

- (13) **Gilpin and Early.**—"Drainage of Cerebro-espinal fluid as a factor in the Treatment of Nervous Syphilis." Jan. 22, 1916.
- (14) **Swift H. F. and Ellis A. W. M.**—"The Treatment of Syphilitic Affections of the Central Nervous System, with special reference to the use of intra-espinal injections." Arch. Int. Med. 1913.
- (15) **Ogilvie H. S.**—"The Intraespinal Treatment of the Nervous System with Salvarsanized Serum of Standard Strength." The Journal of American Med. Assn. Nov. 14, 1924.
- (16) **Marinesco C. T.**—Presse Med. 1911. 65.
- (17) Breves consideraciones acerca del procedimiento de Corbus O'Conor, Lincoln y Gardner para el Tratamiento de la Neurosífilis, por **Torres Luquín P.** México, 1924.
- (18) **Brioso Vasconcelos, A.**—"Tratamiento de la Neurosífilis." México, 1924.
- (19) **Byrnes, C. M.**—The intradural administration of mercurialized Serum in the treatment of cerebrospinal Syphilis. Ibid. Dec., 1914.
- (20) **Ramírez Moreno, Samuel.**—"Tratamiento de la Parálisis General Progresiva." Memoria de Concurso Premiada por la Academia Nacional de Medicina. Gaceta Médica de México. 1928.
- (21) **Torres Martínez, G.**—Piretoterapia por Diatermia en la Neurosífilis. Tesis recepcional. México, D. F.
- (22) **Sezary, A.**—"La Syphilis Nerveuse." 1926.
- (23) **Ramírez Moreno, Samuel.**—"El problema de la profilaxis y el diagnóstico oportuno de la Parálisis General Progresiva." Medicina. Tomo V, año V, núm. 53. México. 1925.
- (24) **Ramírez Moreno, Samuel.**—"El Diagnóstico Preclínico de la Neurosífilis." Rev. Mex. de Psiquit. Neurol. y Med. Leg. Vol. II, núm. 6. Marzo, 1935.
- (25) **Chaslin.**—Elements de Semiologie et Clinique Mentales. Paris. 1912.

La Gastroscofia en México

Por el Dr. Abraham Ayala González*

Voy a tratar ante ustedes algunos puntos importantes que he podido, hasta la fecha, estudiar en México en relación con la gastroscofia.

El método endoscópico, como exploración clínica, ha constituido

* Leído, como trabajo de ingreso, en la sesión del 21 de octubre de 1936.

un positivo adelanto, pues debemos conceder que siendo precisamente objetivo, sus resultados son más decisivos para el diagnóstico.

La cistoscopia, ya de práctica corriente en urología, es, sin duda, el auxiliar más poderoso en el reconocimiento de padecimientos vesicales y renales, además de servir para exploraciones de las vías urinarias altas.

La broncoscopia, método esencialmente especializado, indispensable como medio terapéutico en la extracción de cuerpos extraños de las vías respiratorias, utilísimo en el diagnóstico de padecimientos incipientes, como las neoplasias bronquiales, y también de gran valor en la terapéutica de los abscesos pulmonares, ya es de nuestro dominio en la clínica moderna de las vías respiratorias.

No debemos desconocer que la esofagoscopia es el único medio con que contamos para el diagnóstico preciso de los padecimientos del esófago, siendo una falta irreparable no recurrir a esta exploración como rutina. Bien sabemos la importancia inestimable de hacer un diagnóstico oportuno de las neoplasias del esófago, siendo la esofagoscopia el único procedimiento que nos da seguridad del diagnóstico, y así poder diferenciar los cardiospasmos, de los estados ya mencionados. En manos acostumbradas al manejo del esofagoscopio, la exploración debe ser absolutamente inocente.

La recto-sigmoidoscopia debe ser un método también de rutina en la exploración del tubo digestivo bajo, constituyendo uno de los más antiguamente usados, habiendo sido perfeccionado por Bensaude, Mummery y otros.

Llegamos al tema que he escogido para desarrollar en esta sesión, punto que me ha apasionado por las dificultades técnicas que comprende, y no tanto ahora, sino cuando apenas contábamos con el gastroscopio rígido y cuando en Europa aún consideraban como método de excepción este método exploratorio. He agradecido sobremanera la molestia que le ocasioné a mi distinguido amigo el doctor Pous Cházaro, al traerme el aparato de Schindler, en su último viaje a Europa; pues con todo cuidado lo seleccionó y buscó la manera de hacer más factible su envío.

La gastroscopia iniciada por Mikulicks y algunos otros entusiastas en 1879, logró algunos éxitos exploratorios, pero tan reducidos, que prácticamente quedaba el procedimiento fuera de los alcances clí-

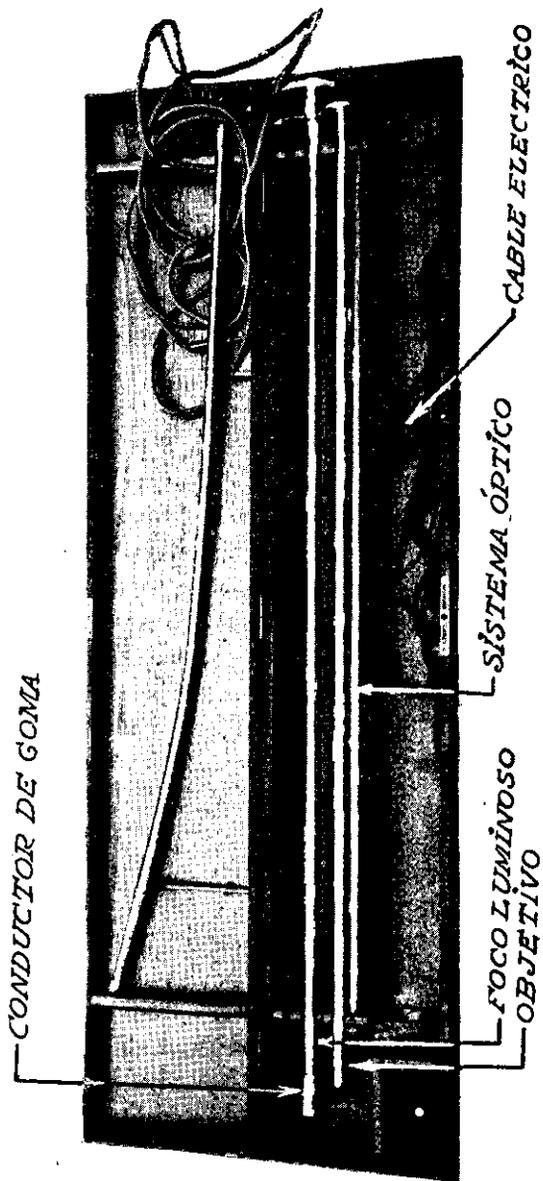


Fig. 1. GastroscoPIO de Elsner.

nicos habituales. Desormeaux, quien fundó los principios de la endoscopia en general, no sospechó el inmenso campo de sus aplicaciones. El gastroscopio de Mikulieks, acodado y rígido, casi era una arma homicida.

