

El tratamiento casi es nulo, en tanto no se colecciona el pus. Es verdad que algunos han pretendido cortar el vuelo de la flegmasía, haciendo grandes aplicaciones de sanguijuelas en el cuello, por debajo de los ángulos de la mandíbula, ó empleando una série de tópicos resolutivos, emolientes ó calmantes; pero no creemos en su eficacia por la profundidad de la lesion. La experiencia enseña que la faringitis flegmonosa marcha á la supuracion, é ínterin ésta se constituya casi nos hemos de reducir á los medios dietéticos comunes y á moderar la fiebre con algun medio antipirético; pero así que por la coloracion del tumor, y sobre todo por la blandura que fácilmente apreciaremos con el dedo, nos convenzamos de que el flemon ha supurado, es preferible intervenir sajando el tumor ámpliamente, no solo para dar salida al pus, si que tambien para desbridar los tejidos. Pero entiéndase, que si en cualquier momento de la evolucion morbosa tememos que las partes se estrangulen ó que *aparezcan accesos dispnéicos*, hemos de proceder desde luego á seccionar todo el grueso del tumor, importándonos poco que no se haya establecido aún la supuracion.

En cuanto á la técnica operatoria, nada más sencillo. Con un bisturí largo de punta, ó aún mejor con un escalpelo, protegiendo ó no parte de su filo con un vendote para no herir la úvula ó los pilares, se penetra en todo el espesor del tumor y se extiende la incision de arriba á abajo. Despues de abierto se pueden emplear, hasta la cicatrizacion definitiva, pulverizaciones ó inhalaciones antisépticas, como ácido bórico, alcohol fenicado, timol, ácido salicílico, etc.

#### ANGINA TONSILAR. — AMIGDALITIS.

La amigdalitis puede ser aguda y crónica, unilateral y doble.

## A. — AMIGDALITIS AGUDA (ESQUINANCIA).

Cuanto se ha indicado en la etiología de la angina catarral aguda, tiene aquí aplicación; pero hoy nos hallamos ya en el caso de suponer que algunas amigdalitis son infecciosas. Bouchard, Landouzy y otros han observado que á menudo la angina tonsilar va acompañada de nefritis albuminúrica, y que otras veces, á la par que aquel afecto de la garganta, se desarrollan complicaciones por parte de los órganos genitales (orquitis, ovaritis). Precisamente, lo propio ocurre en el curso de otras enfermedades decididamente infectivas, como la viruela, la puohemia, la fiebre tifoidea, etc. Además, la aparición semi-epidémica, en ocasiones, de la amigdalitis, la poca armonía que á veces resulta entre el proceso local y una alta pirexia, y sobre todo, el frecuente desarrollo de la angina durante los graves procesos infectivos, todo hace verosímil la creencia de que en la patogenia del proceso que nos ocupa, juegan algun papel ciertos gérmenes aún no clasificados.

Pero como nos cuidamos bastante de no caer en la exageración de muchos, hemos de decir, que si la aparición de la albúmina en la orina es tal vez el carácter más sobresaliente de las amigdalitis infecciosas, debe tambien afirmarse que la clínica observa muchos anginosos con integridad renal completa, lo que vendría á demostrar que la amigdalitis, como muchos otros procesos, puede tambien evolucionar en virtud de otras causas. Así para nosotros es indudable que la acción del frío basta á producir anginas tonsilares, de naturaleza no infecciosa; y en comprobación de este aserto, no olvidaremos apuntar que es tambien comun ver mujeres que en cada época menstrual padecen una angina, como si se estableciera un enlace estrecho entre el funcionalismo ovárico y la patología de las fáuces; y precisamente tales repeticio-

nes, que tambien se observan con indiferencia de sexo en otras circunstancias, no constituyen la característica de la infecciosidad.

**Anatomía patológica.** — Las lesiones no se circunscriben, de ordinario, á las amígdalas y al tejido celular que las envuelve, sino que se propagan tambien á la membrana mucosa de casi todo el istmo de las fáuces; por manera que se trata á la vez de una angina parenquimatosa y catarral. Por lo que se refiere al daño tonsilar, se comprende que más se acentúa en la membrana mucosa, en el tejido celular subyacente y en el conjuntivo inter-lagunar (peri-amigdalitis), que en la misma amígdala; á pesar de que ésta no deja de entumecerse, en virtud de una infiltracion linfóidea y sanguínea.

De todas maneras, las lesiones son muy variadas. A veces (*amigdalitis lacunar*) hay simplemente catarro de la mucosa con abultamiento tonsilar y unos depósitos blanco-amariillentos en las criptas del órgano, á modo de un caseo compuesto de moco, células epiteliales, glóbulos de pus, bacterias, detritus y, con mucha frecuencia, agujas de ácido sebáico y colessterina (Strümpell). En otros casos, á más del catarro, se flogosea toda la atmósfera de tejido que envuelve la amígdala y aparece un trabajo supurativo que se acentúa más hácia afuera y arriba ó en el mismo espesor del pilar anterior. Por último, en otros casos la invasion es total, y se llega al extremo de que el órgano en masa queda ingurgitado sin supurar, ó que tambien en el espesor del parénquima se forme pus.

**Sintomatología.** — A todos ó á la mayor parte de los síntomas descritos en la angina catarral aguda, deben añadirse los propios de la amigdalitis. Examinadas las fáuces, se ven ambas amígdalas, ó una sola, tumefactas, y la hinchazon creciente puede llegar al extremo de cerrar por completo el istmo, quedando la úvula como aprisionada entre el doble tumor, á menos que se disloque adelante ó atrás empujada por

éste; la membrana mucosa que las cubre está inyectada, pero sin aquel vivo encendimiento que se observa en el velo palatino afecto de angina catarral, y sobre su superficie es comun ver algun exudado blanco y pultáceo que se concreta rellenando las criptas tonsilares. A medida que aumenta la ingurgitacion, va haciéndose difícil el movimiento de la mandíbula, tanto, que algunos enfermos no pueden abrir la boca. El dolor de garganta, que se extiende hácia el oido, cuello y ramas ascendentes del maxilar, es vivo, sobre todo en los actos de deglucion, que, por otra parte, el reflegismo los hace frecuentes y casi inevitables, á lo cual tambien contribuye el aumento de secreciones de moco y saliva, excitadas por la angina. La voz es gangosa y nasal al propio tiempo, notándose que todos los actos fonéticos avivan el sufrimiento. Se ingurgitan á veces los ganglios inframaxilares, pueden tambien fluxionarse las parótidas, y en virtud de todo esto el enfermo apenas puede mover el cuello y suele estar con la cabeza en ligera flexion y un tanto inclinada hácia el lado donde la amigdalitis es más intensa.

La fiebre es casi constante, y aún lo es más un catarro agudo del estómago, que contribuye, junto con el daño bucal, á la fetidez que despide el aliento del enfermo. Conforme queda indicado, si la amigdalitis es infecciosa, aparece la albuminuria.

Con este síndrome, no se ha de extrañar que el paciente esté agitado y que apenas logre un momento de descanso.

El cuadro descrito puede sostenerse hasta siete ú ocho dias, y entonces comienza la resolucion del mal, ó se ha dado tiempo para que la angina haya terminado por supuracion, abriéndose el absceso. Si ocurre esto último, el pus se abre camino por la boca, y el enfermo escupe una mezcla de pus, saliva y sangre, ó hácia la faringe y es deglutido: de todos modos, la abertura del tumor coincide con un notable alivio

experimentado por el enfermo, gracias á que cesan pronto los fenómenos de estrangulacion.

Cuando se trata de una amigdalitis lacunar solamente, y no del flemon de la amígdala, todos los síntomas descritos quedan muy rebajados.

**Curso y terminaciones.** — En la inmensa mayoría de casos, aun suponiendo la forma de amigdalitis más graduada, la enfermedad termina en poco más de un septenario, y la reintegracion fisiológica se opera por completo. Pero importa señalar ciertas complicaciones, aunque muy excepcionales, que pueden ocurrir, así como otras terminaciones no tan favorables.

La angina tonsilar ocasiona á veces por propagacion un edema de la glotis (accidente de gravedad extraordinaria) ó embarga la circulacion encefálica, dando lugar á una congestion cerebral, ó produce una trombosis de las venas yugulares, ó afecta la forma hemorrágica y hasta la gangrenosa. Grisolle, cuya veracidad no puede ponerse en duda, nos habla de la ulceracion de la carótida interna, posibilidad explicable por las relaciones íntimas que tiene este vaso con las amígdalas. Además, en los casos de infecciosidad, el estado general del enfermo puede acentuarse, como en cualquiera otra afeccion infectiva.

