

EL ESPACIO DE TRAUBE EN CLINICA

Dedicado a los Señores académicos Esteban Pous Cházaro y Gustavo Baz, como agradecimiento a un favor que recibí de su bondad y saber.

En un trabajo reglamentario dije, no ha mucho a esta Academia, cómo debe estudiarse en Clínica una enferma con **metrorragias**; en otro escrito posterior, también oficial y académico, hablé sobre los lineamientos de la **Clínica de urgencia**; al Congreso Médico último llevé un trabajo que intitulé "**Clínica del feto muerto**". Hoy prosiguiendo este camino que me es conocido, traigo a ustedes otro estrito del mismo tenor que he denominado **El espacio de Traube en Clínica**. Mi idea y propósito con este género de comunicaciones, es llevar el conocimiento puro al **campo de la acción**, pues la Ciencia abstracta, austera y majestuosa como es, vive muy alta para fecundar la vida; hay que hacerla descender al mundo para que **sea útil al hombre**. La Clínica en Medicina es la rama del saber que cumple ese destino, en consecuencia, hay que dedicarle el pensamiento y cabe hablar de ella en esta Sociedad sabia.

La sonoridad pregástica lleva el nombre de Traube, en honor y memoria de este médico alemán que fue el primero que notó su existencia y fijó su significación. Esta región tiene una **personalidad semeoclógica** de primer orden, quiero recordarla, y revisarla con el acervo de mi experiencia.

El hígado, aunque en situación transpulmonar, como víscera maciza, la percusión bien identifica su forma y tamaño; el estómago, aunque anatómicamente llena su hipocondrio, como víscera hueca, la misma percusión no puede retratarlo porque lo circundan órganos también sonoros, pulmón e intestinos. Sin embargo, refinando la maniobra, bien se advierte por el rumbo **ántero-inferior del hemitórax izquierdo** una zona que es particularmente timpánica, su tono difiere del sonido grave que da el pulmón y es distinto también del intestinal. Ahora bien, esa sonoridad especial que se distingue y diferencia de las circundantes es del **estómago**, únicamente del estómago, es su proyección clínica, y tiene valor, porque es **constante, unívoca e inconfundible**; es una cámara de aire que **se oye**, a semejanza de la cámara aérea radiológica que **se mira**. Sus límites en promedio son: hacia abajo y adentro, el borde costal del sexto al

décimo cartílago, hacia arriba y afuera una línea de concavidad interna que se cierra en los extremos de la anterior y que se aparta de ella en su mitad, unos nueve o diez centímetros.

La presencia de esta zona de particular resonancia, tiene su explicación anatómica. Detrás de la pared costal de esa región predescrita, dentro de sus límites arriba fijados, como órgano que resuene, **no existe otro que el estómago**; una herida penetrante allí no traspasaría intestino ni pulmón, porque allí no llegan ni pulmón, ni intestino, las vísceras contiguas quedan lejos, en la cavidad tóraco-abdominal sólo las **pleuras y el diafragma** se le anteponen. De suerte que una sonoridad allí, por razón directa y por exclusión no puede provenir de órganos que no existen; el único físicamente capaz de producir sonido claro es el estómago, por eso el signo es exclusivo y por ende unívoco y constante. El estómago, que en Anatomía Topográfica ocupa casi por entero el hipocondrio izquierdo, en Clínica sólo se asoma y está presente en el espacio dicho; semi-lunar por su forma, pregástrico por su sitio, timpánico por su resonancia y de Traube por su descubridor.

Ahora bien, cuando esta zona timpánica desaparece, en otros términos, cuando de **clara** se torna en **oscura**, de hueca en **maciza**; cuando esa media luna se **eclipsa**, en clipse total o parcial, ello quiere decir que **algo** anormal pasa en ella o en su **proximidad**, que algo **patológico** que con la percusión trae obscuridad se ha antepuesto al globo gástrico resonador, y patológico, **necesariamente**, porque en condiciones fisiológicas nada de esa acontece. En verdad, son la pleura, el pulmón, el hígado, bazo y colon o el estómago mismo y sus ámbitos los que alterados, unos por su cambio, otros por su avance y otros por su interposición ocasionan la desaparición de esa zona clara y de tono particular que objetiva y exterioriza al clínico el invisible y palpable estómago. Ya se adivina con esto, por qué el espacio de Traube es importante en Clínica, y esa importancia radica, no tanto en su presencia, sino en su **ausencia**. Esta su ausencia despierta en la mente, ideas fecundas, lleva la atención hacia rumbos distantes, invita a otras exploraciones pertinentes y lógicas, hace pensar en cosas extra-gástricas y lleva al descubrimiento de estados patológicos insospechados e insólitos, que ya eran perseguidos o que todavía no entraban en el espíritu del clínico. También la noción **positiva** o de aumento es fructífera; su mayor extensión o rebasamiento al epigastrio, mesogastrio y tórax conduce por igual al