Más tarde, Rosenheim hizo fabricar un gastroscopio rígido, recto; logrando algunas ventajas Kelling y Kuttner con un artificio de resortes para hacer flexible el tubo endoscópico.

Rewidzoff en 1899 propone un conductor al aparato rígido, con lo cual indudablemente se atenúa el peligro; sucediéndose así diversos investigadores con aparatos sumamente peligrosos, trayendo desgarraduras del esófago, perforaciones del estómago, con consecuencias mortales siempre.

Los trabajos de Elsner en 1911 dieron nueva orientación a la gastroscopía, considerándose aún como bases a esta exploración en los tiempos modernos. Construyó su gastroscopio rígido, constituido por un tubo externo, que lleva en su extremidad distal un pequeño conductor de hule; en seguida el cristal por donde la lámpara ilumina y un pequeño orificio, por donde se asoma la pequeña lente que lleva lo que podría llamarse "mandrín del aparato". En su extremo proximal lleva el sistema de conexión eléctrica y un pequeño tubo lateral en donde se aplica una pera insufladora que sirve para distender las paredes del estómago a voluntad. Un pequeño orificio en el extremo distal pone en comunicación el aire que se insufla con la cavidad gástrica.

La parte más importante del aparato es su sistema óptico montado en el tubo interno, que se enchufa en el que acabamos de describir; una lente prismática que corresponde al orificio que está cerca de la lámpara en el tubo externo y el ocular en su extremo distal, que lleva al observador la imagen en un ángulo de 90 grados, un poco más pequeña que la natural.

Me serví del gastroscopio de Elsner (véase fig. núm. 1) para lograr mis primeras observaciones que constan en la tesis del señor doctor Leopoldo Gómez Jáuregui, no pudiendo ahora presentar a ustedes las imágenes logradas, por no haber podido obtener oportunamente el trabajo mencionado.

Debido a las dificultades de refacciones del aparato tuve que suspender los trabajos, pues la falta de focos y la destrucción del conduc-

tor de hule me impidieron seguir mis exploraciones. Siempre el uso del aparato rígido me tenía inquieto, pues no desconocía sus peligros.

En la historia de la gastroscopía no debemos olvidar al distinguido endoscopista Chevalier Jackson, quien desde 1907 hasta 1921 ya había practicado 1,700 gastroscopías; exploraciones indudablemente incompletas, pues utilizaba su gastroscopio rígido con visión directa, terminal; tubo tipo esofagoscopio con iluminación directa. Sin embargo, su afán, su tenacidad lograron imágenes muy elocuentes, a pesar de lo insuficiente que es su gastroscopio, para obtener una exploración completa del estómago. La gastroscopía entra de lleno al dominio de la clínica de los padecimientos de estómago con los adelantos que Schindler le da, debido, sin duda, a haber podido lograr que le fabricaran el magnífico gastroscopio flexible, que actualmente tengo en uso. La casa Wolf, de Berlín, consiguió esta maravilla de óptica, bajo la sugestión de Schindler, quien con su gastroscopio rígido desde 1921 se había dedicado con todo entusiasmo a la gastroscopía.

El gastroscopio flexible de Schindler (véase fig. núm. 2) es un verdadero sistema óptico de 75 centímetros de longitud, de 8½ milímetros de diámetro, con un segmento distal cubierto de hule, flexible, de 27 centímetros de largo; una porción rígida de 34 centímetros de longitud. La porción flexible lleva en su extremidad una esponja de hule que sirve de protector para el estómago, aunque ocasiona ciertas molestias para la introducción del aparato, de forma esférica, de consistencia blanda; en seguida va la lámpara que da una fuerte luz, suficiente para una muy buena iluminación de la cavidad gástrica; después va engarzada la primera lente, propiamente el objetivo. Esta pequeña porción rígida, que lleva la lámpara y el objetivo, mide 4 centímetros de largo. El segmento rígido tiene una señal que está a 40 centímetros del prisma objetivo y que, por lo tanto, indica que éste está ya en cavidad gástrica, un poco abajo del cardias o en el cardias mismo; la misma señal está a 30 centímetros del ocular que está colocado en la extremidad proximal del segmento rígido. Muy cerca del prisma objetivo, el hule de la porción flexible tiene varias perforaciones por donde penetra el aire a la cavidad del estómago, impulsado por una pera insufladora que se conecta en la extremidad rígida del gastroscopio; muy cercano a este enchufe existe otro para la conexión eléctrica. La porción metálica que sostiene el ocular lleva un botón que sirve de indicador para orientar la visión intragástrica.

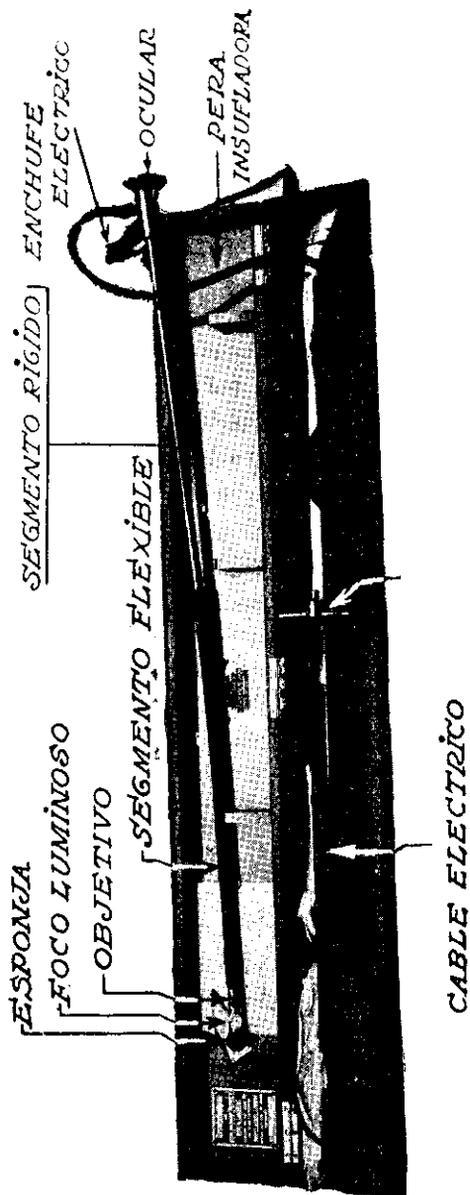


Fig. 2. GastroscoPIO de Schindler.