Prescindiendo de esas que no son más que contingencias, la amigdalitis puede terminar por resolucion, por supuracion ó por induracion del tejido, en cuyo caso no es difícil la conversion de un proceso agudo en otro de cronicidad. Esto es tanto más fácil, cuanto la amigdalitis aguda es un proceso que tiende á recidivar, y si no se alcanza una resolucion completa, se concibe que quede constituida una verdadera suma de factores, y que cada vez las tonsilas vayan quedando en peor situacion.

**Diagnóstico.** — Si la tumefaccion de la parte no impide que el enfermo abra la boca para ser inspeccionado, el diag-

nóstico no puede ofrecer la menor dificultad ; pero es el caso que la amigdalitis es una enfermedad de conocimiento tan expedito, que la diagnosticamos, aunque el enfermo, por inmovilidad de la mandíbula, no permita el reconocimiento directo. En este caso, por lo mismo que no puede abrir la boca, y por la disfagia, la ingurgitacion del cuello, la posicion de la cabeza y el timbre de la voz, conocemos que se trata de una angina tonsilar.

La erupcion de las últimas muelas da lugar en algun caso á fenómenos parecidos, y personas adultas hay en quienes ese trabajo de denticion laboriosa ocasiona dificultad de deglutir y tambien de abrir la boca ; pero ni ambas cosas, sobre todo la primera, llegan á tal extremo, ni hay alteraciones de la voz, ni fiebre, y el curso del mal es más prolongado.

**Pronóstico.** — De lo que se acaba de decir se desprende que la amigdalitis aguda no constituye de ordinario una enfermedad peligrosa, y que si se ha de admitir la posibilidad de alguna complicacion, debe ser tan remota, que no basta para variar el concepto pronóstico establecido. Por nuestra parte, podemos asegurar no haber visto hasta ahora un sólo caso desgraciado, siendo así que se trata de una enfermedad frecuentísima en el punto en donde ejercemos.

El temor que debe abrigarse cuando se trate de un enfermo muy reincidente es el de la cronicidad ; por manera que en este caso debe acentuarse un tanto el pronóstico.

**Tratamiento.** — Los medios profilácticos y abortivos aconsejados contra la angina catarral aguda tienen igual aplicacion aquí ; pero los segundos son muchas veces estériles, excepto en la amigdalitis lacunar.

Desarrollada ya la afeccion, si reviste esta última forma, podremos tratarla con el uso interno del clorato de potasa ó del benzoato de sosa (al 1 por 100), adicionando á estos medicamentos la tintura de acónito y de belladona. Tambien

serán ventajosas las inhalaciones ó las pulverizaciones con soluciones de las mismas sustancias ó de sulfato de alúmina puro ó de ácido bórico (al 1 ó 2 por 100).

Si se trata de una amigdalitis más profunda, flemonosa, podrán emplearse iguales recursos en tanto pueda el enfermo deglutir y abrir la boca, pues se llega al extremo de una imposibilidad absoluta. Algunos clínicos prefieren los tópicos emolientes; pero, á la verdad, ni unos ni otros han de inspirar gran confianza cuando se ve que, á pesar de su empleo, el flemon avanza y se produce la supuración. En cambio, como tratamiento sintomático encaminado á calmar el dolor de garganta, se podrá aplicar sobre la parte, por medio de una brocha fina, una disolución al 4 por 100 de clorhidrato de cocaína.

Nos pronunciamos también contra la añeja costumbre, en este país, de yugular las amigdalitis con grandes aplicaciones de sanguijuelas debajo del ángulo de la mandíbula. Se trata de una práctica cuando menos inútil, si no perjudicial, y se comprende, dada la pobrísima circulación del órgano enfermo; por manera que si se aplican en poco número, de nada sirven, y si la aplicación es pródiga determinan una expoliación de cuantía. Todo eso, aparte de los cambios que exigen en el tratamiento de algunas enfermedades las nuevas teorías sobre la inflamación. Lo propio podríamos decir de la serie de tópicos emolientes aplicados á la garganta.

Con todo, las sanguijuelas pueden cumplir en ciertos momentos una buena indicación sintomática, v. gr.: cuando la angina tonsilar produce fenómenos de congestión cerebral ó de los órganos respiratorios, porque semejantes complicaciones pueden exigir un medio que con rapidez disminuya la presión vascular.

Cuando se ha formado el absceso, si no se abre espontáneamente (que es lo común), se puede dilatar por medio del bisturí, no olvidando en este caso las reglas de conducta que

marcan los cirujanos para no traumatizar la carótida interna. En personas timoratas, ó cuando el enfermo no puede abrir suficientemente la boca para operar, se puede usar un medio que á veces produce buen resultado, tal es la administracion de un vomitivo. Así hemos visto en varias ocasiones, con los esfuerzos de la emesis, no sólo reventarse el absceso, y aflojar la estrangulacion de los tejidos, sino á la vez quedar simplificado el catarro del estómago, que de ordinario acompaña la angina. (Si el enfermo no puede deglutir un emético, se administrará por la vía hipodérmica la apomorfina á la dosis de un centígramo).

Abierto el absceso, la lesion evoluciona con mucha rapidez, y aunque no se emplee medio tópico ninguno, la cicatriz no se hace esperar. De todos modos, siempre será útil una ligera antisepsis local.

La intensidad de la fiebre obliga al uso de algun antipirético, y ademas no puede despreciarse tampoco el catarro de las vías digestivas, que se combatirá con la medicacion purgante y los demas recursos que se explicarán en el capítulo correspondiente.

Todas las complicaciones que ocurran las iremos dominando con los medios aplicables á cada paso.

A título de complemento diremos que en esta angina, y en todas las que producen gran disfagia, siempre que el enfermo no pueda deglutir y la faringe esté libre, se podrán utilizar las vías nasales para llevar las sustancias al estómago, colocando el enfermo boca arriba.

## B. — AMIGDALITIS CRÓNICA.

**Etiología.** — No puede ser más evidente la influencia de la edad, ya que es un proceso tan comun en los niños como raro en los adultos; precisamente lo contrario de lo que ocurre respecto de la angina catarral crónica. Desde luego hay

lógica en este hecho patogénico, dada la textura linfoide del órgano y el linfatismo, que constituye en los niños su característica anatómica; así en las ciudades, más que en las pequeñas urbes, y en los niños con miseria fisiológica, mejor que en los resistentes, menudean las amigdalitis crónicas. Esto no significa que falten ejemplares en la edad adulta, pues, ora porque contrajeron la enfermedad cuando niños, ora porque más tarde sufrieron una serie de amigdalitis agudas que no llegaron á resolverse nunca, ó ya también por la influencia de un organismo enteco *ab initio*, ó como consecuencia natural del escrofulismo, de la sífilis, etc., en toda edad pueden reunirse un conjunto de circunstancias que pongan al individuo en las condiciones del niño, en punto á debilidad y flaqueza. Todo eso quiere indicar que pocas veces la amigdalitis crónica constituye un proceso idiopático, antes al contrario, es frecuente el enlace con afectos discrásicos y diatésicos.

**Anatomía patológica.**—El sello anatómico de la enfermedad consiste en un acto hipertrófico en el cual toman parte á la vez todos los factores que integran la amígdala; el tejido linfoide que está acumulado en masas foliculares, el tejido conjuntivo que envuelve y rodea estos elementos, constituyendo como su esqueleto, vasos, nervios, y, por último, la membrana mucosa que recubre toda la superficie del órgano. La hipertrofia se acentúa ya en el tejido linfoide, y entonces la amígdala se ofrece blanda y disgregable; ya en el conjuntivo intersticial, constituyendo una esclerosis dura á modo de un tejido fibroso: en ambos casos el abultamiento es considerable y aumenta el peso de la parte hasta alcanzar el de 4 ó 5 gramos cada amígdala y aún más, según Chassaignac.

