáncer y las degeneraciones fibrinosas, cartilagosas, etc., del esófago, son las causas ordinarias de estas fistulas.

La estrechez del esófago, que es por lo comun la consecuencia de estas diversas alteraciones, ejerce tambien grande influencia en la produccion de estas mismas fistulas.

La comunicacion puede ser directa, hallándose el pulmon y el esófago unidos por adherencias; pero lo mas comun es que haya una bolsa ó un conducto fistuloso intermedios entre estos dos órganos.

Estas perforaciones del esófago son simples ó múltiples y de dimensiones muy variables, y ordinariamente se halla en el pulmon una escavacion que importa tanto mas estudiar, cuanto que este modo de alteracion pulmonar es sumamente raro, á no ser en los casos de tubérculos.

La enfermedad del esófago precede por lo comun á la del pulmon, que es en cierto modo un accidente, una complicacion de la primera: sin embargo, estos dos órganos pueden afectarse simultáneamente, y hasta el pulmon primitivamente (Vigla) (1).

## § II.—Síntomas.

Si la perforacion comunica con la pléura, se observa de repente y en el momento de la deglucion un *dolor violento* que se estiende á todo el pecho, y poco despues todos los signos de una pleuresía sobreaguda. Volveremos á hallar estos síntomas en los casos de rotura del esófago.

Si la perforacion resulta de la abertura de un abceso y las paredes esternas del foco son resistentes, el pus derramado en el esófago sale al exterior por *vómito*, lo cual produce un pronto alivio, como en los casos de abceso simple.

Cuando la perforacion depende de la abertura de un aneurisma en el conducto alimenticio, se observan diversos fenómenos, segun que esta abertura es ancha ó estrecha. En el primer caso hay una *hematemesis fulminante*, y en el segundo el *vómito de sangre puede ser poco abundante*; pero ó se reproduce y el enfermo muere estenuado, ó la perforacion se hace mayor y los accidentes son los mismos que en el primer caso.

Cuando hay comunicacion del esófago con la tráquea, la *deglucion se hace muy penosa*, porque introduciéndose los alimentos y las bebidas en las vias respiratorias, determinan una *tos convulsiva* y la *sufocacion*.

(1) Vigla, *Recherches sur les communications accidentelles de l'œsophage avec les poumons et les brouches* (Arch. gen. de med., 4.<sup>o</sup> série, 1846, t. XII, págs. 129 y 314).

Resulta de la marcha ordinaria de las alteraciones que la enfermedad presenta por lo comun *dos periodos*.

Los síntomas del primero son los que dependen del obstáculo al curso de los alimentos en el esófago; dolor profundo siguiendo el trayecto de este conducto; sensacion de constrictcion, disfagia, vómitos esofágicos, etc., etc.

En el segundo periodo se observan con frecuencia accidentes torácicos graves, principalmente despues de la introduccion de alimentos ó bebidas.

La reunion de estos síntomas puede considerarse como patognómica de la comunicacion del esófago con las vias aéreas. Es siempre difícil, pero no imposible, el determinar por qué parte de las vias aéreas se ha verificado la comunicacion (Vigla).

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

La duracion de la enfermedad, despues de manifestarse el segundo periodo, es mas larga de lo que pudiera creerse á juzgar por su gravedad; variando en nuestras observaciones de cuatro dias á seis meses.

La muerte es la terminacion mas comun en los casos de comunicacion espontánea; no sucede lo mismo cuando son producidas por causas traumáticas; hemos procurado sentar que la curacion no es imposible aun en los casos de la primera especie (Vigla).

## § IV.—Tratamiento.

El *tratamiento* solo puede ser *paliativo*. Lo que especialmente hace formidables los accidentes causados por estas perforaciones es la introduccion de las sustancias ingeridas en la tráquea ó en la pléura; de aqui resulta que lo que principalmente hay que hacer es tratar de que lleguen los alimentos al estómago, separándolos de la abertura accidental. Para esto no hay mas medios que usar la *sonda esofágica é inyectar en el estómago alimentos semilíquidos*: indicaremos cómo esto debe hacerse al tratar de la *estrechez*.

Igualmente se deben prescribir los *calmantes*, sobre todo introducidos por el recto, la *quietud absoluta* y el *silencio*. En los casos en que la perforacion depende de un aneurisma, los *astringentes al exterior*, una *dieta severa* y la *quietud absoluta* forman la base del tratamiento.