Ya veremos siempre en nuestras imágenes este indicador en la circunferencia que limita la imagen. El aparato lleva también un mango que inserta los cables eléctricos y que está precisamente en sentido opuesto del botón indicador, de tal manera que en la obscuridad de la observación no necesita el gastroscopista buscar el botón, porque el mango eléctrico le basta. La flexibilidad del aparato permite hasta un ángulo de 30 a 34 grados; la imagen se obtiene en un ángulo de 90 grados y el campo visual alcanza 60 grados. La imagen que se logra es un poco más chica que la normal y sin deformaciones. El aparato de Schindler viene equipado con una sonda especial para anestesiar la hipofaringe y la porción inicial del esófago, pero nunca la he utilizado, pues a pesar del consejo del autor, no lo creo necesario.

La descripción del aparato precedió a las consideraciones de este método de exploración, porque no concibo la gastroscopía clínica sin el aparato moderno de Schindler.

El método no ofrece ahora peligros para el enfermo, y los cuidados especiales que el gastroscopista debe tener son para el aparato tan delicado y no para el enfermo; pues algún movimiento brusco de éste, alguna maniobra imprudente del operador, puede luxar el sistema de lentes que el gastroscopio tiene y perder así el aparato.

La experiencia que he obtenido en gastroscopía, los diagnósticos decisivos en algunos casos, rectificando la radiología, me hacen afirmar que el procedimiento casi no ofrece riesgos y debe ser una exploración corriente en la clínica de los padecimientos del estómago. Para Schindler es una exploración de consultorio, semejante a cualquiera endoscopia de las más antiguamente usadas. No debe de sustituir a ninguno de los métodos conocidos a la fecha, radiología, quimismo, sino que es un valioso complemento, ya indispensable para el correcto diagnóstico del estado patológico del estómago. En relación a estas consideraciones, leía ya hace algunos años que la gastroscopía debería ser un método de excepción, no de uso corriente, y que difícilmente llegaría a alcanzar las ventajas de procedimientos exploratorios como la cistoscopia, rectoscopia, etc.

Ahora los conceptos han cambiado y ratificando las palabras de Schindler, Moutier y otros gastroscopistas, podemos afirmar que con el gastroscopio de Schindler la endoscopia gástrica es de práctica fácil, naturalmente con algunos inconvenientes, y que necesariamente

requiere alguna preparación, como es indiscutible que se necesita para hacer una esofagoescopía.

El enfermo que se va a sujetar a la exploración debe de estar en ayunas y aunque se ha recomendado un lavado previo de estómago, yo no lo hago, sino que únicamente recorro a extraer la secreción o líquidos duodenales que regurgitan al estómago, por medio de una sonda duodenal. La posición para esta operación preparatoria es en decúbito lateral izquierdo, facilitando así el depósito de los líquidos en la gran curvatura. Los líquidos gástricos impiden una observación correcta, siendo este el motivo para sondear previamente al enfermo, con lo que se evita hasta donde es posible la formación de burbujas que ocultan la imagen. La anestesia aconsejada de las fauces y de la hipofaringe, llegando hasta el esófago, por medio de la sonda especial y jeringa apropiadas del gastroscopio de Schindler, no la practico por considerarla innecesaria y en ninguno de mis enfermos observados y de las personas sanas que me han servido para escribir estas líneas, la he empleado. En algunas publicaciones que he hecho sobre esófago he indicado que no se necesita la anestesia local y en los cursos de graduados de la Asociación de Gastro-enterología practiqué siempre las esofagoscopias sin ninguna anestesia. Siempre he usado la posición en decúbito lateral izquierdo para el enfermo, posición de elección, facilitando así que el lago mucoso, es decir, la pequeña cantidad de secreciones del estómago y de líquidos del duodeno, se colecten en el fondo de la gran curvatura; también en esta posición el píloro se acerca hacia el objetivo y su observación es más accesible. En general, y a pesar de que algunos gastroscopistas usan alguna otra posición, ya no se discute la ventaja de la del decúbito lateral izquierdo.

Sostenido con las dos manos, el gastroscopio pasa con muy poca dificultad la faringe y la boca del esófago; con lentitud se prosigue hasta llegar al hiatus diafragmático, donde ofrece el esófago alguna resistencia, para caer en seguida al estómago. Generalmente el gastroscopio queda apoyado en la comisura bucal izquierda, pocas veces en la derecha, nunca en la parte media de la boca. La señal marcada en la porción rígida indica que la lente objetiva está en el cardias. Es indispensable insistir en que todas las descripciones que haré de imágenes gastroscópicas se refieren a una posición fija del enfermo, la de decúbito lateral izquierdo.

Así como conocemos la anatomía cadavérica y estudiamos la de

la víscera en la laparotomía, en las diversas operaciones, sobre todo de resección, debemos considerar la anatomía endoscópica muy especial, diferente también de la anatomía radiológica del órgano, para que nos sirva de base en nuestras observaciones, y poder interpretar los hallazgos de la anatomía patológica del enfermo.

Respecto de la movilidad del estómago, aunque teóricamente sabemos que está fijo por el hiatus diafragmático y por el píloro, a la gastroscopía encontramos una gran movilidad de esta última parte, por lo cual se nos acerca al objetivo cuando el enfermo está en decúbito lateral izquierdo, encontrando que en las personas de hábito universal asténico, la movilidad es mayor. La dirección del estómago forma un ángulo con el eje del esófago, siendo esto el motivo de las dificultades de la gastroscopía con el gastroscoPIO de Elsner, pues la cara posterior de la víscera se dirige hacia la pared anterior del abdomen.

La mucosa gástrica normal es de color rojo naranja, brillante, con pliegues más o menos desarrollados, según las regiones exploradas, formando casi siempre una red, y no apareciendo como a los rayos X se nota, en dirección longitudinal. Schindler niega la presencia de pliegues en el antro, pero yo, en mis escasas observaciones, he podido encontrarlos, bien aparentes para no confundirlos con contracciones del mismo.

Como indudablemente la anatomía del órgano, desde el punto de vista endoscópico, varía según las regiones exploradas, esquemáticamente y según Schindler, podemos dividir el estómago en tres sectores, más bien posiciones, que guarda el gastroscoPIO en la cavidad: Posición I (antropilórica); Posición II (media); Posición III (subcardíaca).

Posición I. Se alcanza con el gastroscoPIO apoyado en la gran curvatura, llegando la esponja hasta el fondo. Según la dirección del objetivo tendremos los diversos campos gástricos, que para comodidad de descripción, según Schindler y Moutier, se sintetizan en los esquemas siguientes: (Figs. 3 y 4.) (Los esquemas son tomados de los trabajos de Schindler y Moutier.)

La figura núm. 3 indica las diferentes posiciones que el gastroscoPIO puede tener dentro del estómago: I (antropilórica); II (posición media), cuando el objetivo del aparato alcanza la porción medio-

gástrica, y III (subcardíaca), como su nombra lo indica, el objetivo está en la porción del fornix., subcardíaca. Las letras L M indican la situación del lago mucoso.