**Sintomatología.**— El síntoma patognomónico consiste en el considerable abultamiento de una ó de ambas amígdalas, corriéndose una escala de menor á mayor, hasta el extremo de quedar casi cerrado el hueco de las fáuces. El tumor es

indolente, algo blando ó duro, segun domine la hipertrofia, linfoide ó la esclerosis ; con más frecuencia pálido y rosáceo que muy rojo é inyectado y con la mucosa limpia y cubierta de sus epitelios ó exulcerada y con los utrículos repletos de una masa caseosa. La deglucion de ordinario es libre, la voz gangosa (síntoma que puede faltar) y la respiracion en los adultos es fácil. Pero en los niños no sucede otro tanto: en algunos, ya en estado de vigilia, se observa que la inspiracion es un tanto forzada, recordando la de los enfisematosos; y dada la endeblez del esqueleto, no es extraño que sostenida por largo tiempo la dificultad respiratoria, se deforme un tanto el tronco, como ya observaron Dupuytren y Lambron y consignan la mayor parte de los autores. Durante el sueño aun es más marcada la influencia que la amigdalitis crónica determina sobre la respiracion, pues no sólo duermen los enfermitos con la boca abierta, sino que hacen un ruido gutural á modo de ronquido y á veces se suspende por un instante el momento respiratorio. Esto explica una afirmacion que hace Strümpell, que no está fuera de lugar, tal es que el infarto de las amígdalas contribuye á determinar las pesadillas nocturnas, que con tanta frecuencia padecen los niños. Tanto en las primeras edades como en la adulta, la amigdalitis puede acompañarse de sordera más ó menos graduada, no sólo por obstruccion de la abertura de las trompas, sino por catarro de las mismas, susceptible de propagacion al oido medio. La nutricion en los adultos no llega á resentirse en poco ni en mucho, como consecuencia directa de la enfermedad; pero en los niños es frecuente ver el enflaquecimiento y hasta la estenuacion, sólo en virtud de quedar disminuida la columna de aire que fisiológicamente ha de enfilear por las fáuces en cada acto inspiratorio.

Por lo demas, como esta angina crónica apenas constituye proceso independiente, el síndrome suele ir acompañado de otros signos de la enfermedad causal ó de las que le acompa-

ñan; entre todos los que podrían referirse, menudean los propios del escrofulismo (catarro auditivo, oftalmía pustulosa, tendencia á la bronquitis, escrofúlides, etc.).

**Curso y terminaciones.** — Es enfermedad esencialmente crónica, de curso lento y que puede durar muchos años y hasta toda la vida. Ora permanece estacionaria, y sin progresar ni retrogradar, adquiere carta de residencia, haciéndose por su gran quietismo compatible con todas las funciones; ora á favor de una terapéutica ó de la simple revolucion orgánica que produce el cambio de edad, comienza á operarse como un movimiento de fusion del tejido y el infarto amigdalino se resuelve por completo. Ya de vez en cuando la enfermedad toma un carácter agudo y así la amigdalitis va progresivamente aumentando; ya á favor de uno de esos ataques agudos, se constituye un dia un fuerte movimiento supurativo que destruye total ó parcialmente el tumor, y por tan especial coyuntura queda curada la afeccion. Por último, aunque no con frecuencia, se observa en los niños una denutricion cada vez mayor y que llega á adquirir proporciones alarmantes, como si se tratase de un caso de verdadera atrepsia.

**Diagnóstico.** — Se establece desde luego sólo inspeccionando la cavidad de la boca, reconocimiento que en los niños indómitos sería difícil y hasta imposible si el médico no tuviese ya la costumbre de manipular en caso de resistencia. Pero, como la amigdalitis es en sí indolente y á veces no va acompañada de ninguno de los síntomas que hacen sospechar una angina, téngase presente que al ser consultados para niños de mal aspecto, pálidos y enflaquecidos, no hemos de descuidar el reconocimiento de la boca, porque es muy posible que encontremos las amígdalas ingurgitadas. Diagnosticada la amigdalitis, importa conocer su patogenia y todos los estados morbosos que puedan sostenerla.

**Pronóstico.** — La amigdalitis crónica en sí misma no su-

pone un pronóstico de gravedad, ni aún en los niños, á pesar de lo que queda dicho, porque al fin se trata de un proceso que siempre que se juzgue necesario podemos radicalmente curarlo. La amigdalitis no tiene más valor que ser el indicante de un desmejoramiento orgánico, congénito ó adquirido, ó de que existan procesos constitucionales: de modo, que si en algun caso se ha de pronosticar gravemente, no dependerá este juicio de la amigdalitis, sino de las circunstancias concomitantes.

**Tratamiento.**—Daremos por supuesto el plan curativo que tal vez convenga emplear contra los estados fisio-patológicos que hayan producido la ingurgitacion crónica de las amígdalas, y nos reduciremos al tratamiento que importa para curar la afeccion, prescindiendo de sus demas relaciones morbosas.

El plan general ha de llevar por objeto la reconstruccion del organismo ; á este fin se recomendarán alimentos muy nutritivos, el vino tinto y las bebidas caféicas, el paseo al sol y la hidroterapia fria. Esta dietética la reforzaremos con los preparados marciales, los de manganeso, los fosfatados, los sulfurosos y con los yoduros que son tambien medicamentos excelentes: de ahí los beneficios que se alcanzan con las aguas minero-medicinales ferruginosas, sulfurosas y iódicas ó yodo-bromuradas, pudiendo citar entre estas últimas (en Cataluña), las de Tona que son excelentes, como lo son tambien (en Francia) las de Challes.

Muchas veces, á pesar del empleo de estos agentes, si bien logramos imprimir al organismo un sello de marcada actividad, la lesion local permanece estacionaria, y hemos de proceder al uso de tópicos diversos para modificar la nutricion del tejido. En este supuesto puede recomendarse la tintura de yodo ó la disolucion normal de percloruro de hierro, puras ó debilitadas con glicerina, para hacer una ó más veces al dia alguna aplicacion por medio de un pincel. Tambien solemos emplear el ácido crómico (1 por 50 de glicerina);

pero otros son los medios de mayor actividad, por más que repugnan á algunos enfermos. El preferible consiste en la ablacion del tumor, por medio del amigdalotomo (operacion rápida, de poco dolor y exenta de peligros, si se tiene la prudencia necesaria en el manejo del instrumento para practicar la seccion á la distancia necesaria de la carótida interna). Tambien puede estimarse como buen recurso curativo la cauterizacion punteada de las amígdalas y la galvano-cáustica; pero ambos medios son más engorrosos y menos brillantes que la extirpacion por medio de aquel instrumento.

#### ANGINA PULTÁCEA (PSEUDO-DIFTÉRICA).

En rigor, esta angina es la catarral aguda, acompañada de un exudado blanco, cremoso, que se deposita sobre la membrana mucosa, pero sin adherirse fuertemente ni formar cuerpo con ella. A todos los procesos mucosos de la misma índole, la Escuela alemana les ha dado el nombre de *crupales*, y por tanto esta angina es conocida tambien en los libros con el calificativo de *crupal*; por manera que ya hoy unánimemente se conviene en establecer una absoluta diferencia entre los procesos crupales y las enfermedades diftéricas, cuyas localizaciones ofrecen una marca muy distinta, conforme se dirá á su debido tiempo, al tratar de las enfermedades infecciosas.

Esta angina puede constituir proceso independiente, desarrollándose á favor de las mismas causas productoras de la angina catarral, pero con más frecuencia es sintomática y acompaña á una série de procesos morbos, por lo comun infectivos (sarampion, escarlatina, fiebre tifoidea, fiebre puerperal, etc.): coincidencia que hace presumir una naturaleza parasitaria.

Es una angina febril, cuya característica consiste en la aparicion de una viva hiperemia en las fáuces, que ocupa

la totalidad de la region gutural, y sobre la cual no tarda en aparecer una película blanca, como de caseo, que se desprende frotándola con un hisopillo, pero de fácil y pronta reproducción.

Cuando idiopática, tiene el mismo curso y terminaciones de la angina catarral simple; pero cuando sintomática, puede prolongarse, corriendo paralelamente con la enfermedad causal.

Su diagnóstico puede de pronto confundirse con el de la angina vesiculosa ó herpética, y aún mejor con la diftérica: pero de la primera se diferencia fundamentalmente porque el exudado blanco sucede á la hiperemia y no se observa la formación de vesículas; y de la segunda, porque la angina diftérica da lugar á pseudo-membranas blanco-grisáceas, más gruesas, resistentes, adheridas á la membrana, y más que adheridas, brotando de su mismo espesor. Con todo, muchos confunden ambas formas, y así pretenden haber logrado grandes éxitos en la curación de la difteria, cuando tal vez se haya tratado únicamente de un proceso crupal.

