

- 33.—E. ABDERHALDEN.—*Ueber der Einfluss des Höhenklimas auf die Zusammensetzung des Blutes.*—Tesis de Basilea.—1902.
- 34.—W. HOLLIMANN.—*Zur Frage des Regeneration des Blutes.*—*St. Peters. Medic. Wochenschrift.*—1906.
- 35.—FERNANDO OCARANZA.—Primera memoria sobre las constantes fisiológicas del cuy aclimatado al Valle de México.—*Boletín de la Dirección de Estudios Biológicos.*—Tomo I. Núm. 4.—Abril de 1916.—México.
- 36.—FERNANDO OCARANZA.—Segunda memoria sobre la fisiología del cuy aclimatado al Valle de México.—*Boletín de la Dirección de Estudios Biológicos.*—Tomo II. Núm 1.—Enero de 1917.—México.
- 37.—Academia Nacional de Medicina.—Sesión del 15 de abril de 1914.—*Gaceta Médica de México.*—Tomo IX.—Pág. 243.—México.
- 38.—FERNANDO OCARANZA.—Histología de la sangre en diversos lugares de la República Mexicana.—V Congreso Médico Nacional.—1918.—Puebla.

Importancia clínica de la esofagoscopia como medio de diagnóstico de las estenosis del esófago.

DR. PEDRO P. PEREDO.

La clasificación de las estenosis del esófago desde el punto de vista de la exploración de este órgano, debe ser, a no dudar, la anatómica, pero en un sentido clínico creo que debo aceptar la etiológica, que será la que siga para alcanzar el fin que me propongo. Pero antes quiero recordar algunos *datos anatómicos*, que son tan indispensables de conocer, como fundamento para toda exploración que nos lleve a un diagnóstico preciso de la estructura del esófago. Estos datos son bien conocidos y sólo mencionaré que existen normalmente tres puntos estrechos en el esófago: uno en su nacimiento en la faringe, al nivel del borde inferior del cricoide, llamado boca del esófago; otro al nivel del cruzamiento con el bronquio izquierdo, y el otro en su terminación, en el cardias. La longitud del esófago es variable según la edad, el sexo y la talla; lo mismo diré respecto a su capacidad. La mucosa, también sufre modificaciones en su aspecto, color y caracteres, en relación con la causa etiológica de las estenosis.

Las estenosis esofagianas son producidas por causas *exo* o *endoesofagianas*. Entre las primeras se pueden citar: las neoformaciones de la región cervical, mediastinal o abdominal, que obran por la compresión del canal esofagiano; éstas son las menos frecuentes y de ellas no me ocuparé. Entre las segundas: los cuerpos extraños, las cicatrices consecutivas a úlceras producidas por quemaduras o por la acción corrosiva de agentes caústicos, póli-

pos, tumores malignos epiteliales, sífilis, tuberculosis, etc.; son las más frecuentes. Hay otra causa no menos frecuente que las anteriores, que en mi concepto acompaña siempre y contribuye a aumentar la estenosis, cualquiera que sea su origen, o bien se presenta aislada, sin que intervenga ningún factor etiológico apreciable. Me refiero a la estenosis de origen *neuropático*, o *espasmódico* como la llama Strumpell.

Los medios clínicos propios para hacer un diagnóstico de las estrecheces del esófago son numerosos: el conmemorativo (muy importante), la inspección, la palpación, la auscultación, el cateterismo con sondas o bujías apropiadas, los rayos X y la *esofagoscopia* especialmente; son los que nos ponen en aptitud de apreciar mejor su sitio, su profundidad, la mayor o menor permeabilidad del conducto, su naturaleza patogénica, etc., y todos los demás datos necesarios para hacer un diagnóstico diferencial y para elegir el más racional tratamiento. Clínicamente no debemos desdeñar ninguno de los medios conocidos para hacer el diagnóstico; pues los datos de un examen minucioso se suman y se completan, haciendo más preciso el resultado. La esofagoscopia directa es el medio, hasta ahora, más perfecto de todos y es al que se debe dar la preferencia para el diagnóstico de las estenosis. Sobre este procedimiento de exploración voy a entrar en algunos pormenores: pues aun cuando ya es bien conocido y entra en la práctica corriente de los especialistas, no lo es bastante entre nosotros, como lo merece, y creo oportuno encomiar su importancia haciendo una rápida y concreta descripción de él.