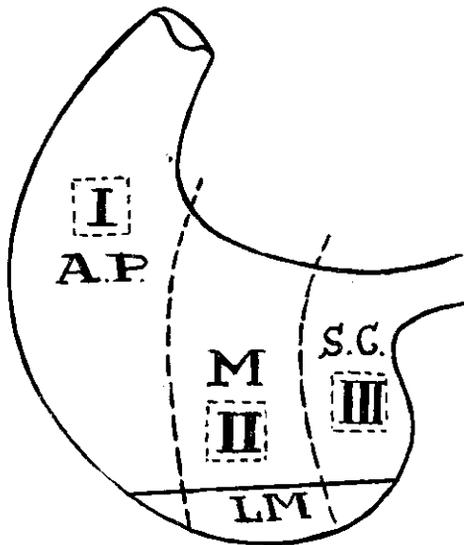


Fig. 3.

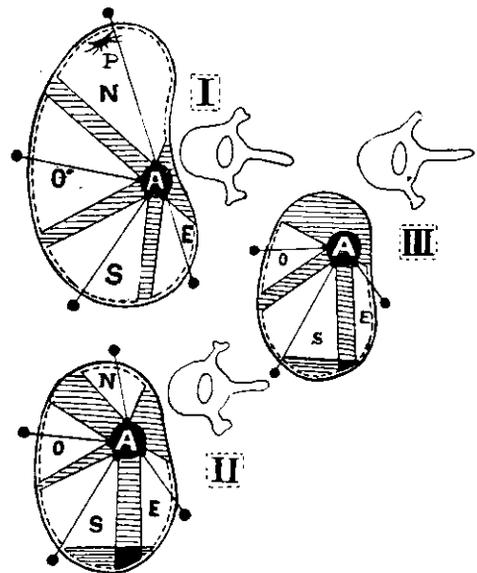


Fig. 4.

La figura núm. 4 presenta las porciones visibles, esquemáticamente, del estómago, según esté el objetivo en las diferentes posiciones ya señaladas. La letra A indica la situación del aparato; los puntos gruesos negros en la periferia de las figuras indican la orientación del objetivo; las letras N, S, O y E, los puntos cardinales Norte, Sur, Oeste y Este, respectivamente. Se presenta una sección transversal del estómago y una vértebra como orientación. Las regiones claras son las más visibles: las rayadas las que no se alcanzan fácilmente. La letra P. de la figura superior señala el píloro.

Comprende, como ven ustedes, también la posición 2 y la posición 3 del gastroscopio. Se ha convenido, para entender las imágenes, que la orientación del objetivo se llame como en los mapas: N (norte), S (sur), E (este) y O (oeste), según que el objetivo, indicado por el botón del gastroscopio, esté hacia arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda. Los puntos intermedios seguirán también la nomenclatura geográfica (noreste, sureste, etc.).

Las imágenes logradas en la posición I deben exponerse precedidas del esquema, para así comprender más la orientación del gastroscoPIO y la región explorada.

Posición I.—Sector N: Dos situaciones encontramos que en el esquema se demuestran, y apreciables en las figuras 5 y 6.

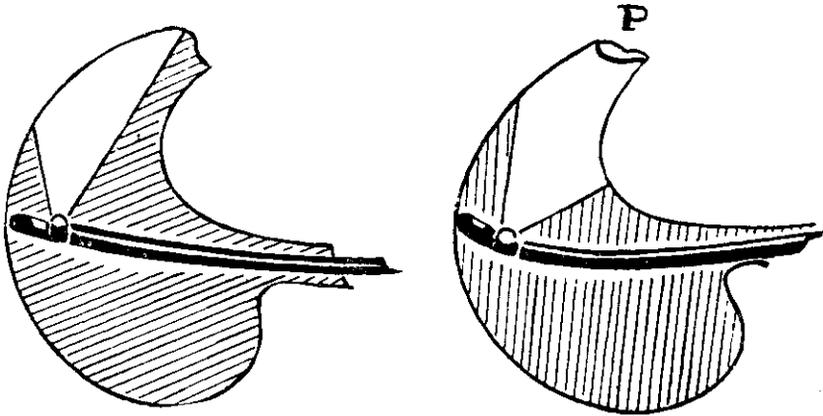


Fig. 5.

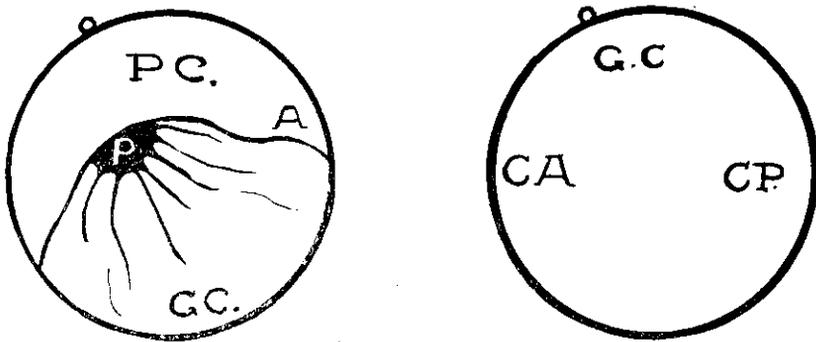


Fig. 6.

En la figura 5 aparecen dos esquemas, con zonas de visibilidad gastroscópica un poco diferentes, puesto que en el primero no se hace visible el píloro; en la situación que marca el segundo esquema sí se aprecia el esfínter.

El primer esquema de la figura 6 corresponde a la imagen que se

obtiene cuando el gastroscopio está en la situación del esquema segundo de la figura 5.

El segundo esquema de la figura 6 corresponde a las zonas visibles cuando el aparato guarda la situación del primer esquema de la figura 5.

Se puede notar, además del píloro, el ángulo del estómago que divide la viscera en dos porciones, la vertical y la horizontal o antral, considerando de pie al enfermo; y cuando se explora la cara anterior, es decir, en el sector E y parte en el S; se puede advertir que un repliegue se continúa con los pilares del ángulo, para constituir el **musculus sphinter antri** de Schindler, cuya interpretación, significación anatómica y fisiológica es motivo de otro trabajo, pues debe exponerse el estudio gastroscópico de este esfínter, con las investigaciones cadavéricas que empiezo a efectuar y con las observaciones en las laparotomías terapéuticas que constantemente llevamos a efecto en nuestro Servicio de Gastro-enterología.

De todas maneras debemos aceptar desde luego que el **musculus sphinter antri** divide el estómago en dos porciones, la superior o **pars digestoria**; la inferior o **pars egestoria**, coincidiendo casi siempre con el ángulo del estómago y que desde el punto de vista de anatomía radiológica, se conoce con el nombre de incisura angular. A la gastroscopía no debe aceptarse este nombre, pues la imagen no es de incisura sino de ángulo, como le seguiremos llamando a esta región.