El pronóstico no es grave, por lo menos hasta ahora siempre hemos observado la curación, cuando la angina es idiopática. Si es sintomática, entonces podrá hacerse más rebelde y se verá una mayor reproducción de los exudados, pero sin que por esto corra peligro la vida del enfermo: la enfermedad causal en todo caso será la que merezca toda la atención para pronosticar.

Respecto del tratamiento, se plantea exactamente el que hemos recomendado para la angina catarral; pero hay necesidad de acentuar algo más el plan tópico. Las aplicaciones de sulfato de cobre (1 por 25 de glicerina neutra), de sulfato de zinc (1 por 25), de clorato de potasa (1 ó 2 por 25) y de resorcina (1 por 50 de vaselina líquida), son, entre otras análogas, las que mejor detergen la membrana mucosa del exudado que la cubre.

## ANGINA VESICULOSA. — ANGINA HERPÉTICA.

Se da á esta angina el nombre de vesiculosa, porque su sello anatómico consiste en la aparición de pequeñas vesículas; pero al denominarla también herpética, como lo hacen Damaschino y la mayor parte de los autores, se podría hacer una falsa suposición si no se explicaba el sentido con que puede aceptarse la palabra. Al llamar herpética á esta angina no debe entenderse que se haga la menor referencia á un proceso discrásico, sino á la clase de lesión; pues es bien sabido que los dermatólogos llaman herpes á toda erupción vesiculosa que se aglomera en una zona circunscrita de la piel. De todos modos, repugnándonos toda confusión de lenguaje y estas aplicaciones forzadas de palabras, sin ninguna necesidad, preferiremos sencillamente el nombre de angina vesiculosa.

La etiología de la angina vesiculosa es todavía bastante oscura; pero hay tres circunstancias que hacen presumir un origen infectivo ó parasitario: la fuerte fiebre con que se inicia la enfermedad, la desproporción entre la calentura y la lesión local y el revestir á veces un carácter semi-epidémico. Este habrá de ser un punto de ulteriores investigaciones, como muchos otros referentes á las anginas (que aún no tienen una patogenia incontrovertible, incluso la diftérica), dificultad que tal vez depende del gran número de especies de microbios patógenos que anidan en la boca. La historia natural de estos microfitos está adelantadísima; pero su relación de causalidad con los procesos bucales deja mucho que desear, ya que vemos que las afirmaciones de ayer vienen rectificadas por las de hoy.

El síndrome de la angina vesiculosa consiste, en primer lugar, en un aparato febril, precedido comunmente de un frío algo intenso. La calentura es alta, pues, á parte de la gran

frecuencia del pulso, la cifra térmica se eleva con rapidez á 40°, con gran cefalalgia, quebrantamiento de huesos, sed y los demas síntomas de una pirexia. Simultáneamente, ó al cabo de unas veinticuatro horas, durante cuyo período el clínico vacila en el diagnóstico, se declara una sensacion de ardor en la garganta con dificultad de deglutir, y aparece una inyeccion como escarlatada de las amígdalas y velo palatino, que, por punto general, no se extiende á la faringe. La mucosa se entumece, y al cabo de un dia, ó menos, de establecido este movimiento hiperémico, brota una erupcion más ó menos confluyente de pequeñas vesículas, como granos de mijo, llenas de un líquido opalescente. Como es muy ténue la película que las envuelve, no tarda en romperse, y entonces se aglomeran los epitelios desprendidos, y el líquido exudado, formando unas películas como falsas membranas, blancas, múltiples, de poco grosor, pequeño diámetro y un tanto adheridas á la membrana mucosa. En algun caso la erupcion no es simultánea, sino sucesiva, y van apareciendo zonas de vesículas unas despues de otras y hasta brotes en los labios, en las fosas nasales, en la faringe, en la vulva; todo lo cual acaba de corroborar el concepto antes emitido de una verdadera infeccion.

No tardan en desprenderse las membranas, quedando todavía el catarro de la parte, que al fin va borrarándose, declinando tambien la fiebre, y entra el enfermo en convalecencia.

La angina vesiculosa puede confundirse con la pultácea y con la diftérica. Se distingue de la primera porque es más febril y porque en las fáuces se observan tres períodos de lesion sucesivos: la hiperemia, la vesícula y la membrana; al paso que en la pultácea falta el segundo y el exudado no es adherente á la mucosa. Se distingue de la diftérica (como rasgos principales) porque en ésta no hay formacion de vesículas, las chapas son menos blancas y más grisáceas, más gruesas, más adherentes, más reproductibles en el mismo sitio en

que aparecieron otras, y se acompañan de infarto ganglionar. La invasion diftérica es más insidiosa, la localizacion al principio más indolente, la postracion de fuerzas es mayor y más rápida, y si se descubre albuminuria, lo cual es muy comun, entonces el diagnóstico queda más asegurado.

El pronóstico, por punto general, no es grave, á pesar de tratarse de una enfermedad muy febril; todos los autores convienen en ello, y por nuestra parte hemos visto siempre terminaciones favorables en los pocos casos observados, porque en la zona en que ejercemos la angina vesiculosa es poco comun. Al decir Gubler que la enfermedad tiene más importancia porque puede dar origen á parálisis múltiples, sospechamos que tal vez hubiese confundido las membranas de la angina vesiculosa con las diftéricas.

El tratamiento es muy simple. Sométase el enfermo á una dieta ténue (leche, caldo); úsense pociones refrigerantes y antipiréticas (alcohol nítrico, salicilato sódico, ácido bórico, ácido cítrico, ácido tartárico, etc.), y tópicos ligeramente astringentes ó sustitutivos (sub-borato de sosa, clorato de potasa, sulfato de zinc, alumbre, etc.).

#### ANGINA GANGRENOSA.

Esta angina, como proceso primitivo, es en nuestro país excesivamente rara en la práctica civil; sólo una que otra vez se la observa en algun establecimiento penitenciario ó de beneficencia, gracias al conjunto de circunstancias anti-higiénicas que en un momento dado pueden reunirse. Como proceso consecutivo, alguna que otra vez se la ve acompañar á la difteria, la escarlatina, el sarampion, la viruela y los tífus.

Consiste esencialmente en la mortificacion de la membrana mucosa de las fáuces y de los tejidos subyacentes, y bajo toda probabilidad, no será extraño su desarrollo á la presen-

cia de las bacterias de la putrefaccion, como el *bacterium thermo* ú otras.

Su síndrome es por demas expresivo. Aparecen en el velo palatino, en la faringe, sobre las amígdalas ó en cualquier punto de la region de las anginas, una ó varias chapas lívidas, amoratadas ó casi negras, pequeñas y superficiales al principio, pero que con asombrosa rapidez se ensanchan y profundizan. Las zonas no invadidas tienen tambien una entonacion vinosa. Las chapas van reblandeciéndose, cayendo en detritus fétido y sanioso, quedando rodeadas de unos bordes flácidos, desiguales y cortados como á pico. La propia invasion es causa de que varias chapas se fusionen en una sola, constituyendo una gran placa de mortificacion. La delgadez del velo del paladar y de los pilares hace que el progreso de la gangrena afecte con facilidad suma todo su grosor ; en cambio, la faringe ofrece más resistencia, aunque no tanta como las amígdalas : así ocurre ver la destruccion total de la úvula, de un pilar ó el taladro del velo palatino.

Al propio tiempo hay pequeños escapes de sangre, como consecuencia de la destruccion de vasos, que unida al humor sanioso que va desprendiéndose de las chapas gangrenadas, y al moco y saliva de la boca, da á toda la cavidad un aspecto de putridez y explica el hedor que despide el aliento del enfermo. Hay ademas disfagia, voz gangosa, saliveo y se infartan los ganglios inframaxilares.

A todos estos síntomas locales se agrega el movimiento febril, pero con pulso débil ; el aplanamiento de fuerzas cada vez mayor ; la palidez del enfermo y un conjunto de fenómenos sépticos que recuerdan el de una tifoidea grave.

