

ARTÍCULO VIII.

CÁNCER DEL ESÓFAGO.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Poco se ha estudiado el cáncer del esófago de un modo especial, pues la mayor parte de los autores le han colocado en la *disfagia por causa orgánica*, como lo ha hecho Boyer (1), ó en la *estrechez del conducto alimenticio*. Sin embargo, la ciencia posee un número bastante grande de observaciones que se refieren evidentemente al *escirro* ó al *encefaloides* del esófago. En este orden de enfermedades se deben colocar las *carnosidades* halladas por Galeno (2), las *carúnculas* nacidas de las úlceras esofágicas que indica Silvio, y sin duda algunos de los *pólipos* descritos por los autores que les han seguido. Lieutaud ha reunido varios casos de estos que tomó de diversos autores, y que cita con el nombre de *Esophagus scirrhus*, y finalmente, en estos últimos tiempos Cruveilhier y otros han referido ejemplos notables de esta enfermedad.

No obstante, es preciso decir que el cáncer del esófago es bastante raro, y que es infinitamente menos frecuente que el del estómago; porque si en efecto consultamos un cuadro presentado por Tanchou á la academia de Ciencias, hallamos que entre 9118 casos de cáncer, habia 2505 que residían en el estómago, y solo 15 en el esófago. Aun cuando es indudable que este estado no es completamente exacto en razon á que está sacado de los registros de mortandad de la villa de París, en los cuales no siempre están bien comprobadas las causas de la muerte, sin embargo parece muy digna de notarse la gran diferencia que existe entre la frecuencia del cáncer en estos dos órganos (3).

§ II.—Causas.

No nos detendremos mucho tiempo en tratar de las causas de esta enfermedad, porque es asunto que volveremos á ocuparnos al hablar del *cáncer del estómago*, y que espondremos entonces con algunos detalles. Solo diremos aquí que el mayor número de cánceres se han observado en una época bastante avanzada de la vida, pero que sin embargo se manifiesta á veces, como los de los demás órganos, antes de la vejez, puesto que Lieutaud cita dos ejemplos en los que los sujetos no pasaban de treinta y cinco años. No se han hecho investigaciones especiales relativamente al *sexo*, respecto al cáncer que tiene su asiento en el esófago.

J. Frank ha hallado que entre los sujetos que han sido objeto de

(1) Boyer, *Traité de malad. chir.*, t. VII, p. 169.

(2) Galeno, *De sympt. caus.* lib III, cap. II.

(3) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851, pag. 92 y sig.

sus observaciones, muchos habian padecido *escrófulas* en su niñez, otros habian sido acometidos de afecciones *artríticas* hácia la mitad de la vida, algunos habian soportado *grandes fatigas*, y la mayor parte *abusaban de las bebidas alcohólicas*. Ya se comprende que sería necesario repetir estas investigaciones sobre otras bases para que pudiesen inspirar alguna confianza. Se ha citado (1) un ejemplo de *herencia*, que recayó en una mujer que padecía un *escirro* del esófago y cuya madre y hermana habian sufrido la misma enfermedad. (Para mas detalles véase CÁNCER DEL ESTÓMAGO.)

§ III.—Síntomas.

La *invasión* ó principio se indica en las observaciones de una manera imperfecta, y así solo podemos determinarla por síntomas bastante vagos. En la mayor parte de los casos ha habido al principio una *sensacion de incomodidad* mas bien que un verdadero dolor, incomodidad que los enfermos sentían en un punto del esófago que podían marcar con el dedo. Es notable que este sintoma aparezca fijo en un punto limitado, é indica el *asiento de la enfermedad*. Segun algunos autores, el punto afectado con mas frecuencia es la parte inferior del conducto musculoso, mas no porque así conste de una estadística exacta de las observaciones; sin embargo, á veces existe el cáncer en la reunion de la faringe con el esófago, y Baillie ha visto uno que ocupaba toda la estension del órgano (2). En algunos casos se ha observado tambien que esta afeccion se estendia de la faringe al esófago.

A la incomodidad que acabamos de indicar acompaña pronto una *dificultad* mas ó menos notable *de la deglucion*, que se manifiesta principalmente al tragar alimentos sólidos, siendo preciso para que puedan pasar estos alimentos que vayan muy triturados, y aun con esta precaucion experimentan los enfermos una sensacion de obstáculo en el punto anteriormente indicado. No obstante, los líquidos pueden ingerirse con bastante facilidad.