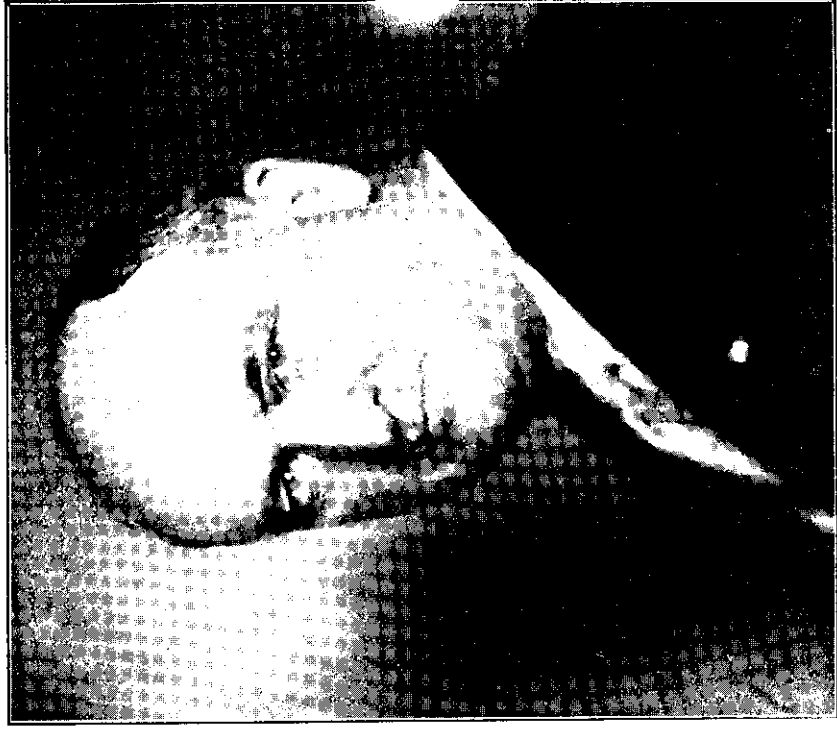
neumotórax, enfisema, aereofagia, dilatación aguda, obstrucción pilórica, etc. No hay que pedirle al signo más de lo que significa y puede dar, no hay que exagerarlo y convertirlo precisamente en patognomónico de algo, otros datos de no menor valor se agregan al diagnóstico, pero su importancia como auxiliar es real y positiva, según se verá por lo que paso a decir.

Cuando al explorar el Traube se encuentra mate, y esa macidez se prolonga **hacia arriba**, y hacia la **base pulmonar**; o expresándose de otro modo, cuando la percusión torácica rinde una obscuridad que **abarca y comprende** la región semi-lunar, ello dice de modo afirmativo que un padecimiento pulmonar o pleural está presente. En efecto, una **hepatización pulmonar**, una **condensación pulmonar baja** explicar pueden el fenómeno. El diagnóstico, así, queda encaminado, la evolución y ciertos síntomas concomitantes vendrán a decidir si tal cambio físico pulmonar es por congestión pasiva, por neumonía, por absceso, tuberculosis, cáncer, etc. De todas maneras, una obscuridad pregástrica que **reemplaza** a la claridad, encontrada por casualidad o intencionalmente, en las condiciones predichas, fija la mente en el tórax; si ya se trabajaba con presunciones, éstas se refuerzan, si se caminaba sin rumbo, después ya se avanza con brújula, pues ya no se extraviará el clínico por otras regiones u órganos. Por igual, el mismo síntoma, **eclipse del Traube** por una **sombra** que viene más o menos lejos **desde arriba**, se convierte en hermoso signo de **derrame pleural**, o por lo pronto trae la idea de su **posibilidad**. En caso afirmativo, ya la clínica ulterior dirá si el líquido es excusado o transudado, si es purulento, hemático, o serofibrinoso, de origen neumotónico, bacilar, etc. El mérito del signo que vengo considerando es marcar un punto donde **hay enemigo**, o donde existe una anomalía anatómica que hay que perseguir.