Comenzaré por transcribir algunos datos históricos. Kussmaul (1868) fué el primero en utilizar, para la exploración directa del esófago, un tubo rectilíneo; más tarde (1880) Mikulicz. Hacker (1887), Rosenheim (1894) y Gottstein, en Alemania y Moure (1902) en Francia, hicieron conocer este procedimiento. Kirstein tuvo el mérito de haber aplicado a la laringe y a la tráquea el método de examen directo, demostrando que era posible introducir tubos rectilíneos en las vías respiratorias. Killian (1897) fué más allá: precisó la técnica y probó que era posible examinar directamente, no sólo el esófago y la tráquea, sino los bronquios gruesos y pequeños de segundo y tercer orden, conductos que en virtud de su elasticidad son susceptibles de acomodar su dirección a la del tubo explorador. (1)

Este método fué aplicado y vulgarizado en Francia por Lermoyez y Guisez (1901), Moure, Brondel y Garel.

No me quiero detener en describir los distintos modelos de esofagoscopios; baste decir que, fundados en los mismos principios, se han construido varios, siendo los más prácticos y aceptados: el de Kasper, el de Kirstein, el de Guisez, cuya iluminación directa se hace con un reflector de Clar de foco largo y el de Brünings, cuya lámpara está incluida en el mango y la iluminación del tubo explorador se hace por la reflexión de la luz sobre un espejo inclinado en un ángulo de 45°. Los tubos exploradores varían de diámetro; siendo de 15 milímetros el diámetro máximo para los adultos y de 6 a 10 para los niños; su longitud también varía entre 25 y 45 centímetros. A

(1) *Técnica oto-rino-laringológica*.—ESCAT—1908.

los tubos se puede agregar un mandrín de caucho; este suplemento no es indispensable, pero puede prestar útiles servicios.

Para llevar a efecto una exploración debo recordar que en el adulto el esófago tiene una longitud de 22 a 23 centímetros; que su origen, en la laringe, corresponde, hacia adelante, al borde inferior del cartílago cricoide, hacia atrás, al cuerpo de la sexta vértebra cervical. Su extremidad terminal en el cardias corresponde al sexto espacio intercostal izquierdo o a la undécima vértebra dorsal. La distancia de la boca del esófago al borde de los incisivos superiores, es de 14 a 17 centímetros. Su dilatabilidad máxima es de 2 centímetros según Escat; pero este dato no es exacto. Guardo, como una curiosidad, un fragmento de una dentadura superior, muy irregular, que recorrió todo el canal intestinal, sin dificultades serias; mide 5 centímetros de largo por 25 milímetros en su mayor diámetro. En la mujer y en el niño estas dimensiones son inferiores.

Antes de proceder a cualquiera exploración, conviene que la anestesia local, con cocaína, que es la preferida en el mayor número de casos, sea tan completa como fuere posible; y la técnica debe ser cuidadosa, pues de ella depende el éxito que se obtenga.

La posición del enfermo tiene que ser aquella que más se acomode al fin que se persiga, tomando en cuenta los datos producidos por el examen previo de la faringe y los obtenidos con relación a la etiología del padecimiento. Varias son las actitudes o posiciones aconsejadas. Creo que la que menos fatiga causa, evita la congestión del cuello y de la cabeza y permite más libertad y comodidad al operador, es la que se da al enfermo sentándolo en un banco bastante bajo, con los miembros inferiores casi horizontales sobre el suelo; el busto erguido y ligeramente inclinado hacia adelante, la cabeza en extensión forzada y con ligera rotación a la izquierda, fijamente sostenida por el ayudante.