Estos síntomas son los signos de una *estrechez* ocasionada por el tumor canceroso, estrechez que no ha llegado todavía á un grado estremo; así es que permanecen estacionarios durante un tiempo muy variable, y se han visto continuar de este modo por espacio de muchos años. Pero por lo comun se van haciendo de cada dia mas notables, lo cual indica los progresos de la estrechez, y cuando ya llega esta á un alto grado, la deglucion, hasta de los líquidos, es sumamente difícil y á veces imposible. Entonces se agrega á los síntomas precedentes un nuevo signo en que Michaëlis ha insistido principalmente (3), el *vómito*, que unas veces se verifica casi al momento y otras

(1) *The London medic. Reposit.*, noviembre de 1818.

(2) Baillie, *Anat. pathol.*, Paris, 1815, en 8.º

(3) Michaëlis, *Dissertatio de vomitu ex œsophagi glandula schirrhosa*, 1770.

cierto tiempo despues de la ingestión. Cruveilhier ha observado un caso en que los alimentos y las bebidas han estado detenidas durante muchos días y han sido al fin vomitados en grande abundancia: entonces hay una dilatación considerable por encima del punto estrechado. Farquharson (1), que ha observado casos en que los alimentos estaban detenidos durante muchas horas, ha notado que entonces habia una sensación de plenitud y un dolor violento en el pecho y en la espalda. La materia de los vómitos se compone de las bebidas mezcladas con mucosidades mas ó menos abundantes, y en las que nadan los alimentos poco ó nada digeridos.

En una época adelantada de la enfermedad, la incomodidad anteriormente indicada se cambia en un dolor fijo mas ó menos vivo, que aumenta notablemente en el acto de la ingestión de los líquidos y sobre todo de los sólidos, cuyo cambio se ha atribuido á la ulceración de los tumores carcinomatosos. Entonces es cuando especialmente sobrevienen los vómitos con prontitud, aunque á veces se efectúan ciertas modificaciones en la lesión del esófago que pueden facilitar la retención de las materias. Así ha sucedido en el caso que cita Moutard-Martin (2), en el que habiendo abierto la ulceración una gran cavidad en la sustancia pulmonar, se acumulaban las materias ingeridas en esta bolsa preter-natural.

En la época de la ulceración del cáncer sobrevienen por lo comun, segun los autores, *hemorragias considerables* del esófago.

Segun J. Frank (3), comprimiendo por los lados y detrás de la traquearteria, en la parte inferior del cuello, se ha podido á veces reconocer la *tumefacción* y la *induración* del esófago escirroso ó recurriendo á la percusión. Pero hay un medio de exploración con el que se puede diagnosticar de un modo mas seguro la presencia del obstáculo en el conducto alimenticio: este medio es el *cateterismo del esófago*, pues llegando la sonda á cierta altura, se encuentra detenida, y si el cáncer está ulcerado, puede traer en su estremidad una *materia saniosa* que cubre la ulceración.

Al paso que se observan estos *síntomas locales*, se presentan otros *síntomas generales* que ilustran al médico acerca de la naturaleza de la lesión. Como los alimentos son arrojados á poco tiempo de su ingestión ó quedan detenidos en una cavidad en que no se efectúa la digestión, esto llega á producir pronto un *deterioro considerable*; el *enflaquecimiento* hace progresos rápidos desde el instante en que la deglución llega á ser muy difícil; pronto aparece una *debilidad* suma, hay un *desaliento* notable, y poco despues todos los síntomas del cáncer, como *tinte amarillo de paja térreo*, *languidez*, *marasmo*, *fiebre lenta*, etc., se manifiestan y persisten hasta el último momento. Niemeyer (4) ha

(1) Farquharson, *Memoires de la Soc. de Londres*, t. II.

(2) Moutard-Martin, *Biblioth. mék.*, t. XXXIV.

(3) José Frank, *Prax. med.*, etc., pars. III, t. I, sect. II.

(4) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, trad. Culmann, t. I, p. 521.

indicado el edema de los piés y la formación del trombus en las venas de los muslos.

El doctor Pfeufer (1) ha observado un caso de cáncer del esófago que ha invadido y perforado la aorta, lo cual produjo dos *vómitos de sangre arterial*, el primero de unos 1500 gramos. El doctor Barret (2) ha visto un escirro del esófago que atrofió el nervio recurrente laríngeo y produjo la *pérdida completa de la voz*.