Normalmente, fisiológicamente, como en el espacio semi-lunar de Traube no hay pulmón, deductiblemente puede inferirse que no habrá vibraciones, ni murmullo respiratorio; y así es en verdad; verdad que ratifica la inferencia inductiva, pues la observación sensorial **nada recoge** al palpar y oír. Este hecho sirve, elegantemente, para decidir en el caso particular, si la macidez patológica pregástrica proviene de un sólido pulmonar, o de un líquido pleural; se pone la mano allí; **si hay vibraciones** es que un pulmón condensado se entrometió por allí, **si hay silencio**, en lo obscuro, ello es por líquido en cavidad virtual. Un cuerpo sólido allí antepuesto al estómago,



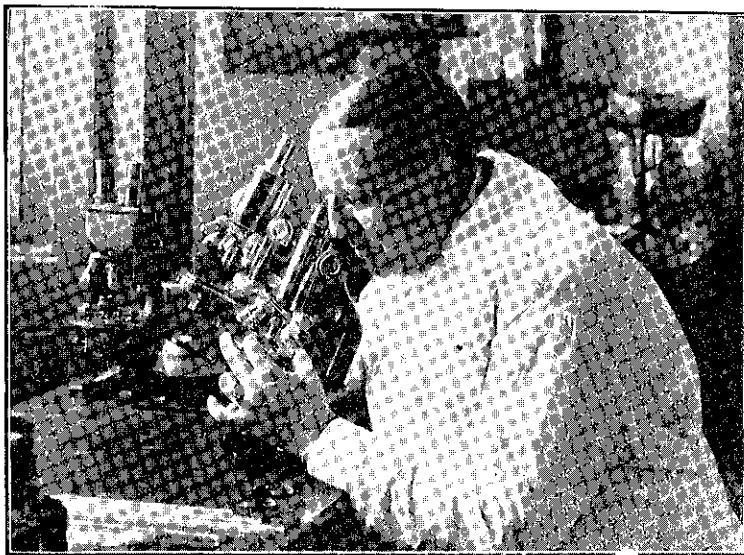
DR. CHEVALIER JACKSON.



DR. FRED. H. ALBEE.



DR. ALFONSO PRUNEDA,
Secretario perpetuo.



DR. TOMAS G. PERRIN,
Vice - Presidente.



DR. RAMON PARDO,
Tesorero.

DR. SALVADOR BERMUDEZ,
Secretario Anual.

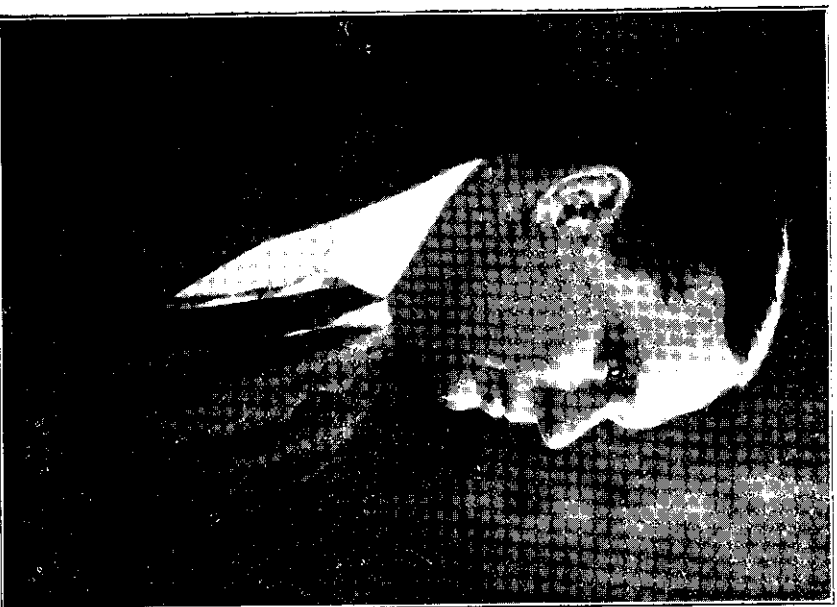


DOCTOR
DEMETRIO
LOPEZ,
Presidente.



*Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina
1931-1932*

NUEVOS MIEMBROS HONORARIOS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



DR. WALTER E. DANDY.