Las gastroscopías practicadas por mí en el Servicio de Gastro-enterología, alguna de las cuales apreció el maestro Fernández, me enseñaron que las contracciones del **antro** pilórico siempre empezaban un poco abajo del ángulo, en forma concéntrica de anillos, para terminar en el píloro.

Cuando el gastroscopio en esta posición I ve al sur, tendríamos esquematizada su situación en la figura 7 (primer esquema) y la imagen obtenida (segundo esquema). Es de advertirse la pequeña porción visible del lago mucoso.

Posición II.—Es llamada también media, corresponde a la que el gastroscopio guarda cuando se coloca en la porción media del estómago. Se representa en las figuras 8 y 9.

Posición III.—Subcardíaca. La figura 10 indica una imagen muy difícilmente obtenida, en casos realmente raros, como las logradas por

nosotros. Pueden estudiarse más adelante en la lámina II. Adviértase que el botón del gastroscopio está al N.

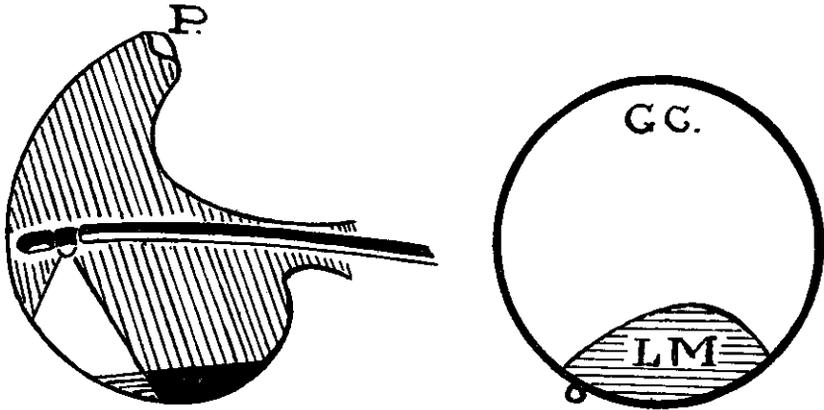


Fig. 7.

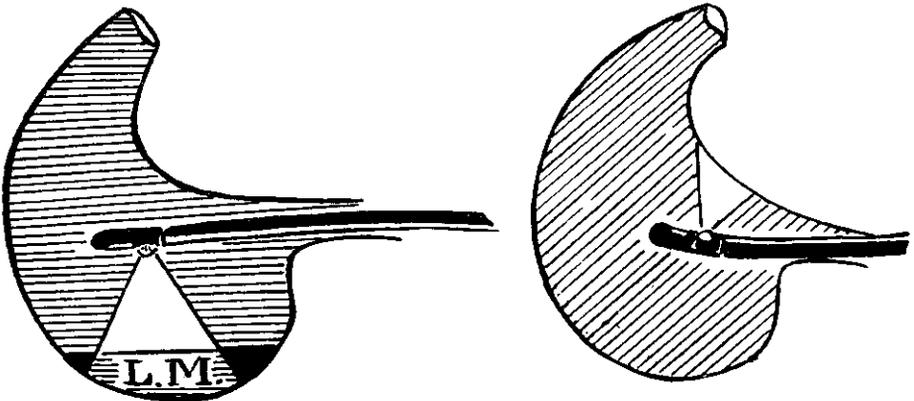


Fig. 8.

Fig. 9.

La figura 11 indica la zona visible cuando el gastroscopio en posición III, ve al S.

Las observaciones logradas en casos de estómagos normales serán descritas más adelante, después de exponer las imágenes correspondientes. Véanse las imágenes del 1 al 13 de la lámina I y de 14 al 16 de la lámina II.

En relación ya con casos patológicos, puedo mostrar a ustedes al-

go de interés, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico, permitiéndome hacer algunos estudios comparativos de rayos X.

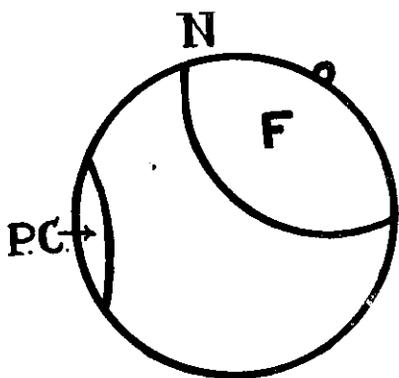


Fig. 19.

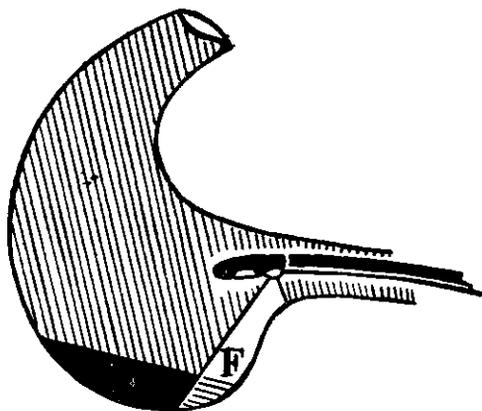


Fig. 11.

Gastritis crónicas

He observado varios casos de gastritis crónica cuya descripción la haré con detalle en las láminas de polieromía que expondré después.



Fig. 12.

Un enfermo interesante a este respecto es González Cosío, un síndrome doloroso del epigastrio, con ritmo de duodenal. Al examen radiológico se encontró una pequeña úlcera en la curvatura menor y un aspecto pseudo-neoplásico del antro. (Fig. núm. 12.)

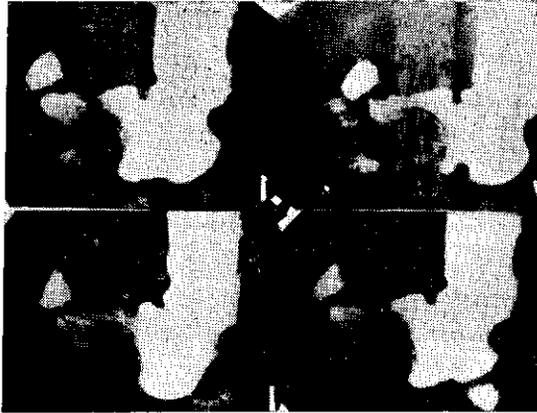


Fig. 13.



Fig. 14.