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

Al esponer los síntomas hemos trazado el *curso* de la enfermedad. En general se puede decir que la enfermedad tiene larga *duración*. Algunas veces se observa que despues de haber persistido por mucho tiempo, marcha de pronto con rapidez, cuyo curso rápido de todos los síntomas ha inclinado á los autores á atribuirle á la ulceración. En cuanto á la *terminación*, es constantemente mortal.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Son variadas. Unas veces se hallan tumores de naturaleza escirrosa, de color blanco nacarado, duros, que rechinan al cortarlos con el escalpelo, y que ocupan el espacio intermedio entre las diversas tunicas del esófago, de lo cual cita Mondiere varios ejemplos; otras se nota la presencia de la materia cancerosa infiltrada en capas estratiformes y rodeando las paredes en una porción mayor ó menor de su estension, de modo que disminuyen el calibre del esófago, dando lugar á la coartación cancerosa (Niemeyer); y finalmente, en algunos casos se encuentra una especie de setas cancerosas, blandas, sobre todo por ciertos puntos, infiltradas de una materia lacticinosa, de color blanco rosado y que presentan los caracteres del cáncer encefaloides. Entonces las tunicas están mas ó menos confundidas al nivel de esta alteración y aumentadas de grosor en las partes inmediatas; así, por ejemplo, las fibras musculares llegan á tener el doble ó el triple de su volumen ordinario. La ulceración que invade estas partes las destruye en una profundidad mayor ó menor, y de aquí pueden resultar perforaciones que hacen comunicar al esófago con las cavidades inmediatas, ó que forman bolsas adicionales como en el caso que cita Moutard-Martin. La dilatación de la parte superior del esófago y el engrosamiento de sus membranas son una consecuencia de la estrechez y de la obliteración causada por el cáncer, y la parte situada por debajo de la lesión se halla por el contrario replegada sobre si misma y presenta una disminución de calibre mas ó menos marcado.

(1) Pfeufer, *Zeitschrift für rat. Medicin.*, Bd. III, Heft. 5.

(2) Barret, *The Lancet*, London, mayo de 1847.

§ VI.—**Diagnóstico y pronóstico.**

Se deduce de los síntomas locales y de los fenómenos generales. Por los primeros se distingue, especialmente en el principio de la enfermedad, el cáncer del esófago de la constricción espasmódica ó *esofagismo*. En la *constricción espasmódica*, los accidentes se presentan por lo comun de pronto y se hacen con rapidez muy intensos, de tal modo que ya desde los primeros dias el obstáculo se opone enteramente á la deglucion, y las materias ingeridas son arrojadas por el vómito. En los casos en que la constricción no ha llegado á tan alto grado, la deglucion, aunque difícil, se ejecuta todavía por completo, aunque solo con lentitud: además, hay casi siempre otros síntomas nerviosos, tales como fenómenos histéricos que ilustran al médico acerca de la naturaleza de la enfermedad. Ya hemos dicho que en el *cáncer del esófago* los primeros síntomas consisten, por el contrario, en una incomodidad que tiene su asiento fijo, y en la dificultad y lentitud con que se hace la deglucion de los alimentos sólidos, y que además no hay síntomas nerviosos.

La *estrechez orgánica* del esófago de *naturaleza no cancerosa* es mucho mas rara de lo que han supuesto los autores que no han investigado bastante la existencia del cáncer. Los ejemplos auténticos de esta lesion deben referirse casi todos á una alteracion producida por la permanencia de cuerpos estraños ó por la ingestion de venenos cáusticos, y principalmente de los ácidos (Bayle, Chamillard). El conocimiento de la causa es de gran valor para el diagnóstico. Además, como los síntomas de estenuacion solo están en relacion con la dificultad de ingerir los alimentos, de aquí resulta que no se observan tan pronto los signos de caquexia.

§ VII.—**Tratamiento.**

El *tratamiento* no puede ser mas que paliativo.