Desarrollada la enfermedad, puede operarse en la parte un movimiento de reaccion de los tejidos que produzca en definitiva el aislamiento y despues la eliminacion de las chapas esfaceladas, sucediendo á esto un trabajo de cicatriz que repare completa ó incompletamente (segun la destruccion ha-

bida) el daño ocasionado por la angina. Otras veces, al contrario, el progreso del mal es incesante, y antes de que quede consumada la destruccion total de los órganos que circunscriben el istmo de las fáuces, sucumbe el enfermo, víctima de la adinamia y de los estragos que sobre los centros de inervacion determinan las reabsorciones de los productos sépticos de la garganta.

Esta angina siempre es diagnosticable, porque ninguna otra se la parece ni remotamente, ya por el color de las chapas, ya por su invasora marcha hácia la destruccion de los tejidos.

Pronosticaremos de ella muy gravemente, pues si bien no puede reputarse proceso incurable, ni mucho menos, quedará significada su importancia diciendo que de todas las anginas es la más grave.

Esta angina sí que, al revés de otras, obliga á desarrollar una gran actividad terapéutica. Ante todo, importa colocar al enfermo en un aposento espacioso, susceptible de buena ventilacion y capaz de recibir la influencia directa del sol. La limpieza ha de ser esmeradísima, así de la boca como de todo el cuerpo, renovando las piezas de la cama cuantas veces sea necesario. Tambien es muy útil el sostenimiento de fuerzas con una alimentacion líquida (porque no otra cosa permite el estado del enfermo), como buen caldo, leche y purés: el vino es casi de rigor, despues de los caldos ó en los intermedios de la leche.

En el concepto farmacológico debe hacerse uso, en primera línea, del cocimiento de quina, solo ó reforzado con el extracto blando, adicionándole en uno y otro caso el ácido muriático, el nítrico ó el sulfúrico. El vino de quina ó el de colombo pueden sustituir, aunque con menos tolerancia, aquellos otros preparados de la corteza del Perú. El clorato de potasa, el licor de Labarraque y el espíritu de alcanfor son medicamentos que cumplen buenas indicaciones, el primero como oxigenante y los otros dos como antisépticos.

Aunque la angina gangrenosa desarrolla un elevado movimiento febril, es preferible abstenerse de la medicacion antipirética, ó á lo más, usarla con discrecion suma, porque no se debe olvidar que la enfermedad tiende á la adinamia.

Igual importancia que al tratamiento interno debe concederse al local. Desde luego se apelará á los cáusticos, al objeto de producir una escara seca y de limitar el proceso de destruccion ; si la chapa gangrenosa es pequeña, puede atacarse en masa ; si es ya muy grande el estrago producido cuando somos llamados para intervenir, entonces de preferencia actuaremos sobre los bordes, alcanzando empero 2 ó 3 milímetros ó más de tejido sano. Los cáusticos más en uso son los ácidos minerales concentrados, sobre todo el clorhídrico, aplicados cuidadosamente con un pincel, para limitar bien su zona de accion. Pero sin duda que el cauterio actual es preferible, y ya que el termo-cauterio de Paquelin desarrolla poco calor radiante, podremos utilizarlo sin temor y con grandes ventajas. La disolucion normal de percloruro de hierro puro á 30° de B. tambien es útil, aunque de menos potencia, cuando la region esfacelada sea de tanta consideracion que ya apenas quede campo para intervenir con los anteriores cáusticos. A más de las cauterizaciones, que se podrán repetir una ó dos veces al dia, segun sea la rapidez con que el mal progresa, interesa una antisepsis rigurosísima, y la lograremos haciendo cada dos horas una pulverizacion con disoluciones de permanganato de potasa (1 por 200 ó 300), de hiposulfito de sosa ó de cloruro de sodio (1 por 100), de timol (1 por 10 de alcohol y 300 de agua), de ácido fénico (alcohol fenicado 2 por 100), de ácido salicílico (1 por 10 de alcohol y 200 de agua), etc. Los enjuagues con cocimientos de quina y de eucaliptus, con 1 ó 2 por 100 de alcohol alcanforado, tambien son ventajosos. Si por fortuna la gangrena se detiene, se suspenderá la medicacion cáustica, pero continuará la antiséptica.

## ANGINA EDEMATOSA.

El tejido submucoso del velo del paladar y de los pilares, se infiltra á veces de serosidad, constituyendo la angina edematosa. No se trata aquí de ningun proceso formativo, sino de una simple trasudacion del suero de la sangre.

Ordinariamente se observa esta enfermedad en el curso de lesiones hidropígenas y al frente de todas ellas, las nefritis parenquimatosas y las cardiopatías : ora porque la sangre alterada en sus principios constitutivos, tiene otras condiciones osmósicas, ora porque determinada ~~la~~ presión vascular permite que trasude el suero. Pero así como por una impresion *a frigore* se desarrolla á veces un edema del rostro ó de la glotis, por igual causa á veces se explica la aparicion de la angina que nos ocupa.

Se diagnostica con facilidad, porque la úvula y los pilares, especialmente, se presentan entumecidos, pálidos y translúcidos, como que permiten ver al través de la mucosa la transpariencia de un líquido infiltrado. Hay disfagia, pero poco dolor.

Si depende de una impresion cósmica, el curso es muy rápido, bastando un par de días para que se reabsorba la serosidad ; mas cuando se relaciona con enfermedades hidrópicas su curso viene subordinado á la lesion causal.

Cuando idiopática, no tiene gravedad ninguna ; cuando sintomática no ofrece otro riesgo que la propagacion del edema á la laringe.

Se cura con gargarismos astringentes y pociones sudoríficas, si es *a frigore* : si es sintomática continuarán indicados aquellos tópicos, pero ya se echa de ver que interesará ante todo modificar la presión vascular, administrando diuréticos y purgantes, como se hace en términos generales en el tratamiento de las hidropesías, siempre que la índole de la

enfermedad originaria no contraindique aquellas medicaciones.

*Angina erisipelatosa.* — *Angina diftérica.* — *Angina tuberculosa,* etc. Su estudio corresponde al de las enfermedades infecciosas que formarán objeto de otra publicacion.

#### FARINGITIS AGUDA. — FLEMON RETRO-FARÍNGEO.

La membrana mucosa de la faringe puede flogosearse en virtud de las mismas causas que producen la angina catarral aguda ya estudiada ; por propagacion de procesos análogos de las fáuces, y tambien por cuerpos extraños deglutidos que pueden traumatizarla. Las lesiones pueden circunscribirse á la mucosa ; pero en algunos casos se propagan al tejido celular que separa la membrana mucosa de los planos musculares subyacentes, constituyéndose un flemon, por regla general circunscrito, aunque más ó menos extenso, pero con marcada tendencia supurativa. Si esto ocurre, el absceso queda aprisionado entre aquellas capas hasta que al fin, destruida la membrana mucosa (plano menos resistente) el pus se derrama por el hueco faríngeo, en direccion del esófago.

Aunque esta es la regla, empero hemos visto alguna vez que el pus ha ido disecando las membranas, respetando ó no los músculos de la faringe, y corriéndose hácia abajo ha llegado á derramarse en el mediastino posterior.

Si la faringitis es tan sólo catarral, el enfermo presenta toda la region afecta roja, con arborizaciones y puntos encendidos, tumefacta y sensible. La disfagia es muy acentuada, particularmente si el enfermo deglute sustancias muy calientes, ó que por sus condiciones físicas puedan producir roces dolorosos sobre la mucosa. Mas cuando la lesion profundiza, quedando constituido el flemon retro-faríngeo, se va notando en la parte una tumefaccion creciente

que reduce el diámetro de la cavidad, y va haciendo cada vez más difícil el paso de los alimentos y bebidas. Al principio la tumefacción es dura y muy dolorosa, cuando la comprimimos con el índice, pero á los seis ó siete días aparece cierta lividez y blandura, hasta tanto que, coleccionado el pus, puede apreciarse la fluctuación.

Distendidas fuertemente las paredes de la faringe, los movimientos de la cabeza son difíciles, se nota tumefacta la región del cuello, puede aparecer la adenitis cervical é infra-maxilar, y el enfermo está muy agitado y febricitante. Todo lo cual se desvanece con alguna rapidez, así que espontánea ó artificialmente se dilata el absceso: entonces la reparación de los tejidos es rápida y la curación definitiva no se hace esperar.