Su quimismo era bajo al estímulo de la histamina. Radiológicamente el accidente de la pequeña curvatura dejaba alguna duda y el aspecto del antro hacía temer un neoplasma. Además con quimismo bajo, las dudas aumentaban. La gastroscopía demostró una úlcera de

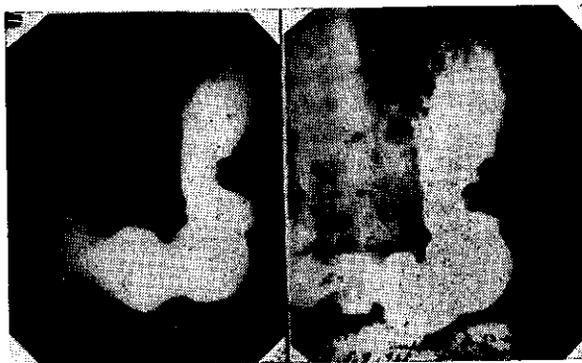


Fig. 15.

la pequeña curvatura y una gastritis hipertrófica del antro. Un tratamiento médico en cama y con inyecciones de histidina trajo una real mejoría clínica con desaparición del nicho de la pequeña curvatura. La gastroscopía más cuidadosa no demostró lesión ulcerosa; pero



Fig. 16.

los fenómenos clínicos no desaparecieron por completo. El aspecto del duodeno, que presentaba francas anomalías, hacía temer doble lesión. (Véanse las imágenes gastroscópicas núms. 19, 20, 21 y 22 de la lámina II.) Se decidió la intervención, habiéndose practicado con Koster:

en la pequeña curvatura, por la porción serosa del estómago apenas se encontraron huellas de una lesión cicatricial; el antro sano y el duodeno normal. Se practicó una gastrotomía, habiéndose advertido en la pequeña curvatura una pequeña cicatriz de úlcera y otra aún en actividad, lesiones hipertróficas de pequeña curvatura y de todo el antro. De las márgenes de la incisión del estómago se pudo obtener una pequeña porción que estudió histológicamente el doctor Martínez Báez, concluyendo que se trataba de una gastritis hipertrófica crónica. Se cauterizó la lesión ulcerosa, en vista de que el quimismo era bajo. El enfermo sanó en dos semanas.

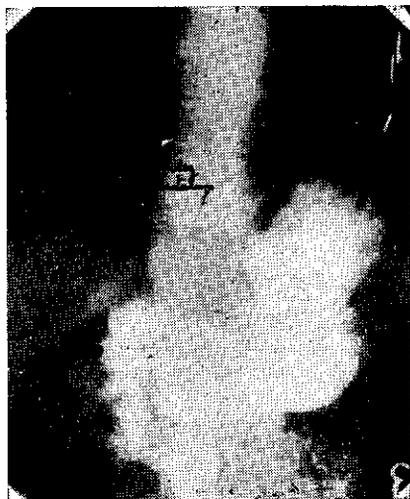


Fig. 17.

Se presentó al Servicio de Gastro-enterología la señora M. P. de 60 años con un diagnóstico de neoplasma gástrico, que aunque clínicamente no era seguro, el estudio radiológico era muy sugestivo. (Fig. núm. 13.)

La gastroscopía solamente demostró una gastritis hipertrófica. La búsqueda más cuidadosa con el gastroscopio no enseñó sino lo que se muestra en la imagen 23 de la lámina II. En vista de esto, insistí con el radiólogo para nuevo estudio. Ya en la segunda exploración no se encontró la anomalía que se había visto. El radiólogo explicó que probablemente la compresión de la columna vertebral había contribuido a producir las primeras radiografías.

Ulceras del estómago

D. G. Ulcera de la pequeña curvatura, con su cortejo habitual de síntomas (julio de 1936). (Véanse las figuras núms. 14 y 15, que demuestran nicho de la pequeña curvatura, rigidez y rectitud con escotadura de la gran curvatura enfrente de la lesión.) La figura 14 se obtuvo antes del tratamiento, la 15, después de 48 inyecciones de histidina. Las imágenes gastroscópicas 24, 25 y 26 de la lámina II dan una idea clara de la evolución de la lesión.



Fig 18.

E. B. Ulcera de la pequeña curvatura. (Véase la figura núm. 16.) Nicho de la pequeña curvatura antes de la cura de reposo y de histidina. La radiografía de la derecha no demuestra la lesión, después del tratamiento. Curación clínica aparente; radiológicamente también y a la gastroscopía igualmente. (Estúdiense las imágenes gastroscópicas núms. 27 y 28 de la lámina III.)

Gregorio H. Ulcera crónica de la pequeña curvatura, con grandes infecciones de los dientes. Primera radiografía en julio de 1936, se-

gunda en septiembre y tercera en octubre. La gastroscopía se efectuó en octubre. (Véanse las figuras números 17 y 18 y las imágenes gastroscópicas números 29 y 30 de la lámina III.)



Fig. 19.



Fig. 20.

Genoveva F. Ulcera de la pequeña curvatura. (Véase la figura núm. 19.) La imagen gastroscópica número 31 de la lámina III da una idea cabal de la lesión. La primera radiografía superior se tomó hace año y medio; la primera inferior algunos meses después, habiénd-

dose tratado con reposo en cama y con inyecciones de pepsina. Aquí la lesión no aparece. Posteriormente recaída y aparición de nuevo de la lesión radiológica.



Fig. 21.

Tumores del estómago

José N. Molestias vagas del estómago, sin orientar el diagnóstico; anemia, astenia y secreción muy baja. Tumor palpable en el epigastrio, muy movilizado. Imagen radiológica lacunar y diagnóstico de tumor benigno del estómago. (Véase la figura 20, y la 21, que corresponde al estudio de rayos X después de la gastrectomía a que se sujetó el enfermo.) Las imágenes gastroscópicas del enfermo son los números 32 y 33 de la lámina III. El doctor Martínez Báez encontró principio de degeneración maligna en el tumor extirpado.

Doroteo M. Síndrome canceroso del estómago. Acidez nula; 3 meses de evolución, gran baja de peso, anemia y reacción de Wassermann intensamente positiva. (Véase la figura núm. 22, que ratifica el diagnóstico de cáncer del estómago. Gastroscopía.) (Véanse las imágenes gastroscópicas núms. 34, 35 y 36 de la lámina III.) Intervención sin poder hacer nada. Biopsia confirmando el diagnóstico.

Gastrosco-pías postoperatorias

G. C. Síndrome ulceroso del duodeno con estenosis pilórica acentuada; dolores postprandiales tipo duodenal y grandes vómitos de éstasis. Radiografías antes y después de operada. (Véase la figura núm. 23.) La imagen gastrosco-píca corresponde a la núm. 37.

M. de la V. Caso semejante al anterior. La figura 24 con radiografías antes y después de operada señalan el tipo de lesión. La imagen gastrosco-píca núm. 38 corresponde a esta enferma.



Fig. 22.