CHARLES H. MAYO.

que no sea perénquima pulmonar endurecido, produce macicez, pero **no engendra vibraciones.**

Existe, sin embargo, un caso singular en que el Traube está obscuro, mate, con silencio auscultatorio sin vibraciones, y sin que la cavidad pleural costo-diafragmática, contenga líquido, ello sucede cuando existen adherencias pleurales gruesas y organizadas en ese ámbito; la semejanza física es tan grande entre estos dos estados, **líquidos y adherencias**, que el clínico equivocado punciona u opera esperando extraer líquido, y lo que hace es picar o abrir el diafragma. Afortunadamente, hay un signo precioso diferencial que dice cuándo de sínfisis pleural se trata; en este caso, los espacios intercostales, durante la inspiración, en lugar de ensancharse y dilatarse, **se deprimen**, hay tiro.

Cuando el espacio claro y sonoro de Traube está substituído por una obscuridad o macicez que se continúa **hacia atrás** (el enfermo en decúbito dorsal), ello es indicio o presunción de que la anormalidad proviene de un **crecimiento del bazo**. Este órgano al aumentar su tamaño, como no pierde su contacto con la pared costal, en su avance hacia adelante, se antepone al estómago, entonces lo cubre, y esta situación produce obscuridad allí donde, naturalmente, hay sonido claro; ya con este aviso, que del bazo habla, la percusión complementa hacia la axila y flanco, la forma y contorno de la región oscura, para ver si ésta retrata la figura de la víscera esplénica y concluir con ello, en firme que de esplenomegalia se trata. A la exploración de un bazo conduce el interrogatorio o ciertos síntomas correlativos, pero cuando estos faltan o no impresionaron la atención del clínico en esa dirección, si al andar por el tórax y vientre tropieza o descubre una zona oscura con el sitio y extensión mencionadas, ello lo aquerencia en el bazo, que si lo identifica, ya con un punto de apoyo firme y sólido proseguirá con acierto y fruto sus inquisiciones por el campo del paludismo, de la leucemia, de la cirrosis hepática, del bloqueo portal, de un proceso autóctono del bazo mismo, de las infecciones generales, etc. Ya se advierte cómo en este caso, así como en los precedentes y los que siguen, un Traube anormal es capaz de marcar en Clínica una línea directriz al estudio, o de enderezar un camino que va torcido en la exploración.

Frente a una macicez del Traube que se prolonga **hacia la izquierda**, llena el hueco epigástrico y se continúa con el área repática, nace la sospecha muy fundada de que ello provenga de un **crecimiento**

to del **hígado**, por lo menos de su **lóbulo izquierdo**; el diagnóstico anatómico lo completa la percusión total de la glándula que reproduce su figura; la palpación misma y otros múltiples datos convertirán en certidumbre la presunción del principio. Ya en posesión del dato **hígado grande** se prosigue el estudio clínico en esa dirección hacia el **hígado cardíaco**, **alcohólico**, **sifilitico**, **amibiano**, etc.; el programa lo cierra su exploración funcional. Cuando al descubrimiento de la obscuridad del Traube se llega partiendo del **hígado**, el hallazgo, **sólo** dice que ese órgano ha crecido bastante, pero cuando el clínico anda perdido y busca al acaso, o pensando en el estómago por allí va, y encuentra macicez donde debiera encontrar hoquedad, entonces sí, el dato adquiere mayor importancia y valor semiótico; y de inesperado auxilio clínico, pues fija las maniobras, y con su toque de atención lleva al foco donde reside un enemigo principal. La semeiología del Traube vale mejor por lo que **indica** que por lo que **dice**, despierta ideas, mejor que enseñanzas, y más que para la clínica del estómago, sirve para la clínica de sus aledaños.

Una obscuridad del Traube, que no se extiende hacia arriba, ni lateralmente, sino hacia abajo en pleno campo abdominal, conduce el pensamiento a otros procesos, del epiplón, del colon, o de arranque profundo, del pancreas por ejemplo. En efecto, una estenosis o flexura del codo esplénico con dilatación cólica y coprostasis, un cáncer allí, una invaginación, etc., producir pueden las condiciones físicas que el fenómeno requiere, pues al formarse y crecer esas neoformaciones, cuerpos extraños o bultos, ya empujando el estómago, ya acomodándose por delante de él, lo alejan de la pared, borrando en consecuencia la sombra que su sitio anatómico y proximidad producen. Como la macicez patológica del Traube es fenómeno físico, y lo engendra una substancia o cuerpo sólido no resonador, se imagina uno y concibe su gran papel en Clínica para el diagnóstico **anatómico** y **topográfico**, al lado del muy principal de **orientador**. En la clínica del pancreas la **desaparición** de la claridad pregástrica presta contingente; su gran quiste, como al principio queda profundo, retro-intestinal, su percusión da sonido claro, pero al crecer, avanzar y exteriorizarse, ya sea que se endilgue y se asome por arriba del estómago, entre él y el colon, o salga por debajo de éste, en cualquier caso su percusión se convierte en obscura, y el estómago dislocado, apretado ya no ofrecerá su sonoridad normal; la hemorragia pancreática aunque se produce atrás del pequeño epiplón, si es abundante, salir pue-