## ARTICULO VII.

### ROTURA DEL ESÓFAGO.

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

La rotura del esófago consiste en la perforacion súbita del conducto. Se diferencia de la perforacion propiamente dicha por su manifes-



tacion instantánea. No es circunstancia precisa el que no haya ninguna alteracion anterior de su sustancia, como queria Boyer (1), puesto que de los hechos que ha recogido Mondiere resulta que por lo comun ha precedido á su rotura el reblandecimiento, y sobre todo el *reblandecimiento gelatiniforme* de sus paredes. Los dos hechos mas notables que conocemos han sido referidos por Boerhaave y por Bouillaud; el primero se ha reproducido en la mayor parte de los tratados, y el segundo está espuesto con bastante cuidado en la Memoria del mismo autor acerca de la rotura del esófago, la perforacion del estómago y la dislaceracion de este último órgano (2).

El baron de Vassenaer, gran almirante de la república de Holanda, de excelente constitucion, pero sujeto á ataques de gota, habia adquirido la costumbre de tomar como vomitivos la ipecacuana y la infusion de cardo santo, á fin de librarse de un peso incómodo que sentia en el orificio superior del estómago siempre que hacia algun esceso en la comida, cosa que le sucedia con bastante frecuencia. Este método le probaba tambien que todas las reflexiones fueron insuficientes para lograr que le abandonase. Una tarde, algunas horas despues de una comida abundante, como tardase un poco la dosis de su emético en producirle el vómito, escitó este bebiendo gran cantidad de su infusion acostumbrada y haciendo esfuerzos extraordinarios. De repente sintió un dolor atroz y se quejó de que algo se le habia roto ó dislocado hácia la parte superior del estómago, que se le habian desencajado las visceras del pecho y que su muerte estaba muy próxima. Este hombre, que siempre habia soportado los ataques mas fuertes de gota con una paciencia heróica, gritaba, se revolcaba en el suelo, y un sudor frio, un pulso pequeño y concentrado, y la palidez del semblante y de las estremidades indicaban bien claramente sus grandes padecimientos. Trasladado á su cama, solo pudo permanecer en ella de pié, sostenido por tres hombres y muy encorvado hácia adelante, pues cualquiera otra posicion y el menor movimiento aumentaban sus dolores. En este estado bebió como unas doce onzas tanto de aceite de olivas como de una cerveza medicinal, con lo cual se agravaron todavía mas los accidentes. El médico que le visitaba ordinariamente llegó al cabo de una hora y prescribió una bebida atemperante y fomentos emolientes y anodinos, á lo cual añadió Boerhaave, que fué llamado en seguida, y conforme con su compañero, pociones anodinas, sangrias, lavativas, etc., creyendo que la causa de estos sintomas era una estrechez espasmódica del estómago, congetura tanto mas verosímil cuanto que la region epigástrica se iba elevando de cada vez mas, y que el enfermo, despues de haber ingerido una cantidad tan grande de bebidas, solo espelia algunas gotas de orina espesa y de olor muy prounciado.

(1) Boyer, *Traité des malad. chirurgic.*, 4.<sup>a</sup> ed., 1831, t. VII, p. 154.

(2) Bouillaud, *Arch. de med.*, París, 1823, t. I, p. 331.

Todo fué inútil; el pulso se debilitó sin perder su regularidad; la respiracion se fué haciendo de cada vez mas laboriosa y frecuente y el enfermo murió á las diez y ocho horas en medio de indecibles tormentos.

El mismo Boerhaave hizo la autopsia del cadáver. El peritoneo, los intestinos y el estómago estaban distendidos por una gran cantidad de aire, y este último órgano solo contenia muy corta cantidad de los líquidos que el enfermo habia ingerido. La vejiga se hallaba completamente vacía y tan sumamente contraída que formaba una masa sólida. Las demás visceras abdominales y el mismo diafragma no presentaban nada contrario al estado natural.