H. C. Imagen gastrosco-píca de una gastro-enteroanastomosis, con lago mucoso. Imagen núm. 39 de la lámina III.

Después de esta exposición de mi experiencia en gastrosco-pía como medio de diagnóstico en el proceso a que sujetamos a nuestros enfermos, me queda, sintetizando mis ideas, en unas pocas palabras, establecer conclusiones:

La gastrosco-pía es método de diagnóstico de reciente uso en México. Las observaciones que presento son las primeras que se han efectuado aquí con el gastrosco-pio flexible de Schindler.

**Fig. 23.**

La anatomía gastroscópica es diferente de la anatomía cadavérica y de la radiológica.

La gastroscopía llena un vacío en el conocimiento perfecto de las gastritis y en general en todas las gastropatías.

La gastroscopía rectifica en algunos casos el diagnóstico habitual clínico y el radiológico.

Por medio de esta exploración podemos seguir el curso de las lesiones, sobre todo de la úlcera, y la influencia de la terapéutica sobre las mismas.

Se ha pronunciado en ocasiones la curación clínica y radiológica de la úlcera y la gastroscopía enseña que debemos esperar aún.

**Fig. 24.**

De gran valor en el diagnóstico de los tumores benignos y malignos del estómago.

Finalmente, debe considerarse la gastroscopía como medio muy útil que la clínica del estómago debe de aprovechar rutinariamente, complementario de otras exploraciones ya en uso, rayos X, quimismo gástrico, etc., de ninguna manera como sustitutivo. No puede excluir los medios habituales de diagnóstico.



LA TRADICION DE LA GACETA

En el primer número de la "Gaceta Médica de México", aparecido el jueves 15 de septiembre de 1864, como periódico de la Sección Médica de la Comisión Científica, se publicó el Prospecto firmado el 1º del mismo mes por el presidente de la Sección, Dr. Ehrmann, y por el presidente de la Comisión de Publicaciones, Dr. Jiménez. En ese prospecto figuran los siguientes párrafos:

"Se propone (la comisión) antes de todo el poner a la vista de cada uno de sus miembros, en un periódico bimensual, los frutos que haya podido reunir en su seno; y además todo lo que se halle de más importante en las publicaciones extranjeras que lleguen a sus manos y cuantas comunicaciones de interés quieran dirigirlle las personas inteligentes que la favorezcan con sus producciones." "Ninguna bandera especial defenderá la Gaceta, sino que ella será un reflejo del movimiento de las ideas en el orden científico, no sólo de la medicina propiamente dicha, sino de las otras ramas que le pertenecen y en que la Sección está subdividida."

LAMINA I

Núms. 1 y 3.—Imagen obtenida en posición I, orientación N. Se ve el piloro, pliegues bien notables, concéntricos. Imagen normal.

Núms. 2, 4 y 5.—Imagen pilórica normal. Angulo del estómago aparente. El gastroscopio no choca con la gran curvatura y el objetivo tiene orientación NO. Pliegues menos aparentes en porción supra-angular de pequeña curvatura.

Núm. 6.—Mucosa gástrica con su red vascular. Posición I. Orientación S (gran curvatura visible).

Núm. 7.—Porción supra-angular de pequeña curvatura. Posición II. Orientación N. Red vascular visible.

Núms. 8 y 9.—Angulo del estómago visible. Porción supra-angular y antral aparentes. Ausencia de pliegues en la región supra-angular de pequeña curvatura. Imagen normal. Posición II. Orientación N.

Núm. 10.—Gran curvatura con su lago mucoso. Red vascular aparente. Posición II. Orientación S.

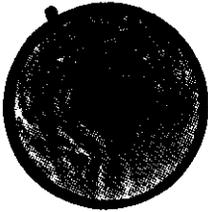
Núm. 11.—Gran curvatura normal. Pliegues visibles. Posición II. Orientación S.

Núm. 12.—Gran curvatura normal. Pliegues no paralelos. Posición II.

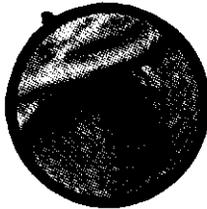
Núm. 13.—La misma posición y orientación. Lago mucoso visible en la porción inferior de la imagen.

LAMINA I

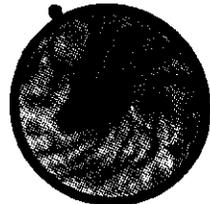
NORTE



1



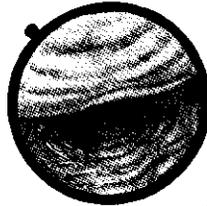
2



3



4



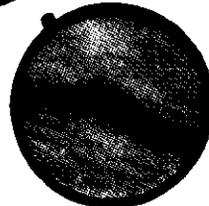
5



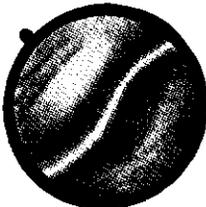
6



7



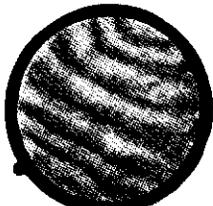
8



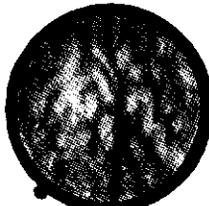
9



10



11



12
SUR



13

O

ESTE

LAMINA II

Núms. 14, 15 y 16.—Porción yuxta-cardíaca del estómago. Posición III con gastroscopio en orientación S y N. Los números 15 y 16 indican imágenes del tórnix gástrico.

Núms. 17.—Gastritis atrófica hemorrágica: región casi sangrante de la gran curvatura. Posición II.

Núm. 18.—Gastritis crónica hipertrófica. Edema del ángulo gástrico con pequeñas ulceraciones. Posición II.

Núms. 19, 20, 21 y 22.—Gastritis crónica hipertrófica. Aspecto extraordinario de los pliegues de la pequeña curvatura (20 y 21), en posición II. Úlcera de la pequeña curvatura, porción supra-angular (22); posición II. (González Cosío.)

Núm. 23.—Posición II. A la gastroscopía sin insuflación se creyó ver una úlcera, pero distendiendo el estómago, la falsa imagen desapareció, mostrándose los pliegues gruesos e hipertrofiados de la mucosa (Margarita Pérez).

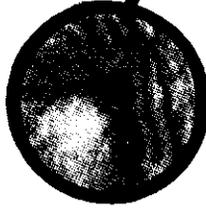
Núms. 24, 25 y 26.—Posición II. Úlcera de la pequeña curvatura en diferentes períodos de evolución. Núm. 24: antes de la histidina. Núm. 25: después de 48 inyecciones de histidina. Núm. 26: Cicatrizada; apenas visible, después de 72 inyecciones de histidina.