No describiré la técnica para la exploración ni las precauciones que se deben tomar, porque me apartaría del fin que me propongo; solamente haré mención de algunas particularidades y obstáculos que normalmente se presentan, para evitar confusiones. No siempre es fácil la penetración del tubo esofagoscópico en el origen del canal, debido a que la boca del esófago está siempre cerrada y, cuando la anestesia no es completa, el contacto del borde rígido y circular del tubo, provoca la contracción muscular o el espasmo del esfínter, formado por el constrictor inferior de la faringe. Esta dificultad se subsana si se ha tenido el cuidado de hacer el cateterismo previo por medio de una sonda blanda de goma, por el que se hayan podido apreciar diámetro, resistencia y contractilidad. Si apesar de esto hay dificultades se puede recurrir al mandrín de caucho, que sirve de guía o de conductor al tubo. Un procedimiento sencillo permite juzgar de las condiciones en que se encuentra la abertura faríngea del esófago y que creo debe practicarse siempre, como medio preliminar. Consiste en hacer un examen de la hipofaringe para apreciar las particularidades de su configuración y buscar la entrada de ese canal; esto se consigue fácilmente por medio de un alambre en forma de horquilla, con una ligera curva cerca de la parte doblada; una vez encontrada, se insinúa la horquilla haciendo ligeros movimientos de tracción pa-

ra separar sus paredes y darse cuenta de su diámetro, de su permeabilidad, del estado de la mucosa, etc., y, en caso necesario, para facilitar la entrada del tubo explorador. Vencido este obstáculo el tubo se introduce, en general, con suma facilidad.

En el estado normal, la cavidad del esófago en su parte superior es virtual, pues sus paredes aplicadas una contra la otra, solamente dejan percibir una línea de unión transversal; pero en la porción inferior permanecen separadas y el canal se conserva abierto, debido a la presión negativa de la cavidad torácica. El cardias normalmente permanece cerrado y suele ofrecer alguna resistencia al paso del tubo explorador.

Aun cuando no es frecuente, puede presentarse el caso de que el esófago se estreche al nivel de su cruzamiento con el bronquio izquierdo, lo que detiene un tanto el avance del tubo.

Hay algunas otras dificultades que son casi constantes y que se deben considerar como normales, pero que se dominan obrando con paciencia y prudentemente: me refiero a las de causa refleja, como los vómitos, las náuseas, la salivación abundante, la indocilidad del enfermo y la nerviosidad. En algunos individuos nerviosos o indóciles, conviene recurrir a la anestesia general y, en tales casos, la posición será en decúbito dorsal (posición de Rosse) o lateral.

Haya o no dificultades, por regla general, se debe aconsejar siempre una exploración con una sonda blanda de goma; ésta nos da una indicación precisa del sitio probable de la estenosis, de la capacidad del esófago y de otras particularidades, muy útiles para juzgar de las dimensiones del tubo que se debe usar.

Una vez vencido el primer obstáculo a la entrada del esófago, el ojo del observador debe seguir y guiar con mucha atención, el movimiento del tubo. Se puede inmediatamente apreciar el aspecto de la mucosa, que en su estado normal es rosada, flexible y se deja distender con facilidad; las paredes musculares ceden y se separan sin esfuerzo formando pliegues radiados. Esto no pasa en el tercio inferior; pues por efecto de la presión negativa que ejerce la cavidad del tórax, las paredes del esófago están separadas y su cavidad se llena con los productos mucosos de la secreción salival; así es que en esta porción del canal, la punta del tubo explorador queda separada de las paredes y el ojo que observa no ve más que la espuma formada por la saliva. Más adelante, el extremo del tubo se detiene momentáneamente en el cardias, cuyo esfínter se contrae por acto reflejo, pero cede bien pronto, si se hace una presión moderada y constante. Si se ha tenido la precaución de aspirar o secar bien con porta-algodones el fondo del esófago, se puede ver cómo las paredes se separan y los pliegues de la mucosa se borran conforme se hace la dilatación y el tubo penetra en el estómago.