de la sangre por el hiato de Winslow y hacerse anterior su derrame o colección, entonces el hematoma se conduce **físicamente** como un tumor o cuerpo extraño paragástrico que oculta o rechaza el órgano, borrando con esto, su claridad.

Los abscesos subfrénicos de origen hepático o vesicular que se acomodan a la izquierda del ligamento falsiforme y abren y ensanchan el espacio virtual gastro-hepático, las supuraciones subhepáticas de fuente apendicular, o las que arrancando del bazo llenan el ámbito gastro-esplénico, todas, si alcanzan cierta magnitud **borran siempre** la claridad pregástrica, que es reemplazada por zona oscura. Los derrames o colecciones purulentas que provienen de un foco séptico duodenal o gástrico, sea que se formen adelante, a la derecha o izquierda del estómago, como contienen gases, no acusan típico y constante el eclipse del Traube. Toda clase de supuración **alta** del vientre, de preferencia la extraorgánica o **intervisceral**, cambia, altera el arreglo de los órganos allí contenidos, en consecuencia su proyección propedéutica varía, entre ellas la del estómago. La hemorragia interna que ocasionan los traumatismos graves del hígado, epiplón, bazo, mesentéreo, cuando no matan se enquistan por allí, forman grandes hematomas que desalojan o deforman el ventrículo gástrico y por ende, su peculiar resonancia.

Un diagnóstico se funda en la **historia patológica** del enfermo, en su **presente morbos**, y en la ligazón de entrambas cosas o sea la **evolución** del mal; por consiguiente la **ausencia** del Traube, no podrá servir de letrero o rubro nosológico, el signo aislado es modesto, pero tiene méritos suficientes para figurar en un acerbo sintomático, como bien se colige de lo ya dicho. La clínica del vientre es **alta clínica**, la de los tumores, bulbos o neoformaciones en él contenidos es bien difícil, a veces impotente, por lo mismo cualesquiera datos, fenómenos o circunstancias que ilustren y auxilien en la tarea, deben ponderarse y tomarse en seria consideración.

La ausencia de la zona resonante de Traube, su claridad convertida en obscuridad, esa región que es hueca, si se encuentra llena, todavía enseña más; cuando su sombra o macicez está **rodeada** por las sonoridades pulmonar e intestinal, cuando queda **aislada** en su sitio, o sea sin istmo y continuación que lo una con los órganos macizos de su vecindad, entonces el dato se carga a un padecimiento, o **alteración del estómago mismo**; ciertamente, un **cáncer** por ejemplo de su pared anterior, un tumor por allí sentado, bien esconde la sono-

ridad subyacente. El dato puede ser decisivo en el diagnóstico, por lo menos su enseñanza topográfica es indiscutible. Una úlcera grande, callosa, esclerosa, o con adherencias perigástricas formando en conjunto tumor, adquiere las condiciones físicas y anatómicas para crear también el signo de obscuridad. Cuando el cortejo sintomático de estos procesos es vago e impreciso, y la circunstancia a que me vengo refiriendo sobresaliente, podría por sí misma resolver con probabilidad un problema hasta allí insoluto. La perigastritis anterior supurada, por razones idénticas, recibe la misma luz del fenómeno.

Por el lado contrario, un Traube **grande** o **agrandado**, que **avanza** al epigastrio, que **baja** al mesogastrio habla también con elocuencia en la clínica gastrológica; no entro en el análisis de sus modalidades e interpretación, porque es tema de otro capítulo.

La Clínica moderna del estómago, sin Gabinete queda trunca, sin Química biológica es incompleta; como exige el estudio de la función a través del tránsito alimenticio, de los fenómenos motores, sensitivos y de secreción, como un diagnóstico no se limita a conocer el estado amatomo-patológico de un órgano, **sino cómo trabaja**, en el caso la Radiología es insustituible, la Corpología insuperable; pero con Gabinete o sin él, queda en pie el valor y la significación del signo propedéutico que he revistado, la Clínica del vientre recibirá de él reales beneficios.