Empero, si por desgracia el pus va ganando las regiones peri-esofágicas en busca del mediastino, como hemos tenido ocasión de observar en un enfermo que se tragó un alfiler, aparecen primero los síntomas de una esofagitis, y más tarde los fenómenos de una compresión intra-torácica, ejercida sobre los grandes vasos y demás órganos mediastínicos.

La faringitis catarral aguda debe tratarse, permitiendo el uso de alimentos líquidos ó á lo menos muy blandos, para que su contacto no encone la mucosa, así es que, de preferencia, podrá recomendarse la leche tibia. Haremos que el enfermo degluta sorbos de cocimientos emolientes ó soluciones ligerísimas de ácido bórico ó de clorato de potasa; pero si la disfagia es graduada, daremos la preferencia á las pulverizaciones con aquéllos líquidos.

Si hemos de combatir el flemon retro-faríngeo, la actividad terapéutica será muy poca, pues hasta consideramos ociosa la práctica de aplicaciones de sanguijuelas al nivel de los ángulos de la mandíbula. Por punto general, todo fracasa, y al fin se forma el absceso: pero entonces sí que la intervención será directa pasando á su dilatación con un bisturí

de punta, cuyos dos tercios se envainarán en un vendote para no herir los pilares ó el velo del paladar. Una vez abierto, los tópicos astringentes completarán la curacion.

## CAPÍTULO II

### ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO.

---

#### ESOFAGITIS AGUDA.

Ya puede suponerse que cualquier cuerpo irritante que penetre en el esófago, puede ser causa de una esofagitis aguda: así las bebidas muy calientes, el uso inmoderado del hielo, las sustancias cáusticas, los líquidos espirituosos, los medicamentos capaces de lesionar la mucosa (aceite de crotontiglio, tártaro emético, tintura de yodo, etc.), las prácticas del cateterismo del esófago, para no citar más, pueden originar la enfermedad. Pero en otras ocasiones, la esofagitis se desarrolla por propagacion de procesos similares ó por lesiones que dificultan la circulacion de aquel tubo, ó porque ciertas enfermedades infecciosas (viruela, escarlantina, etc.), se localizan en su mucosa.

De ordinario, la esofagitis es puramente catarral, pero se comprende que ciertos venenos cáusticos ó algunos cuerpos traumáticos determinen lesiones más profundas, como heridas, úlceras, chapas gangrenosas y abscesos.

Su sintomalogía consiste en disfagia dolorosa, sentida por el enfermo así que los alimentos y bebidas han salvado la faringe y penetran en el esófago, por manera que la sensacion percibida la acusa en la parte baja del cuello, como al nivel de la horquilla del esternon, en el interior del pecho ó hácia el dorso, en la propia region interescapular. Si la esofagitis es poco intensa, las sustancias ingeridas llegan al estómago,

aunque solicitando siempre el espasmo doloroso del tubo; pero en circunstancias opuestas, la dificultad de deglutir es tanta, que no pueden descender, y en virtud de una contraccion fuerte, son devueltas á la boca con más ó menos violencia, tal como habían sido ingeridas ó acompañadas á veces de mucosidades, de sangre y hasta de una especie de pseudo-membranas: todo esto subordinado á la diversa intensidad de la esofagitis, y tambien al género de causa que haya obrado.

La enfermedad así puede ir acompañada de movimiento febril, como ser apirética: modalidades que se ajustan tambien á la mayor ó menor graduacion del proceso.

La esofagitis ofrece una marcha y terminaciones diferentes segun los casos. Pueden remitir los síntomas al cabo de una ó dos semanas, ó por el contrario, sostenerse un período de tiempo bastante para producirse una cronicidad, hija, ora de una estenosis del esófago consecutiva, ora de una ulceracion rebelde, etc.: esto es muy comun en las esofagitis cáusticas.

Tan gráfico como es el síndrome, aleja toda duda respecto del diagnóstico; y por lo que respecta al pronóstico, ya puede suponerse que viene subordinado en gran parte al género de causa productora, tanto, que desde una flegmasía puramente catarral que no obliga á un juicio grave, hasta la esofagitis que ulcera, gangrena, coharta ó desgarrá el órgano, puede correrse una escala de diversas gravedades.

**Tratamiento.**—Interin pueda el enfermo deglutir, le alimentaremos con sustancias que nutran sin producir un estímulo local á su paso por el órgano lisiado, por cuyo motivo, la leche figurará en primera línea, despues los cocimientos y purés preparados con alimentos vegetales, los caldos de pollo, las gelatinas y las yemas de huevo. Se usarán tibias, calientes nunca; pero frías podrán emplearse cuando haya tendencia á la hemorragia ó cuando la excitabilidad refleja

sea tan grande que precise anestesiar el esófago. De ahí el uso que puede hacerse del hielo en determinadas circunstancias. Si la disfagia es absoluta, alimentaremos á los enfermos por la vía rectal del modo que se explicará á propósito de las estenosis esofágicas y gástricas.

Somos poco partidarios, en este caso, de la alimentacion forzada, por medio de las sondas. La irritacion que su paso determina agravando la intensidad del proceso, no compensa las ventajas de aquella práctica, y solo apelaremos al cateterismo en la esofagitis aguda, cuando siendo insuficiente la restauracion de fuerzas por medio de los enemas, se haga amenazadora la inedia.

Pocos medios de potencia poseemos para combatir el proceso que nos ocupa, y dada la ineficacia de las aplicaciones de sanguijuelas recomendadas por algunas autores, preferimos reducirnos al empleo de bebidas emolientes y mucilaginosas, á las soluciones de glicerina neutra, á las emulsiones de aceite de almendras dulces y al ácido bórico muy diluido (1 ó 2 por 100). Pero si el dolor es muy vivo y los espasmos del esófago muy acentuados, recurriremos á los enemas con hidrato de cloral, con bromuro de potasio ó con algunas gotas de láudano; como tambien, si el caso es premioso, á las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina.

#### ESTENOSIS DEL ESÓFAGO.

**Etiología.**—Las estrecheces del esófago, proceso bastante comun en nuestro país, pueden depender de lesiones desarrolladas en las mismas paredes del tubo ó resultar, en otros casos, de una compresion ejercida por los órganos vecinos ó por tumores que estemporáneamente se han desarrollado en las cercanías de aquel órgano. Así estas pseudo-estenosis de origen peri-esofágico se observan en el curso de diversos tu-

mores del cuello ó del mediastino, capaces de comprimir y aplastar el esófago; pero de un modo singular ocurren en caso de aneurisma del cayado aórtico ó cuando una diafragmitis crónica ha determinado la esclerosis del músculo con coartacion del anillo que dá paso á aquel tubo; lo propio que en las hipertrofias del cuerpo tiroides ó en diversas lesiones de la columna vertebral.

Pero las estenosis propiamente dichas, radican en el mismo esófago, siendo muy variada su naturaleza. El cáncer es sin disputa la causa más abonada para determinar estrechez; pero incurriríamos en una exageracion si dijéramos que tiene la privativa, ya que la simple esofagitis crónica, endureciendo por verdadera esclerosis los planos musculares, con su tejido celular correspondiente, los gomas sifilíticos, las cicatrices, secuela de diversos procesos ulcerativos, etc., se bastan á producir en muchos casos la enfermedad que nos ocupa. Algunos autores señalan tambien la detencion de cuerpos extraños en el esófago como motivo de estenosis, pero entendemos que estos hechos puramente mecánicos y que despiertan fenómenos agudos, no deben figurar en la etiología de un proceso de nutricion esencialmente crónico, sin negar que á título de flegmasía traumática consecutiva, provoquen á la larga una verdadera estrechez.

**Anatomía patológica.** — Del anterior apunte etiológico, se deduce que las lesiones estenósicas del esófago, han de ser muy variadas. Si la estrechez es provocada simplemente por un acto de compresion ejercido por los órganos circunvecinos, no se descubren en aquel tubo más que las hiperemias y tumefacciones, producto natural del aplastamiento, y la pérdida de la configuracion cilindroidea, debida á la mayor ó menor juxta-posicion de sus paredes. Más, cuando la estenosis depende de un daño producido en los mismos planos que constituyen el amazon esofágico, se ponen de relieve las lesiones propias de cada caso: así obsérvase una masa cancerosa, á

base de escirro, de encefaloide ó de epiteloma; un goma, ó una vasta ulceracion sifilítica que va vegetando con exceso y disminuye la luz del conducto; una gran produccion de tejido cicatricial que frunce y constriñe el esófago, etc.