Durante el trayecto que recorre el tubo esofagoscópico el ojo del observador puede examinar, en sus menores detalles, todas las particularidades de la estructura del esófago y obtener otros muchos datos y signos que hacen de este procedimiento de endoscopia uno de los más perfectos y más útiles, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de este órgano.

Siendo la estenosis el síndrome que caracteriza clínicamente y es la principal y a veces la única manifestación de muchos de los padecimientos del esófago, el primer dato de exploración que debemos obtener es el de conocer la permeabilidad o impermeabilidad del esófago, para rectificar, por este medio directo, si los datos del conmemorativo y los de los otros medios clínicos de investigación, que no se deben despreciar, coinciden y corresponden con el diagnóstico de presunción que se ha formado ya. Si hay un obstáculo a la penetración del tubo, el observador puede apreciar por la vista, por el tacto, con un estilete o con una bujía exploradora, el grado de la o las estenosis, su sitio, su número, su origen cicatrizal, inflamatorio o espasmódico, etc.; si existe un cuerpo extraño, su volumen, sitio, naturaleza, etc.

Las estenosis endógenas obedecen a causas múltiples, pero se pueden agrupar para el estudio, según su etiología, de la manera siguiente en: *cicatrizales traumáticas* (quemaduras, cuerpos extraños, heridas, etc.), *cicatrizales de orden médico* (inflamatorias, infecciosas, etc.) y en *neuropáticas* (histeria, etc.)

Las estenosis cicatrizales por *quemadura* son de las más frecuentes (50%) Casi siempre producen lesiones más o menos extensas y profundas según la naturaleza del cáustico (calor, potasa cáustica, amoníaco, ácido sulfúrico, etc.), formando escaras, que al eliminarse dejan en su lugar úlceras y éstas al cicatrizar convierten la mucosa y las paredes musculares en un tejido conjuntivo de nueva formación, duro, rígido, retráctil; y la retracción, que es progresiva y lenta, acaba por estrechar circularmente el esófago. El número y la extensión de las estrecheces es muy variable. Generalmente la boca del esófago y la región del cardias son los lugares donde las lesiones son más frecuentes y profundas.

Los *cuerpos extraños* por su simple contacto provocan una irritación o fenómenos inflamatorios en las paredes del esófago, que las infiltra, primero, las esclerosa, después, y al fin determinan un estrechamiento; por su volumen, su naturaleza y el tiempo que han permanecido detenidos, pueden alterar las paredes y producir los mismos resultados; los duros, irregulares, de aristas cortantes o puntas agudas (huesos, vidrios, clavos, etc.), suelen, por sí solos o ayudados por las contracciones peristálticas del esófago o por los esfuerzos del vómito, determinar heridas y úlceras profundas, siendo más frecuentes, cuando se han hecho intentos de extracción con procedimientos inadecuados. Estas heridas y las huellas que dejan son muy variables en cuanto a su sitio; generalmente en el cardias, lugar más susceptible, por ser donde se detienen más a menudo, es donde se producen desgarrros y heridas irregulares que dejan, también, cicatrices, pero lineales, unilaterales, cuya retracción se hace comúnmente a expensas de una de las paredes del esófago.

Las *heridas quirúrgicas* del esófago, dada la situación profunda de este conducto, son muy raras y solamente deben citarse las hechas por la esofagostomía externa, con el fin de extraer cuerpos extraños. Estas pueden ser causa de estenosis y su diagnóstico no ofrece dificultades

Las *estenosis de orden médico* se presentan como consecuencia de la cicatrización de úlceras. Algunos hechos de observación han demostrado que de

la misma manera que se forma la úlcera simple, redonda, del estómago, así se forma la *úlcera redonda* del esófago, cuyo sitio de predilección es la proximidad del cardias. Los antecedentes patológicos, su etiología, la existencia de una cicatriz lisa, circular, su unilateralidad, etc., confirman la idea de la semejanza de estos procesos patológicos.