La cavidad del pecho contenia gran cantidad de aire, que salia con impetu, produciendo una especie de silbido en el momento en que se hacia una aberturita en la pléura. Los pulmones, deprimidos y descoloridos, nadaban en un liquido semejante al que se habia hallado en el estómago, se estrajeron de las dos cavidades del pecho ciento cuatro onzas de este liquido, peso de Holanda. En la cavidad izquierda y á tres dedos del diafragma habia una especie de tumor de tres pulgadas de diámetro, formado por un tejido celular flojo y como inflado en el que se notaba una rajadura de pulgada y media de longitud y tres lineas de latitud. En el interior de esta dilatacion estaba el esófago dividido en totalidad trasversalmente, y las dos estremidades de la rotura retraidas y retiradas hácia sus inserciones respectivas. Las investigaciones mas detenidas no han podido descubrir úlcera ni erosion en ningun punto de este órgano (Boyer).

Vemos, pues, cuán contraindicadas estaban en este caso las bebidas que tomó el enfermo y las pociones que le administró Boerhaave.

Parechaut (Pedro Luis), de veinte años de edad y constitucion fuerte, aunque pálido y nervioso, sujeto á temblores musculares y que padecia desde la edad de ocho años un flujo purulento del oído derecho, entró en el hospital Cochin el 3 de marzo de 1852.

Hacia unas seis semanas que padecia del estómago, sobre todo despues de las comidas y durante la noche, pero no habia guardado cama hasta hacia cuatro dias. A su entrada presentó los sintomas siguientes: lengua un poco rubicunda y bastante húmeda, anorexia, sed, calor y dolor en la region epigástrica, estreñimiento, pulso vivo y frecuente, escalofrios pasajeros, cefalalgia supraorbitaria, quebrantamiento de huesos y ensueños continuos durante la noche. (*Agua de goma dulcificada, treinta sanguijuelas al epigastrio, lavativas y dieta.*) No sintiendo ya dolor el enfermo despues de esta aplicacion, se le dió sopa por la tarde, y por la primera vez desde el principio de su enfermedad tuvo un vómito.

Al dia siguiente, 9 de marzo, el pulso está tirante, frecuente y dilatado. (*Una sangria de brazo.*) Los dias 10, 11 y 12, continúan los vómitos y el pulso sigue siempre lleno y fuerte, pero poco frecuente.

El 15 por la mañana, temblor; habiendo querido el enfermo levanta-



tarse, vacila y no puede tenerse en pié, pierde la palabra y pronuncia balbuceando algunas palabras ininteligibles. Comisura izquierda dirigida hácia arriba y afuera, imposibilidad de agarrar los objetos con la mano derecha, pupilas dilatadas y movibles y mirada distraida. (*Sangría del brazo y lavativa purgante.*)

El 14 epistaxis; el enfermo comprende nuestras preguntas, pero no puede responder; se impacienta, se agita, se revuelca en la cama y se mete debajo de la ropa. (*Sangría del pié, vejigatorio detrás de la oreja derecha, cuyo flujo se habia suspendido.*)

El 15 alternativas de agitacion y postracion; suspiros y gemidos frecuentes, latidos del corazon muy fuertes y calor en la piel.

El 17 el enfermo se obstina en permanecer échado sobre el lado derecho y me aprieta con fuerza la mano con la que tenia paralizada (la derecha): no responde á nada, suspiros profundos y esfuerzos considerables para espeler las materias fecales en la cama.

El 18 pérdida absoluta de conocimiento, cara contraída, pupilas anchas é inmóviles, pulso muy frecuente, que dá ciento cincuenta pulsaciones, y estertor mucoso muy sonoro; no está torcida la boca; muerte á las nueve.

*Autopsia cadavérica veinticuatro horas despues de la muerte.*

1.º *Hábito exterior.* Gran rigidez cadavérica.

2.º *Cabeza.* Inyeccion de las meninges, ventrículos laterales distendidos por una gran cantidad de serosidad turbia y lechosa; tejido cerebral un poco blando.

3.º *Pecho.* Al abrir el lado derecho de esta cavidad, salen gases; el pulmon correspondiente está enjugado y la pléura contiene en su interior unos dos vasos de un líquido rojo pardusco; la pléura está muy inyectada y presenta varias placas de color rojo vivo. El esófago tiene un poco por encima del cárdias y á la izquierda una perforacion del grandor de la uña, y un poco mas arriba una dislaceracion de pulgada y media de longitud, por la que se ha derramado en el lado izquierdo el líquido que acabamos de indicar, y que no es mas que una parte del contenido en el estómago, mezclado con sangre.