La obscuridad del Traube, bien probada por la exploración, aislada y como autóctona en su sitio anatómico, y que engendra un tumor gástrico, o un conglomerado inflamatorio de origen ulceroso, es síntoma tardío de esos procesos, por consiguiente llega cuando el diagnóstico nosográfico o etiológico está hecho, pero puede acontecer que esté aún pendiente la localización, vacilante el asiento orgánico del padecimiento, entonces el signo en cuestión lo fija, definitivamente, en el estómago.

Consta que hay síndromos gástricos cuyo asiento primordial o causa original no reside en el estómago mismo, sino cerca o lejos, pero fuera de él; en el duodeno, vesícula biliar, colon, apéndice, útero; en el sistema nervioso órgano vegetativo, en la médula, riñón, etc. Ahora bien, un Traube normal, una zona pregástrica natural invitan a pensar que los fenómenos estomacales tengan **causa extra-gástrica**, pues no se figura uno bien que un estómago de antaño enfermo conserve intactos su sitio, forma y dimensiones.

Cuando se generaliza, cuando se pasa de lo particular a la ge-

neral, cuando se sistematiza como yo lo he hecho, se arriesga que algunas proposiciones resulten falsas, o sea que una cosa que es verdadera en lo general, **no lo sea en lo particular** o en un caso concreto dado; esto puede acontecer en la semiótica del Traube tal como la expuesta; toca al clínico distinguir y juzgar si la doctrina es aplicable a su enfermo, pues las modalidades patológicas son tan complejas y variadas que lo que en esquema es cierto, es falso en la Naturaleza.

El punto que he tratado es de Especialidad gastrológica, yo lo abordé **dentro del criterio de la Clínica general**, escogí este tema a propósito, aun saliéndome de mis conocimientos, buscando un tema que fuera grato y simpático a los académicos Esteban Pous Cházaro y Gustavo Baz, que con tanto brillo cultivan la Medicina y Cirugía del Estómago.

México, diciembre 23 de 1931.

Gonzalo Castañeda
Académico.

RESUME

Pour être utiles, les connaissances de la science doivent être portées sur le champ d'action. C'est l'idée prédominante dans cette étude et les précédentes, relatives à la clinique du foetus mort et le traitement de la métrorrhagie.

L'espace de Traube a une personnalité séméiologique; c'est la projection clinique de l'estimac, et elle est constante, univoque et impossible de confondre.

Son importance est due, plutôt qu'à sa présence, à son absence, qui mène à la découverte d'états pathologiques prévus ou non-prévus, qui attirent l'attention sur le poumon, la pleure, la rate, le foie, ainsi, que sur l'estomac et même le pancréas, et qui éveillent l'idée de la possibilité d'adhérences, d'abcès **sufreniques**, d'origine hépatique ou vésiculaire, et de suppurations sous-hépatiques d'origine appendiculaire.

Il enseigne plus parce qu'il indique que parce qu'il dit; d'où l'on peut juger de l'importance de son rôle former l'opinion pour le diagnostic anatomique et topographique.

La chimie biologique, la radiologie et la coprologie, malgré leur importance, ne diminuent pas la valeur et la signification de l'espace de Traube qui, au point de vue propédeutique, rend des services réels dans la clinique du ventre, même dans les phénomènes pathologiques d'origine extragastrique. L'observateur clinique doit, en tout cas, faire une distinction et déterminer quelle est la part des connaissances applicables à son malade.

Cette partie des spécialités gastrológicas, envisagée sous le critérium de la clinique générale, a été développée dans le but de présenter un thème agréable et sympathique aux Académiciens Esteban Pous Cházaro et Gustavo Baz, qui se dédient, avec tant de succès, à la chirurgie et le traitement de l'estomac.

SUMMARY

In order to be of advantage, the knowledge of science must be carried to the field of action: this is the idea that is embodied in the present and the previous articles relative to the clinic of the dead fetus, and the treatment of metrorrhagia.

Traube's space has semeiological personality; it is the clinical projection of the stomach, and it is constant, univocal and unconfoundible.

Its importance, rather than in its presence, lies in its absence, that leads to the discovery of pathological conditions already foreseen or unsuspected, which calls the attention to the lungs, the pleura, the liver, also the stomach and even the pancreas, which bring forward the idea of possible adhesions, of *sufrenicos* abscesses of hepatic or vesicular source, and of subhepatic suppuration of appendicular origin.

It teaches more by what it points out than by what it says. This shows the important part it plays as a leader, and for the anatomic and topographic diagnostic.