Excepcionalmente se citan casos de estenosis cicatrizales médicas como consecuencia de algunas enfermedades infecciosas, agudas: *escarlatina*, *viruela*, *difteria*, por ejemplo. Por los procesos ulcerativos de la faringe y de la boca propagados al esófago, son susceptibles de estrechar este conducto por la transformación cicatrizal de sus paredes, bajo la forma de placas lisas, irregulares y unilaterales.

Entre las *infecciones crónicas* se señalan, también, como extraordinarios los casos de *gomas* o *úlceras sifilíticas*; éstas probablemente como consecutivas a lesiones semejantes de la faringe o de la laringe. El diagnóstico esofagoscópico, tomando en cuenta los antecedentes patológicos y la naturaleza de las lesiones concomitantes, puede establecerse sin dificultad. La *tuberculosis primitiva* no se ha comprobado; pero es posible, aunque raro, que se desarrollen úlceras de esta naturaleza en los casos de tuberculosis generalizada, en los que los pulmones, la laringe y la faringe han sido invadidos.

Respecto del *cáncer epitelial* se puede decir que hasta ahora pocos han sido los casos que se han podido confirmar durante la vida. En lo sucesivo, y con la ayuda de la esofagoscopia, es posible que se encuentre mayor número de estas degeneraciones, que antes solamente se diagnosticaban en el cadáver.

Las *estenosis cicatrizales de origen inflamatorio* han sido descritas recientemente, y su conocimiento se debe, en gran parte, a la esofagoscopia directa. Un proceso inflamatorio agudo o crónico, cualquiera que sea su causa, determina poco a poco, la esclerosis de las paredes del esófago y su estenosis consecutiva. Por la configuración de este canal se comprende que, en los lugares estrechos naturalmente, la extremidad superior o cervical y la inferior o cardíaca, son en las que la inflamación debe producir la esclerosis precursora de la estrechez. Este fenómeno se explica de dos maneras: o bien por una hiperplasia de la pared, en la que toman parte tanto la mucosa como la capa muscular subyacente, o por una retracción cicatrizal, esclerosa, consecutiva a la esofagitis crónica. Las causas iniciales de este proceso inflamatorio pueden ser muchas, pero las más frecuentes son las irritaciones crónicas, por la acción directa de ciertos alimentos, cargados de especias, o por la ingestión frecuente de alcohol.

Las *estenosis neuropáticas* están caracterizadas por el *espasmo*, y éste puede localizarse de preferencia en la boca del esófago o en el cardias; raras veces en otro lugar. La causa inicial del espasmo, obedece, en general, a la acción directa de un reflejo, que parte de una excitación local de las paredes del esófago. La acción directa del frío, sabido es, que en muchos casos produce un espasmo doloroso, intenso, que suele ocasionar hasta un síncope. En ciertas personas delicadas y bajo su influencia continuada o frecuente, el reflejo espasmódico se hace también constante y determina un estado de

estenosis que hace difícil el paso del bolo alimenticio. Lo mismo pasa con las personas que mastican mal y degluten precipitadamente, enviando al esófago un bolo mal preparado y voluminoso. El esfuerzo de las paredes de la faringe y de la base de la lengua, es superior a la resistencia del orificio superior del esófago, y el bolo al pasar provoca un espasmo. Algunas veces este espasmo no se produce sino en el orificio inferior y el bolo queda detenido durante mucho tiempo detrás del cardias, debido a que la resistencia de este esfínter es mayor, y que la acción peristáltica de las paredes musculares del esófago no es suficiente para vencer dicha resistencia. Estos espasmos intermitentes y pasajeros al principio, se hacen más o menos constantes después y llegan a provocar modificaciones nutritivas y circulatorias y cierto grado de inflamación que transforman las paredes del esófago histológicamente, y, el espasmo, antes simple, se convierte en una contractura espasmódica. Con el tiempo sus paredes sufren alteraciones o degeneraciones esclerosas o cicatrizales y, por consiguiente, la estrechez del conducto, que se caracteriza a la exploración objetiva por un anillo rígido, concéntrico, duro, que progresa lentamente y provoca, también, lentamente, la dilatación mecánica de la porción terminal del esófago, cuando estas lesiones han tenido lugar en el cardias.