4.º *Abdómen.* Al abrir sus paredes ha salido cierta cantidad de materia líquida derramada en la cavidad del peritoneo. El estómago presenta en su region esplénica cuatro perforaciones dispuestas de modo que forman los cuatro ángulos de un paralelógramo; la mayor tiene el ancho de un ochavo, y las demás ván siendo cada vez mas pequeñas; la membrana mucosa destruida por una ulceracion, lo está en mucha mayor estension que la serosa, que probablemente solo se halla rota, de donde resulta el que estén cortados á bisel los bordes de las perforaciones. La membrana mucosa gástrica está generalmente roja é inyectada, inyeccion que se observa tambien en alto grado en la porcion del peritoneo que está en contacto con el líquido derramado;

la membrana mucosa de los intestinos delgados, del ciego y del colon, está tambien muy inyectada, pero por lo demás sana; el conducto auditivo externo y el oido interno se hallan cubiertos de una materia purulenta poco abundante (Bouillaud).

§ II.—**Diagnóstico y pronóstico.**

Aun cuando en esta segunda observacion no está tan bien determinada como en la primera la época en que se ha efectuado la rotura, se la debe fijar, segun todas las apariencias, en el momento en que el enfermo sintió el temblor y los demás fenómenos nerviosos, y en que cesaron los vómitos. No obstante, como al mismo tiempo habia perforaciones del estómago, debemos emitir nuestro juicio con reserva acerca de este punto, porque la peritonitis ocasionada por el derrame de las materias en la serosa abdominal pudo muy bien haber producido estos fenómenos.

Resulta pues que con tan corto número de hechos seria un error el querer trazar una historia completa de la rotura del esófago; pero los ejemplos que acabamos de citar bastan (sobre todo si se los pone en relacion con los hechos de perforacion del peritoneo, que presentan sintomas análogos) para indicarnos lo siguiente: si en un enfermo que acusa un dolor mas ó menos intenso en el conducto esofágico y trastornos mas ó menos manifiestos de la deglucion, se observa de repente y durante un esfuerzo un dolor sumamente agudo en un lado del pecho, que se estiende con rapidez por toda la cavidad de la pléura, y acompañado de un estado general grave, constituido por temblor, enfriamiento de las estremidades, aproximacion de los miembros hácia el tronco y tendencia á envolverse debajo de las ropas de la cama, ó bien por una agitacion y una ansiedad extremas, con frecuencia y pequeñez notable del pulso y el cuerpo encorvado hácia adelante, se podrá diagnosticar una rotura del esófago. Este diagnóstico será mucho mas seguro si por una parte no se ha notado en el pulmon ninguna lesion que haya podido producir la perforacion de este órgano (*gangrena, apoplejia pulmonar, tubérculos*), y por otra hay seguridad de que han aparecido los accidentes en el momento de la deglucion ó en un esfuerzo de vómito.

Esta afeccion es muy grave. La rapidez con que se ha verificado la muerte en el caso que observó Boerhaave es una prueba suficiente.

§ III.—**Lesiones anatómicas.**

Una solucion de continuidad de forma prolongada é irregular, de bordes rasgados, constituye el carácter de la rotura del esófago. En algunos casos se han hallado los puntos inmediatos á esta rasgadura blandos y presentando ese género de alteracion á que se ha dado el nombre de *reblandecimiento gelatiniforme*, de lo cual ha citado Blan-



din dos casos notables (1). Mondiere llega á creer que en el mayor número de veces es necesaria esta lesion preparatoria para que se verifique la rotura del esófago.

El derrame de las sustancias ingeridas se efectúa ordinariamente en una de las dos pléuras; así se halla en estas cavidades un líquido semejante á las bebidas que ha tomado el enfermo, líquido que puede estar mezclado con sangre, como en el caso citado por Bouillaud. Además se nota en la cavidad serosa la presencia de falsas membranas que caracterizan la inflamacion intensa producida por la materia derramada. En los casos que ha observado Blandin, las bebidas habian penetrado en el *mediastino posterior*.

#### § IV.—Tratamiento.

Apenas debe haber esperanza de obtener un resultado favorable; sin embargo, se pueden evitar al enfermo muchos dolores y conservar algunas probabilidades de salvacion.