El primer medio que se presenta es hacer penetrar fácilmente las bebidas y los alimentos en el estómago, y oponerse á los progresos de la estrechez, para lo cual hay que poner en práctica el *cateterismo del esófago*. Mas adelante indicaremos el modo como debe procederse, y solo diremos ahora que es preciso obrar con grandes precauciones, porque habiendo deformidad en las partes, sería fácil herir tejidos ya afectados y provocar una ulceracion de curso rápido. Cuando se ha logrado atravesar el obstáculo é introducir la sonda en el estómago, se hace uso de este medio para inyectar *alimentos semilíquidos*, y además aumentando gradualmente el volúmen de las sondas se ensancha el paso. Para efectuar la *dilatacion*, se deja la sonda fija todo el tiempo que el enfermo pueda soportarla; pero por lo comun es tan grande la incomodidad que produce, que hay precision de retirarla inmediata-

mente despues de la ingestion de los líquidos alimenticios, y de proceder en seguida de nuevo al cateterismo. Otras veces hay necesidad de retirar la sonda despues de haber permanecido aplicada por espacio de una ó mas horas.

Este medio es solo paliativo, y muy pronto llega á ser imposible su uso. Por este motivo varios autores se han opuesto fuertemente á este modo de tratar la estrechez cancerosa. Niemeyer se encuentra en este número.

El *extracto de cicuta*, la *belladona*, los *antimoniales* y las *preparaciones mercuriales*, medios de que habitualmente se hace uso, pero sin que haya un solo hecho bien comprobado que demuestre su eficacia.

Se han recomendado tambien las *fricciones mercuriales* al pecho, los *cauterios* y las *moxas*; pero como no se ha demostrado el valor de estos medios, y los últimos causan al enfermo dolores inútiles, debemos limitarlos á indicarlos.

Las *bebidas mucilaginosas*, las *pociones oleosas*, en una palabra, las sustancias destinadas á lubricar el esófago, y que son propias para facilitar el paso de los alimentos cuando la dificultad de la deglucion no ha llegado todavía á su mas alto grado.

Si fuese imposible la alimentacion por la parte superior de las vias digestivas, se introducirán en el recto por medio de *lavativas*, sustancias nutritivas, tales como *caldos*, *yemas de huevo desleidas*, etc.; pero no tarda en ser tambien inútil este último y débil recurso, y el enfermo sucumbe en el marasmo.

ARTÍCULO IX.

DEGENERACIONES CARTILAGINOSAS Y ÓSEAS.

Solo diremos dos palabras acerca de estas lesiones, de que la ciencia posee ejemplos notables. Despues de observarse síntomas de disfagia semejantes á los que hemos citado anteriormente y que pueden durar por mucho tiempo, de lo cual Lieutaud (1) refiere varios casos, se hallan en el esófago *anillos cartilagosos* y *óseos*, al nivel de los cuales puede estar estrechado este conducto en el mas alto grado; pero como esta lesion es superior á los recursos del arte, no debe detenernos por mas tiempo.

ARTICULO X.

DILATACION DEL ESÓFAGO.

§ I.—**Causas.**

Esta alteracion puede ser total ó parcial. Cuando solo se afecta una pared resultan *divertículos* mas ó menos considerables. Las dilata-

(1) Lieutaud, *Hist. anat.-medica*, t. II.

ciones patológicas del esófago se han referido, como dice Velpeau (1), á las tres causas siguientes: 1.ª á la *hernia de la membrana mucosa* al través de una rasgadura de la muscular; 2.ª á la permanencia prolongada de *cuerpos 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 espulsión 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 varía la longitud de una vértebra según 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, halláramos por el contrario que esta enfermedad es muy rara, y que solo se presenta por lo comun, como ya hemos advertido, á consecuencia de una lesión profunda del esófago ocasionada por la presencia de un cuerpo extraño ó por los cáusticos. Mas por desgracia, en el estado actual de la ciencia, no es posible hacer esta distinción de un modo exacto, y aun cuando en la mayor parte de los casos no se deba considerar á la estrechez como una enfermedad independiente, conviene no obstante

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

(2) Follin, *Des retrecissements de l'oesophage*, Paris, 1833.

(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 Inflammatorias;
- 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 aqui 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, ¿había 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'oesophage*, 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 *zumo 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 sí 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 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 experimentó 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.» ¿Había 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 resida fuera del esófago, y hé aqui cuáles son en estos casos, segun Boyer, las causas que producen la disfagia. «Puede depender, dice este autor, de la *tumefaccion estraordinaria 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. 182.

(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 mas 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 aqui 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 tambien efecto de una inflamacion aguda ó crónica, de una induracion ó solamente de una retraccion consecutiva, de una afeccion escirrosas 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 sintoma que se manifiesta es una *incomodidad mas bien que un dolor en un punto fijo* del esófago,

(1) Gendron, *Du catheterisme curatif. des retrecissements de l'oesophage*. (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 sintoma 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 transmitido 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 espectoran 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