Pero hay otra forma de espasmo que tiene su origen no en lesiones locales, ni por la acción directa de las causas que mecánicamente provocan el reflejo que lo determina. Me refiero al *espasmo idiopático*, al espasmo *neuropático puro*, al que está bajo la influencia directa de un estado patológico del sistema nervioso. Estos casos no son tan raros como se cree y si lo han sido, es debido a la falta de medios de diagnóstico para comprobarlos; pues muy frecuentemente se han confundido con el cáncer, con cuerpos extraños imaginarios, con estrecheces cicatrizales, etc. La falta de los antecedentes comunes a las estenosis, su desarrollo insidioso, el dolor que determinan, la disfagia progresiva, los vómitos esofagianos, la rápida desnutrición del enfermo y por último, la caquexia, han hecho fácil y frecuente esta confusión, y no pocos enfermos han sufrido la gastrotomía para evitar los peligros de una muerte por inanición. Actualmente los dos poderosos medios de investigación: la *radioscopia* y la *esofagoscopia directa*, nos ponen en aptitud de conocer mejor ciertos padecimientos que antes estaban fuera del alcance de los medios conocidos de exploración y de diagnóstico; y, no solamente desde el punto de vista del diagnóstico, sino para la terapéutica especial. La esofagoscopia es de inapreciable valor; nos da los datos directos para apreciar *de visu*, la diferencia entre los distintos padecimientos del esófago, y nos facilita los medios para remediarlos.

En los casos dudosos, en aquellos en que el conmemorativo no tiene importancia, ni hay datos que hagan sospechar una estenosis de origen cicatrizal o por cuerpos extraños, deberemos pensar en un espasmo neuropático y conducir nuestra investigación hacia los antecedentes neuropáticos hereditarios o individuales, sobre todo si se trata de una mujer en alguno de sus períodos críticos; examinaremos con cuidado su sistema nervioso, buscando las zonas de anestesia cutánea, propias de la histeria. Si estos antecedentes existen, el diagnóstico probable de un espasmo idiopático se impone, pero

deberemos confirmarlo, y para esto, solamente la esofagoscopia nos puede dar la certeza, alejando toda causa de error.

El caso que voy a referir me ha convencido de que existe esta forma de estenosis negada por algunos especialistas; no haré un análisis pormenorizado de él por no creerlo necesario; pero sí entraré en las consideraciones que la esofagoscopia me sugirió para formar el criterio, y haré resaltar las ventajas de este procedimiento sin el cual no me habría sido fácil llegar al diagnóstico.

La señora V. Ll. de R. se presentó en mi consulta el día 12 de diciembre de 1917, manifestándome que a mediados de septiembre de ese año había sufrido una gastrostomía, que le había permitido alimentarse por el estómago, durante tres meses; que esta operación fué practicada de urgencia por uno de nuestros hábiles cirujanos, con el fin de salvarla de una muerte segura por inanición; que, en efecto, el objeto se había conseguido; que había recobrado en parte sus fuerzas y que su estado general mejoraba notablemente; pero que estaba sujeta a sufrimientos constantes, y cada vez más intolerables, por la presencia de la cánula en la fistula estomacal; que deseaba saber si por algún medio se podría restablecer su alimentación por la vía normal, etc.

