

ahora se hace en los cursos de higiene. De hecho, la mejoría de la situación sanitaria en nuestro país habrá de conseguirse mediante el estricto cumplimiento de las disposiciones relativas, y nada más lógico que procurar que los futuros médicos se preparen oportunamente para colaborar en ese trascendental asunto. Una de las deficiencias que han principiado a remediarse en nuestros planes de estudios y en su desarrollo es el desconocer, o, cuando menos, dar poca importancia en ellos a la realidad mexicana: por eso, nuestros profesionistas, que tienen en general una preparación científica adecuada, han venido careciendo de los datos necesarios y de la orientación debida, para que su actividad profesional se desenvuelva con vista a esa realidad y con propósito de contribuir a mejorarla. La última reforma al plan de nuestra Facultad de Medicina (que por desgracia ha sido atacado sin justicia y sin que se le haya puesto en vigor debidamente) tiende, entre otras cosas, a preparar y orientar a los futuros médicos de acuerdo con las exigencias de la vida profesional en nuestro medio y con las condiciones sociales que ahora existen.

Los cursos de higiene y de medicina legal, cuya reciente evolución y atinada adaptación deben elogiarse sin reservas, y el nuevo curso de medicina social, que trata de interesar a los estudiantes en las múltiples relaciones de nuestra profesión con la colectividad, son los llamados a fortificar, si no es que a despertar, la conciencia de las nuevas obligaciones del médico en la época que vivimos. Para ello habrá de contribuir eficazmente el estudio del nuevo Código Sanitario, en el que repercuten con vigor las nuevas necesidades sociales y se plantea con claridad la obra que el Estado se propone hacer para remediarlas.



Relación de un caso de Úlcera Gastro-duodenal tratada quirúrgicamente y algunos comentarios

Por el Dr. José Angel Peschard ¹

El día 13 de diciembre del año pasado fuí llamado de urgencia para atender un enfermo, quien, según los familiares, se temía estuviera afectado de apendicitis. Al llegar a examinarlo lo encontré sobre la

¹ Leído en la sesión del 13 de marzo de 1935.

cama, casi sentado, con disnea marcada, hipo, y quejándose en voz alta de un dolor que decía sentir terrible, en el abdomen.

Por el interrogatorio pude recoger los siguientes datos: al salir para su trabajo esa tarde, todavía se encontraba enteramente bien (yo lo estaba examinando a las siete y media de la noche). Se encontraba trabajando cuando repentinamente sintió que algo caía de la parte alta hacia la baja del abdomen. Al mismo tiempo sintió un vértigo y un dolor intensísimo en el abdomen, habiendo caído al suelo. Unos minutos después fué llamado un colega, quien le aplicó una inyección de sedol. Fué levantado por sus compañeros y llevado en un automóvil a su casa. Como pasara alrededor de una hora y el dolor no se mitigara nada, antes bien, parecía exagerarse, y aparecieran otros síntomas, como la disnea y el hipo, se me llamó. El enfermo decía sentir el dolor en todo el abdomen; pero con mayor intensidad en las partes altas (epigastrio e hipocondrios, principalmente el derecho). No había tenido vómitos, aunque sí cierto estado nauseoso. Tanto como el dolor, lo molestaba la disnea. No encontraba a qué causa atribuir su enfermedad, y hasta ese día se había sentido enteramente bien. Un interrogatorio detenido sobre el aparato digestivo no dió más datos. Su apetito siempre había sido bueno y hasta ese día su alimentación había sido normal. Nunca había tenido trastornos digestivos de importancia (dolores, vómitos, etc.) y él consideraba tener buena digestión. La evacuación de su intestino era enteramente normal (una o dos veces al día). Se buscaron síntomas hepatobiliares sin hallar tampoco nada.

El interrogatorio de los demás aparatos tampoco permitió encontrar ningún dato de importancia.

Tiene 45 años de edad. Ha trabajado de albañil y de carpintero toda su vida y con frecuencia maneja colores derivados del plomo. Los antecedentes familiares, sin importancia. Su padre muerto a los 63 años, de neumonía. Su madre a los 58, de tifoidea. Dos hermanos muertos en la infancia sin saber la causa. Un hermano muerto a los 25 años, por herida de arma de fuego, y dos vivos, de 40 y 47 años, ambos de buena salud.

Ha tenido nueve hijos, de los cuales le viven siete y son sanos. Los otros dos murieron entre uno y dos años, de padecimientos digestivos que no puede precisar.