Todas estas lesiones no se desarrollan como obedeciendo á cierta regularizacion, antes al contrario, varían en cada caso. Ocorre, v. gr., que en su evolucion, afectan la forma de un anillo bastante regular, ó que están dispuestas á modo de una banda ó media caña, ó que formen tan sólo una fungosidad, ó que mantengan el esófago plegado: y aún podrían citarse más ejemplos. Tambien sucede que en unos casos la mucosa permanece íntegra y que en otros está tumefacta, vellosa, denudada de sus epitelios, ulcerada, etc., como tambien que el estrago haya sido de tal consideracion, que la autopsia muestre un esófago con todo el grosor de su pared desgarrado.

Por punto general las estrecheces residen en el último tercio del órgano, casi lindando con el cardias, localizacion frecuentísima en el cáncer; pero las estenosis consecutivas á traumatismos ó á la accion directa de sustancias cáusticas, pueden desarrollarse en cualquier punto del trayecto.

Sea lo que fuere, respecto de todas estas variantes, las estenosis intrínsecas presentan un carácter anatómico comun: tal es, que el esófago, por encima de la estrechez está dilatado; por manera, que la estenosis provoca la ectasia. Cuanto mayor sea la reduccion del diámetro en el sitio estrechado, mayor ensanchamiento se producirá en la region inmediata superior, y se concibe: desde el instante que la cohartacion del esófago supone una resistencia al descenso de los materiales que son ingeridos, es casi necesario que se acumulen en la parte de tubo practicable y que la distiendan á modo de diverticulum. Al principio, las contracciones del esófago, todavía potentes, tienden á vencer el obstáculo y las sustancias son impelidas hácia el esófago ó devueltas

á la boca; pero más tarde se produce la fatiga muscular (fomentada tambien por el catarro, que, como es sabido, tiende á producir paresia de los músculos subyacentes), y entonces la distension por acúmulo de materiales se va operando: de este modo se explica que se encuentren en los cadáveres tan enormes dilataciones, que el esófago remedando un pequeño estómago comprime los órganos del mediastino. Por el contrario, más allá de la estenosis en lo que resta de esófago, y hasta en el mismo órgano gástrico, se nota una reduccion de su respectiva capacidad.

**Sintomatología.** — Como la evolucion de la estenosis es lenta y gradual, se comprende que en las primeras épocas del mal los síntomas sean apenas perceptibles, y que más tarde vayan acentuándose de un modo progresivo. De todos modos transcurre cierto tiempo, sin que el enfermo advierta los primeros sordos pasos de la lesion; pero así que la mucosa se hace excitable al contacto de los materiales que vienen de fuera, aunque todavía esté expedita su libre circulacion á lo largo del esófago, ya aparece la disfagia como primer síntoma del daño, y con los caracteres que hemos referido á propósito de la esofagitis. Más adelante y en camino ya de la estrechez, es cuando la sintomatología va á ofrecer su típico carácter.

Degluten todavía los enfermos con holgura los líquidos y las sustancias pastosas, blandas y bien masticadas, pero cuando tragan cuerpos de algun volumen y de cierta resistencia, como un bolo de pan ó de carne, así que llegan al esófago, notan la sensacion intratorácica de obstruccion ó atascamiento, y la refieren á un sitio más ó menos bajo del esófago, ora en la region retro-esternal, ora hácia el dorso. Suspenden por un momento nuevas ingestiones; hacen esfuerzos de deglucion para imprimir un avance al cuerpo atascado; beben un poco de agua para que su peso empuje lo que allí está detenido, y al fin el bolo alimenticio se escurre

por el interior del punto estenosado ó si no puede franquearlo las contracciones del esófago parecen invertirse y el enfermo regurgita como un rumiante, lo que ha un momento había deglutido. Avanzando la lesion, todo empeño por deglutir sustancias duras y de algun volumen resulta inútil, y el enfermo se alimenta de materiales blandos y de líquidos: aquellos pasan todavía con relativa facilidad, pero más tarde sólo es posible el descenso de los segundos y mantiene sus fuerzas con leche y con caldos. Pero aun la estenosis podrá graduarse más, hasta tanto que la disfagia sea absoluta.

A medida que el esófago, perdiendo su fuerza contráctil, y dilatándose por encima de la estrechez, permite la acumulacion de una cantidad relativamente grande de sustancias alimenticias ó de otro género, se producen despues de la ingestion actos mecánicos de compresion interna sobre los órganos del mediastino; de ahí la dispnea, las palpitaciones, las aritmias del pulso, la demudacion del semblante, la congoja y una gran variedad de fenómenos subordinados á la fuerza de la compresion y á la clase de órgano comprimido. Pero aparte de todo esto, que tiene una explicacion facilísima para los que conozcan la anatomía topográfica y las funciones mediastínicas, tambien conviene advertir que si dura horas la permanencia de las sustancias en depósito, se provocan fermentaciones que dan fetidez al aliento y á las eructaciones.

En tales circunstancias, los materiales acumulados al fin van escurriéndose como por una hilera y llegan al estómago, ó reaccionándose todavía el reflegismo contráctil del esófago, ya automáticamente, ya porque el enfermo se titila la garganta ó lleva sus propios dedos á las fáuces, se desocupa el órgano, arrojándolos por la boca por medio de un mericismo más ó menos potente.

A medida que el progresivo crecimiento de las lesiones va haciendo cada vez más laborioso y difícil el acarreo de las

sustancias alimenticias, el enfermo va desnutriéndose y enflaqueciendo hasta un extremo inconcebible. Las mucosas pierden el color, la piel se torna árida y apergaminada y su coloración adquiere un tinte pajizo ó térreo, como el de los cancerosos ; con más razón esto ocurrirá si realmente es el cáncer la causa de la estrechez. En estos períodos avanzados, el pulso se hace pequeñísimo y frecuente, el proceso de temperatura decae y aparecen en las extremidades los edemas caquéticos.

**Curso y terminaciones.** — La duración del mal viene subordinada al grado de estrechez, y muy particularmente á la naturaleza de la lesión ; así, entre los pocos meses que permite la vida el cáncer del esófago y los muchos años que puede conllevarse una estenosis esclerótica ó cicatricial, se recorre una larga escala. Lo propio diremos de las terminaciones, puesto que si hay estrecheces que de irremediable modo han de producir la muerte, otras se hacen compatibles con las exigencias de la nutrición, y aun pueden resolverse. Pero si la muerte sobreviene, sus mecanismos son muy variados, puesto que en unos casos es debida al progreso de la inedia, en otros á la tuberculosis pulmonar como enfermedad intercurrente, ó á las hemorragias y á la rotura, cual puede ocurrir en el curso del cáncer medular ó encefalóideo.

**Diagnóstico.** — Si para formarlos no bastasen, por lo característicos, los síntomas que se acaban de señalar, puede apelarse al cateterismo y á la auscultación del esófago. La introducción de una sonda esofágica (y las hay para el caso de diferentes calibres y formas, resistentes ó blandas, llamadas modeladoras porque dejan impresa la huella de la lesión) permitirá conocer el sitio de la estrechez y á veces el grado de coartación y la resistencia del tejido. Conocida la longitud normal del esófago (25 centímetros en el adulto) y la total desde los dientes al cardias (40 centímetros aproximadamente), se sabrá con bastante exactitud el punto en donde

se aprecia la resistencia al paso del instrumento explorador. Mucho menos valor para el diagnóstico hemos de conceder á la auscultacion, que diversas veces hemos practicado insiguiendo el consejo de Hamburger. Mientras se mantiene aplicada la oreja sobre la columna vertebral, se hace deglutir al enfermo una cantidad de líquido y se percibe el ruido hídrico en todos los puntos superiores á la estenosis, al paso que en los inferiores ó hay silencio absoluto ó el ruido es tenuísimo. Otros medios más ó menos ingeniosos, como la esofagoscopia de Waldenburg ó la introduccion, por Ziemsen, de polvos gasíferos, para apreciar por la percusion hasta dónde alcanza la zona de resonancia, ni lo estimamos muy hacedero y práctico, ni lo creemos indispensable.