Biological chemistry, radiology and coprology, notwithstanding their great importance, do not minimize the value and significance of Traube's space, which in relation *topopedeutic*, gives real services to the clinic of the stomach, even in pathological phenomena of extragastric origin. The clinical doctor should, in every case, distinguish and determine what part of knowledge is suitable for the patient.

This line of gastrological speciality, studied with a general clinic criterium, has been exposed bearing in mind to present a theme which may prove to be agreeable and sympathetic to Academicians Esteban Pous Cházaro and Gustavo Baz, who excel in the surgery and the treatment of the stomach.

Comentarios al Trabajo del Dr. Castañeda

Concluida esta lectura el Dr. Castañeda, pide al Dr. Rojas se sirva ilustrar a la Asamblea con sus luces, emitiendo su opinión sobre el estudio en cuestión.

El Dr. Rojas contesta agradeciendo la invitación y dice que considera este trabajo, tanto más interesante cuanto que son esta clase de trabajos los que marcan el camino que conduce a los buenos diagnósticos; con su trabajo, en lo general, está enteramente conforme pero quizá por un exceso de exigencia, no concuerda con él en lo referente a que la zona timpánica sea la proyección clínica del estómago, pues a su manera de ver, lo es solamente de la cámara de aire del estómago; mas insiste en que éste es un detalle sin importancia y sólo significa exigencia de precisión.

El Dr. Castañeda ofrece corregirlo, reconociendo que tiene razón el Dr. Rojas, y pide al Dr. Darío Fernández que exponga también, su opinión sobre el asunto.

El Dr. Fernández toma la palabra diciendo que el tema es interesante y explica que en la parte superior del vientre se encuentran

un gran número de problemas que el clínico tiene grandes dificultades en resolver, al grado, que muchas veces se encuentra allí con que no puede definir si cualquier tumor de esa región, pertenecerá al estómago, al colon, etc., y, si bien es cierto que en el momento que se decide el cirujano a operar, muchas veces se llevan en el espíritu ciertas dudas, también lo es que se necesita llevar un diagnóstico bien precisado y así se prueba cuando al operar se demuestra que la conducta está ya definida y se sabe de antemano lo que se va a hacer y no como comunmente se dice en son de guasa: "Yo encontré aquí un tumor y lo voy a sacar", pues eso no es de clínicos, ni es de cirujanos. Cuando el tumor encontrado es un cáncer del estómago, si estamos perfectamente penetrados de que se trata de cáncer, podemos decir, hasta qué límite estará invadido el estómago y hacer la intervención en consecuencia; en cambio si se trata de un tumor del bazo perfectamente definido por el estudio de la zona de "Traube", ya no sólo se trata de hacer la intervención, sino de saber a qué sitio debemos dirigirnos con el objeto de dominar la región; si se sabe más o menos que el estómago está invadido en el fondo mayor, etc., se escoge la región por donde se va a intervenir. En caso de una gastrectomía total puede hacerse esto, por la parte media y hacer un colgajo del lado izquierdo, en cuyo caso se puede seguir la curación muy bien; ahora, si el colon y la vesícula biliar están invadidas, se escogerá la región por donde más convenga intervenir. Así pues, este estudio es interesante no sólo desde el punto de vista del diagnóstico, sino por la importancia de dominar la región en cualquiera de las intervenciones que se practiquen; él tiene por seguro que podría decirse: "Dejadme dominar la región quirúrgica y respondo de todo"; mientras que al contrario si no se puede dominar la región, la operación más sencilla puede ser un fracaso. Concluye señalando nuevamente, estos dos puntos que marcan el interés principal del trabajo: el diagnóstico y la intervención, especialmente este último, porque generalmente, se concede muy poca importancia al dominio de la región que es consecuencia de un buen diagnóstico.

El Dr. Bermúdez felicita al Dr. Castañeda por su interesante trabajo agregando que, aun sin la competencia necesaria para hacer una crítica de él, le parece que no obstante, la apariencia de que ha agotado el tema el Dr. Castañeda, él encuentra que no se ha tratado lo relativo a lo que puede encontrarse en las distintas posiciones que guarda el enfermo, la que puede variar según que esté del lado de-

recho o izquierdo o según que haya tomado o no alimento, o que haya empleado una mezcla gaseosa, y para completar este trabajo sería muy útil tomar en cuenta todas estas variaciones, lo que estaría muy de acuerdo con las costumbre que el Dr. Castañeda ha demostrado de presentar sus estudios con todo detalle por todo lo cual pregunta a este facultativo si está de acuerdo con él en que deben agregarse estos datos y tal vez algunos otros que a él le parece pueden escapársele, pues repite que carece de competencia en la materia.