Procuré tomar todos los antecedentes que me ilustraran sobre la naturaleza de su padecimiento y me dió los siguientes informes: que el origen fué insidioso; lo primero que notó fué que tenía dificultad para pasar los alimentos, sin que hubiera dolor; pero que más tarde, pasados muchos días, la dificultad creció y después de algunos minutos de haber comido algo, tenía vómitos y dolor en el epigastrio y el pecho, que llegó a ser tan intenso que la obligó a prescindir de tomar alimentos. El acceso doloroso, al principio era provocado por los alimentos; pero después se presentaba espontáneamente, sin causa explicable. Los alimentos vomitados no eran descompuestos ni habían sufrido alteración alguna aun a las doce o catorce horas de haber sido ingeridos; siempre venían acompañados de grandes cantidades de mucosidades espumosas. Antes y durante los vómitos sufría accesos de tos seguidos de expectoración abundante. La dificultad para alimentarse, el dolor intenso y el agotamiento, la decidieron, después de veintidós días de vacilación, a aceptar la operación que se le había propuesto, como único medio de evitar su muerte por hambre. Se llevó a cabo el 16 de septiembre de 1917. Seis días después de operada tuvo vómitos de mal olor y aspecto, los que, probablemente, hicieron sospechar a los facultativos que la atendían, en la posible existencia de un absceso del mediastino, que se había abierto por el esófago. Tratando de confirmar esta hipótesis se hicieron dos exámenes bacterioscópicos, que descubrieron la existencia de neumococos de Fraenkel, estafilococos, bacterias vulgares, micrococos catarrales y sarcinas, elementos epiteliales de la boca, faringe y células bronquiales.

También se sacó una radiografía que, por medio del bismuto, hizo patente la existencia de una bolsa o dilatación lateral de la última porción del esófago; esta dilatación o divertículo, se ve en la radiografía hacia la izquierda de la línea media. Después de veinte días de la operación se intentó dar de beber agua a la enferma, quien pudo apreciar la sensación fría no sólo en el esófago, sino en la zona correspondiente a la dilatación. Trans

curridos dos meses pudo pasar sin dificultad algunos alimentos por la boca: pero bien pronto, a los cuatro días, se le volvió a alimentar por la cánula, pues se presentaron nuevas dificultades y otra vez las contracciones dolorosas del esófago en el cardias y los vómitos fétidos. Pasados quince días se hizo la última experiencia, con el mismo resultado que las anteriores.

Estos fueron los datos que obtuve cuando se me presentó. Tomando en cuenta la evolución de su padecimiento y las dificultades que encontraron los médicos que la trataron, para hacer un diagnóstico, creí que solamente la *esofagoscopia* podría esclarecer las dudas. La señora, resignada a todo, aceptó mi indicación, y practiqué la exploración de su esófago, el 13 de diciembre de 1917. Con todas las precauciones del caso, logré introducir el tubo hasta el cardias, sin ninguna dificultad y sin encontrar nada extraño en las paredes del esófago; al llegar a la porción terminal, pude apreciar la existencia de la dilatación, por la gran cantidad de saliva mucilaginosa y espumosa que inundó el tubo; después de agotada, y seco el campo de exploración, pude observar que el cardias estaba aparentemente, sano, estrechamente cerrado, sin huellas de lesión o de cicatriz; hice un intento de vencer la resistencia que oponía y, con sorpresa ví penetrar, sin gran esfuerzo, el tubo, de 13 milímetros de diámetro, a la cavidad del estómago. Aprovechando esta circunstancia, y la paciencia y resistencia de la enferma, dejé en su lugar el tubo, todo el tiempo que fué soportado.