Su sistema de alimentación ha sido mixto. Raras veces ha hecho uso de bebidas alcohólicas, y muy rara vez se ha embriagado. Fuma moderadamente.

En su juventud padeció blenorragia, de la que curó en pocos meses. No hay antecedentes de sífilis. Padeció una fiebre con síntomas digestivos predominantes (posiblemente tifoidea) a los 30 años, habiéndole durado algo más de un mes, y a los 35 tuvo paludismo.

En los últimos diez años no había tenido ninguna enfermedad de importancia, que lo hiciera permanecer en la cama, y se había sentido siempre bien, con fuerzas y gusto para el trabajo.

La única terapéutica que se había hecho fué la inyección de sedol, para calmar el dolor y, que como se dijo, no consiguió disminuirlo.

El examen del enfermo reveló lo siguiente:

Abdomen. Inspección. Se encuentra más bien deprimido. Los movimientos respiratorios de muy escasa amplitud, siendo la respiración de tipo torácico superior. La palpación demuestra hiperestesia cutánea y dolor muy intenso en todo el abdomen, pero predominantes en el epigastrio y los hipocondrios. Contractura muscular generalizada también, pero igualmente acentuada en las partes altas, al grado de justificar allí la denominación de vientre de madera. La percusión, muy molesta para el enfermo, demuestra un aumento general de la sonoridad, con desaparición del área hepática. En las partes declives, obscuridad.

En el tórax no hubo datos de importancia: tipo longilíneo, desarrollo muscular moderado, movimientos respiratorios acelerados (38 por minuto), de poca amplitud, de tipo superior. La palpación, la percusión y la auscultación no dieron ningún dato anormal, ni con respecto a los pulmones, ni a la región precordial.

En la cabeza, facies abdominal: ojos hundidos, nariz afilada, expresión ansiosa, color plomizo, etc.

Temperatura: 37.8° C. El pulso estaba aumentado de amplitud y de fuerza y latía a 65 por minuto.

Se indicó la conveniencia de obtener una radiografía del abdomen.

El examen del enfermo, hecho con la rapidez que exigía su estado, hizo pensar desde luego que se trataba de un síndrome abdominal agudo, probablemente por perforación visceral, quizá del estómago.

Sin embargo, la falta absoluta de síntomas anteriores que hicieran pensar en una úlcera, era desconcertante, y aun podía pensarse en un cólico saturnino y excluir todo diagnóstico quirúrgico. En favor del último diagnóstico estaba tanto la dureza y la retracción del abdomen como los caracteres del pulso. Además, también existía el antecedente de usar con cierta frecuencia colores de plomo.

De todas maneras, me pareció preferible hacer una laparotomía que podría resultar simplemente exploratoria, y no conformarme con el tratamiento médico. Propuse la intervención quirúrgica afirmando el diagnóstico de perforación gástrica y encareciendo la urgencia de hacerla en el menor plazo posible. Afortunadamente y a pesar de la sorpresa que causó a los familiares esta opinión, fué aceptada, y cuatro horas después, es decir, seis desde el principio del dolor, nos estábamos disponiendo en el Hospital Civil a operarlo.

Ya entonces se había exagerado más su gravedad: mayores la disnea, el hipo, la ansiedad y el dolor. El pulso había aumentado de frecuencia a 110 y la temperatura a 39.2. El diagnóstico parecía confirmarse y hubo que prescindir de la radiografía que podría haber dado un dato decisivo al encontrarse la claridad subfrénica, reveladora de gases escapados por la perforación a la cavidad peritoneal.

Este segundo examen, muy rápido, acabó de convencer de la urgencia de intervenir inmediatamente. Se hizo una raquia con percaína por el método de Quarella entre la 10ª y la 11ª dorsal. Una laparotomía media supraumbilical, muestra desde luego la existencia de peritonitis aguda generalizada por el estado del epiplón y de los intestinos, al mismo tiempo que sale un líquido seropurulento con abundantes natas y algunas partículas que probablemente son de alimentos. La exploración del cuerpo del estómago no revela nada, pero al examinar el duodeno se encuentra la perforación, comprendiendo píloro y bulbo duodenal, por la cara anterior. Era redonda, como de seis milímetros de diámetro y continuaba dando salida al contenido de dichos órganos, fuertemente mezclado de bilis. En vista de las condiciones del enfermo, y aunque al principio había pensado en la conveniencia de hacer una resección gastroduodenal, ya abierto el abdomen no me pareció conveniente, y creía mejor limitarme a la sutura simple de la perforación, procurando no disminuir mucho el calibre del duodeno ni del píloro. Como el derrame se había acumulado en mayor cantidad en las fosas ilíacas, y con objeto de canalizar, se prolongó la in-

cisión hasta unos tres dedos del pubis, se hizo la evacuación del derrame, se extirpó rápidamente el apéndice y se hizo un lavado con suero fisiológico, de las asas intestinales, que estaban cubiertas por numerosas natas, y probablemente restos alimenticios. Se suturó la incisión en sus $\frac{3}{4}$ superiores colocando en la parte baja un Mickulicz.