El diagnóstico, por tanto, nos parece fácil, pero no basta en clínica el conocimiento de que la estrechez existe, sino que importa averiguar la naturaleza del proceso para establecer un pronóstico y una terapéutica. Semejante apreciacion mejor podrá hacerse en virtud de la anamnesis del enfermo y de todas las circunstancias que le rodean que por los caracteres propios de la estenosis. Así, cuando el caso ocurre en un individuo que ingirió una sustancia cáustica, supondremos que la estrechez viene representada por un trabajo de cicatriz; en el que se descubran los signos propios de catarrros crónicos de otras mucosas, consideraremos probable la esclerosis del esófago; en caso de sífilis constitucional, será lógica la creencia de una lesion esofágica de la misma naturaleza, y cuando nada de esto ocurra, ni haya motivos para suponer una pura compresion del esófago, estaremos en terreno firme suponiendo cancerosa la lesion, mucho más si el enfermo pertenece al sexo masculino y ha traspuesto los cincuenta años.

**Pronóstico.** — Siempre grave, si no mortal á la larga, debe formarse el de la estenosis del esófago; pues aun en los casos más benignos, cuya lesion viene representada por la esclero-

sis ó por cicatrices viciosas, es difícil de lograr una curacion absoluta. La estrechez sifilítica raras veces puede dominarse y la cancerosa es mortal de todo punto.

**Tratamiento.** — Ante un caso de estenosis nada más importante que establecer un buen régimen alimenticio, que se haga compatible con la dificultad mecánica que el enfermo experimenta y con las necesidades de la nutricion. Proscribanse desde luego las sustancias de poca fuerza nutritiva, para no obligar á una disfagia inútil, y permítase tan sólo la deglucion de aquellas que buenamente puedan enfiar por el orificio estenosado y que lleven en sí gran material de nutricion. Aconséjese al propio tiempo una masticacion perfecta para reducir el bolo alimenticio á una papilla y que los enfermos vayan deglutiendo con grandísima lentitud. Tambien se advertirá la necesidad de ingerir los alimentos y bebidas templados, á menos que con el frio convenga anestesiar la mucosa del esófago ó cohibir alguna hemorragia.

Cuando no sea posible el descenso de las carnes, del pan y de otras sustancias de cierta dureza, basaremos la alimentacion en el uso de la leche, caldos más ó menos nutritivos, zumos y extractos de carnes, gelatinas, yemas de huevo, peptonas y purés preparados con aquellos vegetales que contengan una mayor cantidad de productos azoados (lentejas, judías y garbanzos). Tambien puede prescribirse la hemoglobina.

Así que la progresiva acentuacion de la disfagia haga difícil el sostenimiento de fuerzas por la vía gástrica, se utilizará la fuerza absorbente del recto y cólon para alimentar á los enfermos. A este propósito pueden prepararse enemas alimenticios de diversas clases, y entre todos damos la preferencia á los de sangre desfibrinada y recién extraida (ya que fácilmente entra en descomposicion), y tambien á los de caldo preparado con carne de vaca y gallina, pero haciéndola hervir con páncreas de carnero. Las lavativas de leche, sola ó con yemas de huevo, no las consideramos de tanta utilidad,

habida razon de las condiciones absorbentes de la última porcion de los intestinos.

Se ha pretendido la curacion de las estenosis del esófago con el uso del yodo, de los yoduros y de los preparados mercuriales, pero no titubeamos en afirmar que su empleo es de todo punto estéril, exceptuando los casos de sifiloma, y aun contra éste pocas veces se alcanza el resultado apetecido. Lo mismo diremos de las revulsiones cutáneas, más ó menos fuertes, que no logran otro objeto que el de mortificar inútilmente. Las únicas medicaciones que pueden y deben usarse son aquellas encaminadas á cumplir alguna indicacion sintomática; así, por ejemplo, los bromuros, el hidrato de cloral, el ópio y hasta los narcóticos periféricos, se utilizarán en momentos dados para sosegar el exaltado reflegismo del esófago; los tetánicos, como la nuez vómica y sus alcaloides, tendrán cabida cuando el órgano en el punto de la ectasia haya perdido su potencia contráctil; los astringentes, si amenaza una hemorragia; las disoluciones de ácido bórico si á más de la estenosis hay fuerte catarro ó tal vez exuberaciones de la mucosa, etc.

En cambio el cateterismo por medio de sondas flexibles, de relativa blandura y de un diámetro proporcionado á la estrechez ó al grado de ensanchamiento que despues vaya lográndose, constituye tal vez el mejor y hasta el único medio curativo de cierta potencia. Pero entiéndase que si la dilatacion gradual de la estenosis está indicada en caso de cicatrices viciosas, de masas esclerosadas y de neoplasmas benignos, nunca hemos visto que haya producido la menor utilidad en el cáncer esofágico; al contrario, en tal caso parece que el contacto de la sonda aviva la terrible evolucion del proceso. De todos modos siempre que se estime indicada la práctica del cateterismo, conviene manipular con mucha discrecion, estudiando las diversas susceptibilidades del enfermo; y cuando se observe que la introduccion del instrumento

lleva tras sí recrudescencia del daño ó que ocasiona dolores ó que determina hemorragia, será preciso alejar más las sesiones de cateterismo ó suspenderlas por completo.

Las intervenciones quirúrgicas para corregir de un modo definitivo las lesiones del esófago, hasta ahora han sido poco brillantes. La dificultad de operar, á menos que el daño radique en el primer tercio de aquel tubo, y tanto como esto la naturaleza intrínseca del proceso, excepcion hecha de la estrechez por bridas, hacen poco menos que infructuosa la esofagotomía. Pero hay otra operacion (la de la fístula gástrica), que permitiendo alimentar á los enfermos con las sustancias directamente introducidas en el estómago, puede constituir un medio, si se quiere paliativo, pero al fin útil para evitar que el enfermo sucumba á la inedia ó al menos para prolongar sus dias.

#### ESOFAGISMO.

En rigor, el espasmo del esófago, lejos de constituir una entidad patológica independiente, es por punto general un síntoma de diferentes procesos morbosos: no negaremos sin embargo, la posibilidad de que por una impresion moral ó por un estado puramente imaginativo, entren los planos de aquel órgano muscular en contraccion espasmódica de orden idiopático. Las causas comunes que lo determinan son, por lo múltiples, de difícil relato, pero figura al frente de todas ellas el histerismo: con todo, diversas lesiones de la faringe, laringe y esófago pueden determinarlo, lo propio que el tétanos, la corea, la epilepsia, la ataxia locomotriz y otras enfermedades encefalo-medulares. Tambien la rabia y diversas sustancias que pueden ser venenosas, como la daturina, la atropina y los preparados estrícnicos, figuran en la lista de las causas de espasmo faringo-esofágico.

La aparicion del esofagismo es rápida y el enfermo se pone

disfágico, acusando en la parte una sensacion constrictiva y hasta dolorosa. De ordinario el espasmo radica á la vez en la parte baja de la faringe y en el primer tercio del esófago, por manera que el sufrimiento es percibido en la misma region del cuello. La dificultad de tragar puede ser absoluta, y en este caso, si el enfermo intenta la deglucion, ó pasan gota á gota por la parte contraida los líquidos que ingiere, ó son devueltos á la boca suavemente ó con estrépito, como simulando un vómito. La palpacion del cuello por medio de la mano, es negativa, ya que en muy contadas ocasiones se alcanza apreciar la dureza propia de los músculos del esófago contraidos; pero en cambio el cateterismo permite reconocer una resistencia más ó menos poderosa en el sitio del espasmo.

El ataque puede ser de duracion muy corta y cesar casi de repente con la misma brusquedad con que apareció; pero en algunos casos, particularmente en la histeria, le hemos visto prolongarse durante muchas semanas y hasta dos meses sin interrupcion.

Cuando aparece y se borra con rapidez, el esofagismo no acarrea ningun género de peligro y constituye tan sólo una cosa molesta; mas cuando se prolonga, acarrea el aniquilamiento de fuerzas, propio de una disfagia que parece hacerse permanente. No se olvide, empero, que los espasmos del esófago de muy larga duracion, suelen ser histéricos, y así se explica que los enfermos á pesar de la escasa ó nula ingestion gástrica y fiando tal vez la alimentacion al simple uso de enemas, no enflaquecen ni de mucho con la proporcion de los que padecen estenosis.

**Tratamiento.**— Ya que por lo comun el esofagismo es sintomático, claro es que interesa en primera línea el establecimiento de una terapéutica causal que variará en cada caso determinado. Pero el espasmo en sí, sea cual fuere su patogenia, exige recursos propios.