

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

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

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

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

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

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

La enfermedad presenta en algunos casos una marcha particular.

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

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

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

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

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

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas varían segun la causa de la estrechez.

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

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

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

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

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

Con frecuencia participan de la inflamacion los órganos inmediatos (Lebert); otras veces están comprimidos y alterados en sus funciones. Se observan alteraciones de la tráquea, de los bronquios, del pulmon y de la aorta, que puede perforarse, dando origen á una hemorragia mortal (Flower (3), Lancereaux), (4). Los nervios y los gánglios inmediatos pueden estar comprimidos y alterados.

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

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

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

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

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

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

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

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

(3) Flower, *The Lancet*, 25 de junio de 1853.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ VII.—Tratamiento.

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

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

(1) Laennec, *Révue médicale*, t. VIII, p. 47.

(2) Henry, *Ephém.*, t. VI, p. 219.

(3) Bouillaud, *Traité des malad. du cœur*, Paris, 1824, p. 110.

(4) Bertin, *Bull. de la Soc. Méd. d'émul.*, 1812, p. 14.

(5) Ouvrard, *Diss. inaug.*, Paris, 1814, núm. 53, p. 25.

(6) Raikem, *Bull. de la Fac.*, 1812.

(7) Laennec, *Traité de l'auscultation médite*.

(8) Fizeau, *Bibl. med.*, t. LIII, p. 68.

(9) Fauconneau-Dufresne, *Tésis*, 1824, núm. 220, p. 25.

(10) Sauvages, *Nosol. method.*, t. VIII, p. 81, 1.ª edicion.

(11) Ducamp, *Traité des retentions d'urine*, Paris, 2.ª ed., 1823, p. 177.

(12) Mondiere, Memoria citada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Gendron, *Arch. gen. de med.*, 3.^a série, t. XIV, p. 448.

(2) Trousseau, *Journ. de conaiss. medico-chirurg.*, 1.^o de julio de 1848; extracto de la *Gazette des hôpitaux*, 15 de enero de 1848.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Worbe, *Mém. de la Soc. méd. d' emul.*, t. I, p. 224.

(2) Velpeau, *Méd. de opér.*, t. III, p. 688.

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

Los accidentes pueden aumentar momentáneamente despues de la cauterizacion, y que deben emplearse para calmar esta irritacion pasagera los *antiflogísticos*, los *atemperantes*, los *líquidos oleosos* y *mucilaginosos* y los *baños*.

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

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

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

5.º *Incision y escarificacion.* Las escarifi-

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

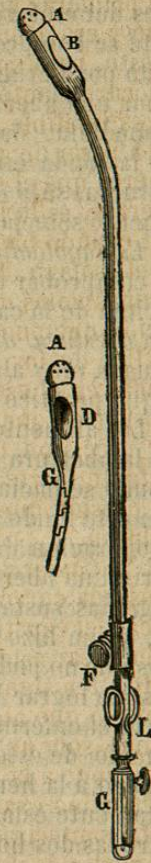


Fig. 21.—Porta-cáustico de Lallemand y Amusat, modificado por Secretan.—A. Estremidad olivar destinada á facilitar la introduccion.—B. Cubeta en la que se coloca el cáustico; esta cubeta se coloca en la vaina.—G. Cadena articulada que sirve para hacer salir el vástago que contiene la cubeta merced al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