El Dr. Castañeda contesta a los diversos comentarios diciendo que le parece que esta cuestión de "Traube" es vieja, pues tiene más de 50 años y hasta ahora no la ha contradicho ningún clínico del mundo. Agrega que, cuando se trata de una persona sana, el "Traube" es sonoro y hasta musical, abarcando las distintas regiones en distintos tonos como una escala: fa, re, si; a veces el menor luego otras veces el más grave; estas variaciones son naturales y la exploración se hace en la forma clásica. Refiere que al explorar el vientre él tiene la manía de buscar el "Traube" porque éste le simpatiza, cuenta que su trabajo lo escribió "de una sentada", pues tuvo el deseo de dedicarlo al Dr. Pous y al Dr. Baz. Agrega que precisamente el "Traube" es constante así esté en una posición o en otra el enfermo, bien que haya comido o no y esa constancia constituye su mayor mérito. Respecto a lo dicho por el Dr. Rojas, refiere lo que contestó a un congresista cubano que manifestaba deseos de llevarse el criterio de los médicos mexicanos, sobre la esterilización de las mujeres, diciéndole que en México hay muy buenos clínicos y entre los internistas los hay tan buenos como los príncipes de la ciencia, que él ha visto, en las clínicas y escuelas extranjeras, al menos dentro de la relatividad de las cosas; pero clínicos cirujanos, aunque los hay también buenos, no lo son tanto como podría esperarse y él como profesor, al menos según la designación oficial, declara que la nueva generación de cirujanos debe contar con clínicos. Sostiene que él es muy estricto para la limitación quirúrgica, al grado de que resultará operado un enfermo de 10 que le han sometido y refiere que algún alumno le decía a propósito de un tumor del vientre en el que se discutía si era de la matriz o de los anexos: "Pues lo más sencillo es que se abra para ver lo que es", a lo que él respondió negativamente, porque es indispensable definir las cosas antes de la intervención, hasta para los detalles más sencillos, como saber los instrumentos que han de emplearse o para contestar a las preguntas con que aco-

san al médico el enfermo o los parientes, para todo lo cual se requiere el diagnóstico previo. Volviendo a la pregunta del congresista, manifiesta que él contestó que sobre ese problema, en México no se tenía ningún criterio fisiológico, ni político, ni teológico, sino únicamente un criterio clínico: que cuando clínicamente, está indicada esa esterilización se hace y si no está indicada no se hace, sin meternos en el campo moral, etc., ni en otras cosas que se salen de la esfera del médico. Dice alegrarse de que el Dr. Fernández tenga la misma opinión respecto a conocer antes de la intervención lo que va a hacerse mediante un buen diagnóstico.

Vuelve a hacer uso de la palabra el Dr. Bermúdez diciendo que parece que no se han tomado en cuenta sus palabras en la forma en que él no afirmó que se verificara una desaparición, él no habló de una desaparición completa sino de modificaciones y le parece que en estados patológicos al menos, estas modificaciones son innegables y pueden ser debidas, por ejemplo, a un derrame pleural que puede variar la sonoridad según la posición del enfermo y lo mismo en caso de un derrame **pericárdico** y otros, y por eso insiste en que se tome en cuenta esto que no se ha atendido y agrega que si en estados fisiológicos, no hay variaciones, en estados patológicos sí los hay.

El Dr. Castañeda reconoce que el Dr. Bermúdez tiene razón y que sí debe hacer lo que el propone, principalmente cuando se percibe un absceso **frénico**, de suerte que en lo particular y en lo general, son de tomarse en cuenta sus ideas.

HACIA UNA NUEVA IDEOLOGIA

Mi dissentimiento del señor Dr. Luis Rivero Borrel con motivo de su discurso académico del 1o. de octubre de 1931.

Por el Dr. H. Ayuso y O'Horibe.

En el discurso que pronunció el jueves 1o. de octubre del pasado año el señor Dr. Rivero Borrel en su calidad de Presidente saliente de nuestra Academia de Medicina, bello discurso, no obstante la modestia de su autor; y en la no menos galana pieza oratoria con que nos obsequió el señor Dr. Escobar, vibraron frases de paz y de concordia, de buena voluntad para amarnos y perdonarnos como diera a entender, con el pensamiento que de François Coppée citara, nuestro ex-secretario en sus emocionantes frases por una parte; y por otra,