En la observacion que cita Boerhaave hubo despues del accidente ingestion de una cantidad notable de líquidos, que saliendo por la solucion de continuidad, debian ir necesariamente á irritar la pléura y aumentar la gravedad del padecimiento. Si hubiese pues motivo para creer la existencia de una rotura del esófago, seria preciso prescribir ante todo una *abstinencia completa de bebidas*, y limitarse para *engañar la sed* á lavar la boca con *líquidos acidulados* y á deshacer en ella algunos *pedazos de hielo*. Si ya el enfermo hubiese bebido, el exámen de la pléura y del estómago serviria para que el médico conociese que era necesario suspender el uso de líquidos, porque por la auscultacion y la percusion reconoceria el derrame en la pléura, y por el último de estos dos medios notaria la vacuidad del estómago.

Tambien se debería ensayar en estos casos el *cateterismo del esófago*, á fin de introducir las bebidas en el estómago, y hasta alimentos líquidos si se creia conveniente. Es evidente que uno de los peligros de esta operacion en tales casos, seria el que penetrase la sonda en la pléura al través de la solucion de continuidad; pero los medios de diagnóstico que acabamos de indicar serian tambien útiles para conocer si se habia seguido esta especie de camino falso. En todos los casos se debería empezar por inyectar tan solo una corta cantidad de un líquido mucilaginoso, y si se notase que aumentaba la estension del sonido á macizo en la cavidad de la pléura permaneciendo el estómago vacío, y sobre todo si en el momento de la inyeccion se exacerbaba el dolor pleurítico, seria preciso apresurarse á retirar la sonda para hacerla recorrer otro trayecto; por último, si se hallasen demasiados obstáculos se deberían suspender enteramente estas tentativas. Claro está que

(1) Blandin, *Dict. de médecine et de chir. pratiques*, t. XII, p. 141.

para practicar este cateterismo solo se debe emplear una simple *sonda de goma elástica*.

El tratamiento variará en seguida, segun que se haya logrado hacer llegar una sonda al estómago ó que hubiese sido inútil esta tentativa. En el primer caso se introducirán por la sonda los diversos medicamentos, y en el segundo será preciso dirigirlos al conducto intestinal por medio de lavativas.

Carecemos de esperiencia para saber de un modo positivo á qué medicamentos se debe dar la preferencia; pero si consultamos la analogía, y si aplicamos á la rotura del esófago lo que se ha hecho en los casos de peritonitis sobreaguda consecutiva á una perforacion, diremos que los *opiados* deben ocupar el primer lugar. En efecto, veremos en el artículo *Peritonitis* que Graves y Stokes han obtenido ventajas notables en esta última enfermedad de la administracion del *láudano* á altas dosis. Así pues se prescribirán *veinte, treinta* y hasta *cuarenta gotas de láudano* en una pocion para tomar á cucharadas de media en media hora, y se aplicarán al pecho grandes *cataplasmas laudanzadas*.

En el caso en que no se puedan introducir los medicamentos en el estómago por medio de la sonda, repito que es preciso aplicar los *narcóticos* al intestino, dándolos á altas dosis; *treinta, cuarenta* ó *cinquenta gotas de láudano* en una lavativa repetida mañana y tarde, podrán llenar esta indicacion. Es evidente que no se debe temer el narcotismo que este tratamiento puede producir al enfermo, porque los accidentes son tan graves, que en comparacion este narcotismo es un inconveniente muy ligero.

En circunstancias semejantes á las que aquí suponemos se aplican por lo comun *rubefacientes* á las extremidades con el objeto de escitar el organismo de un modo general, y tambien para ejercer una *derivacion*. Entonces se recomiendan generalmente las *cataplasmas sinapizadas*, los *sinapismos* y un *calor fuerte*, cuyos medios no pasan de simples ayudantes.

El enfermo debe guardar *silencio* y permanecer en una *quietud absoluta*, porque cualquier movimiento pudiera agravar los síntomas. Debe *mantenerse el vientre libre*, y obligar al enfermo á que permanezca echado en la misma posicion.

Si se toman bien todas las precauciones anteriormente espuestas, y si la afeccion es enteramente local, como en el caso citado por Boerhaave, se podria obtener la cicatrizacion de la solucion de continuidad.