LAMINA II

NORTE



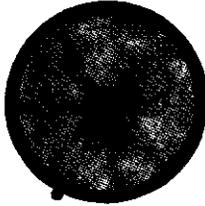
14



15



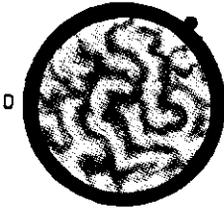
16



17



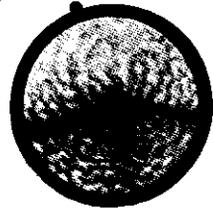
18



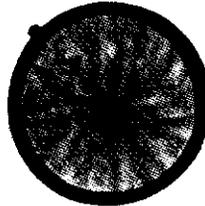
19



20



21



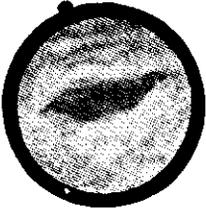
22



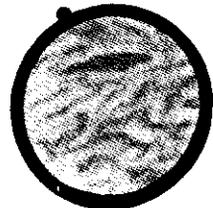
23



24



25
SUR



26

LAMINA III

Núm. 27-E. B.—Úlcera de la pequeña curvatura, antes del tratamiento de histidina y de reposo.

Núm. 28.—La misma úlcera ya cicatrizada. Posición II.

Núm. 29-G. H.—Úlcera de la pequeña curvatura, con edema muy marcado peri-ulceroso; antes del tratamiento de histidina y de reposo. Posición II.

Núm. 30.—El mismo enfermo. Desaparición de los síntomas, después del tratamiento; desaparición del nicho y del edema; pero persiste la lesión.

Núm. 31-G. F.—Úlcera de la porción supra-angular de la pequeña curvatura. Posición II.

Núms. 32 y 33-J. N.—Tumor benigno de la gran curvatura del estómago. Posición II. Nótese la orientación.

Núms. 34, 35 y 36-B. M.—Imágenes de cáncer del estómago. Infiltración y ulceraciones. Posición II en los Núms. 34 y 36. Posición I en la Núm. 35.

Núms. 37, 38 y 39.—Imágenes de la boca anastomática en tres enfermos diferentes.

LAMINA III

NORTE



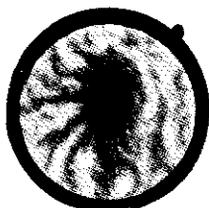
27



28



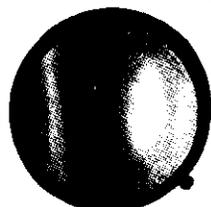
29



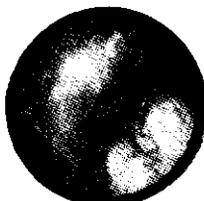
30



31



32



33



ESTE

34



35



36

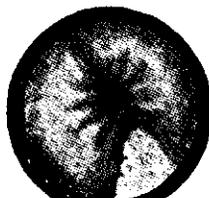


37



38

SUA



39

Comentario al trabajo de ingreso del doctor Abraham Ayala González

Por el Dr. Esteban Pous Cházaro

Es motivo de gran satisfacción para mí el comentar el interesantísimo trabajo del Dr. Ayala. Interesante, no solamente por tratarse de un asunto novedoso, sino, más que nada—y esto es lo más importante—por el paciente trabajo de observación que entraña la casuística radiológica y gastroscópica que nos presenta. Por otra parte, y como ha dicho el Dr. Ayala, pude yo adquirir personalmente para él, en Berlín, el gastroscopio semiflexible de Schindler-Wolff, y contribuir de ese modo a la formación del trabajo cuyo comentario se me encarga.

Ha hecho el Dr. Ayala González la historia evolutiva de la gastroscopía, en lo que a gastroscopías se refiere. Y puesto el tema en el estado actual—gastroscopio semiflexible de Schindler-Wolff—hemos de sujetar, él su trabajo, y yo mi comentario, a la exploración y a sus resultados en el momento actual.

Traigo en ese punto dos opiniones extremas, ambas respetabilísimas: la de Francois Moutier, que afirma que es la exploración ideal y más fecunda en resultados, y la de René Guttman, que dice que ninguna gastroscopía puede suplir una serie de clichés bien hechos y mejor interpretados. Ambos, uno en pleno optimismo que lo ha llevado a publicar su interesante libro, y el otro en pesimismo absoluto, representan los extremos criterios sobre una exploración que no ha adquirido todavía carta de naturaleza, pero que va abriéndose camino en el medio hospitalario. El mismo pesimismo de Guttman no es obstáculo para que sus enfermos sean explorados con el gastroscopio por Moulouguet y por Lehman.

De allí que, conocidas esas opiniones, haya escuchado con tanto placer la afirmación de Ayala, en el sentido de que la gastroscopía, en su concepto, no debe sustituir a ninguno de los conocidos procedimientos de exploración, sino que es un medio de exploración más de que dispongamos en beneficio de nuestros enfermos. Allí está precisamente uno de los más grandes méritos que a mi juicio tiene el trabajo del Dr. Ayala.

Todos están de acuerdo en que la gastroscopía sigue siendo un

método de exploración hospitalario, a pesar del gran progreso realizado por Wolff-Schindler con el gastroscopio semiflexible. En efecto, la clientela civil aun no saca de la gastroscopía los beneficios que obtendrá cuando los progresos ópticos permitan construir un aparato todavía más flexible y más delgado. Pero como lo hacía notar el Dr. Ayala, compárese el anterior gastroscopio rígido de Schindler con su modelo actual, y se verá el enorme adelanto realizado por Zeiss en materia de óptica.

Ayala sigue, como Moutier, el camino de practicar el mayor número posible de gastroscopías. En asuntos de orden práctico es el único camino de llegar a la perfección del *modus operandi*. Sólo hay que desear mayor disciplina en nuestros enfermos de hospital.

Debe la Academia sentirse satisfecha de que los nuevos valores científicos que llegan a ella, vengan apoyados en trabajos como el que me ha tocado en suerte comentar: novedoso, documentado, original, lleno de observaciones personales y de juicios propios, que no sorprenden a quien como yo, y conmigo muchos colegas, conocemos la innegable competencia del Dr. Ayala.

Las grandes figuras en la Historia de la Anestesia. Horacio Wells

Por el Dr. Benjamín Bandera*

En una ocasión anterior me ocupé de tres personalidades significativas en la historia de la anestesia: Crawford W. Long, el primero que usó el éter como anestésico en una operación quirúrgica; David Waldie, predecesor de los trabajos de Simpson sobre el cloroformo, y John Snow, el primer especialista en la materia; hoy presentaré la figura del primer dentista que empleó el protóxido de ázoe con fines anestésicos, desconociendo los experimentos de Long, y siendo por esto considerado por muchos, aunque no con entera justicia, como el descubridor de la anestesia quirúrgica.

El 21 de enero de 1815, nació el niño Horacio Wells, en la po-

* Leído en la sesión del 28 de octubre de 1936.