El problema, según mi pensar, estaba resuelto en lo relativo al tratamiento, que era lo interesante. En efecto, durante dos meses, haciendo sesiones terciadas al principio y más retardadas después, practiqué el cateeterismo del esófago, con sondas blandas, inglesas, de distinto diámetro, siendo el menor de 1 centímetro, y dejándolas permanecer de treinta a cuarenta minutos. En las primeras sesiones hubo alguna dificultad al paso de la sonda por el cardias, debido a la contracción de su esfínter, pero después se hizo cada vez más fácil y más soportable para la enferma. Desde el mismo día de la esofagoscopia aconsejé a la enferma que tomara pequeñas cantidades de leche; así lo hizo y después de algunos días se le dieron otros alimentos, sin que hubiera retención en el divertículo, ni dolor, ni vómitos. Cuando la cantidad de alimentos suministrados por la boca fué suficiente, se abstuvo de la alimentación por la vía estomacal; así duró más de tres meses, sufriendo solamente la molestia grande que le causaba la presencia, inútil ya, de la cánula, que por prudencia dejé todo el tiempo que creí necesario. Por fin, en abril de 1918, a los cuatro meses de mi intervención, la puse en manos de nuestro hábil compañero, el doctor Velázquez Uriarte, quien cerró la fístula gástrica, dejando, hasta la fecha, a la referida enferma, en perfectas condiciones de salud.

Después del estudio detenido de los antecedentes y del resultado de mi intervención, me hice esta pregunta: ¿Cuál fué la causa de esta estenosis del cardias, que determinó una amplia dilatación del esófago; que puso en peligro la vida de la enferma por inanición y dió lugar a una urgente, oportuna y satisfactoria gastrostomía? No habiendo encontrado en el conmemorativo, ni en los datos clínicos, ni en la evolución del padecimiento, ni en el resultado de la exploración, nada que hiciera pensar en un cuerpo extra-

ño, en una quemadura, en un absceso o en un cáncer; y en vista del resultado final del tratamiento, creo que esta estenosis fué de origen *neuropático* y debe clasificarse entre los casos típicos de *cardioespasmo grave*, descritos por Strümpell. Debo advertir, aunque parezca contradictorio, que esta enferma no tiene antecedentes neuropáticos; que es enérgica, resignada, sufrida y bien equilibrada en todas sus facultades.

Recientemente he tenido oportunidad de confirmar mi creencia de que no son tan raras estas causas de estenosis: en dos enfermos hice este diagnóstico; y, después de algunos días de tratamiento, dándose por curados probablemente, han dejado de asistir a mi consulta. En ninguno de los dos encontré lesiones en el esófago pero sí una dilatación y el cardias contracturado. Bastaron las primeras sesiones de cateterismo, para suprimir la disfagia, el dolor, disminuir las regurgitaciones y casi normalizar la alimentación.

No cabe duda de que la *esofagoscopia* es un precioso medio de investigación clínica y un auxiliar de gran valor como medio de diagnóstico, y, seguramente, a él se debe, en los últimos diez años, el progreso alcanzado por Guisez especialmente, en Francia, en la terapéutica de las afecciones del esófago y en particular de las estenosis.

México, enero 29 de 1919.

Un caso de septicemia hemorrágica por neumo-bacilo de Friedländer.

DR. JOAQUÍN G. COSÍO.

Esperanza Pérez, de 23 años de edad, originaria de Miahuatlán (Estado de Oaxaca), entró al Hospital Juárez el 27 de julio del corriente año y ocupó la cama número 15 de la sala 10. Fué estudiada por el alumno Pedro Patraca.

Data la enfermedad actual del 16 del mismo mes de julio, día en que apareció como primera manifestación un dolor en el hemitórax izquierdo, sin que pudiera precisar la enferma el sitio exacto, aunque lo refería aproximadamente a la base del propio hemitórax. Este dolor era intenso, de carácter punzante, penetraba por la pared anterior y pasaba hasta la espalda, no tenía propagación en otra dirección y se acompañó de tos con expectoración algo espesa, de color un poco café y en escasa cantidad. La enferma tuvo al mismo tiempo calosfrío ligero, seguido de poca calentura.

A los tres días se atenuaron el dolor y la tos, pero aumentó notablemente la fiebre, y por este motivo pasó la enferma al Hospital.

Al día siguiente e inmediatamente después de haber tomado un vaso de leche tuvo un vómito muy abundante, de sangre de color rojo oscuro; la hemorragia se verificó sin tos y con esfuerzos de vómito. El mismo día y