Los primeros cuatro días fueron de una gravedad suma, principalmente los dos primeros. El pulso no bajaba a menos de 130 por minuto y la temperatura oscilaba entre 38 y 39°. Se presentó meteorismo de cierta importancia, y el hipo persistió tres días, así como la disnea. Poco a poco fué aumentando la fuerza del pulso y solamente al quinto día hubo una mejoría clara. A los diez días se habían normalizado temperatura y pulsaciones; comenzó a tomar alimentos a los doce días y a los quince se acabó de retirar la canalización. Nunca hubo vómitos. Durante este período se hizo uso abundante de suero fisiológico en gota a gota intrarrectal, de suero antiperitonítico y de diversos tonicardíacos (aceite alcanforado, caféina, etc.)

A la fecha tiene más de un mes de levantado de la cama, y ya ha podido volver a su trabajo. Su alimentación es lactovegetariana, en cantidad suficiente. Dice sentirse enteramente bien y su digestión ser tan buena como antes de la perforación. Se le practicó la reacción de Wassermann, resultando negativa. A pesar de esto se le han aplicado algunas inyecciones de thio-bismol de P. Davis. Se le ha advertido que puede tener posteriormente una nueva perforación o sobrevenirle una estenosis del píloro; pero por el momento no tiene ningún síntoma anormal. Como es natural, no tiene deseos de sufrir una nueva operación y está decidido a seguir un tratamiento médico cuidadoso; pero sí está dispuesto a hacerse un tratamiento quirúrgico radical si llega a ser indispensable.

Este caso se presta para hacer algunos comentarios.

Respecto de su sintomatología llama la atención la falta absoluta de síntomas de úlcera, anteriores a la perforación. Un interrogatorio posterior más minucioso tampoco permitió hallarlos. Su apetito era normal, ni escaso ni exagerado; nada de dolores, pirosis, etc. No es muy común observar esto, sin que sea enteramente excepcional. En una estadística sobre 37 observaciones, G. Selvaggi (1) encuentra ausencia completa de síntomas anteriores a la perforación en un 17% de los casos. Dicho porcentaje es menor aún (7%) en una estadística presentada por L. Pizagalli y A. Sostegni (2) sobre 100 observaciones.

La falta de vómitos durante la evolución de la perforación es otra particularidad de este caso. Indudablemente que este síntoma, muy frecuente en el síndrome abdominal agudo en general, lo es menos en los casos debidos a perforación gástrica. Lauret (3), en su tesis en 1920, le asigna una frecuencia de 64%, aunque posteriormente se ha insistido (Juillard) que su frecuencia debe ser menor de lo que afirma Lauret.

En algunas ocasiones se han encontrado síntomas particulares que podrían referirse al paso del contenido gástrico a la cavidad peritoneal. Ed. Juillard (4) cita un enfermo que tenía la sensación de gotas ardientes que le caían dentro del abdomen. Mi enfermo dice haber tenido como síntoma inicial la sensación de un cuerpo pesado que cayó de la parte alta a la baja del abdomen, precediendo inmediatamente a la aparición del dolor. Es probable que un interrogatorio minucioso permita encontrar algunas veces síntomas semejantes, en casos análogos.

Se ha citado aun en los textos de patología, como síntoma común, un dolor en la región escapular del lado derecho, generalmente bastante intenso (Desmarest-5). En el caso observado por mí no se observó dicho síntoma.

La rapidez con que hubo que proceder a la operación me hizo prescindir del examen radiológico. El neumoperitoneo consecutivo a la perforación se observa a los rayos X casi constantemente. R. Finsterbusch y Fr. Gross (6) lo observan en el 95% de los casos observados. Pfeiffer (7) lo encuentra ocho veces en ocho enfermos. Con frecuencia un poco menor lo citan H. Mondor y P. Porcher (8); L. Pizagalli y A. Sostegni (2). Hay una observación interesante de Leo Depardin, de Bruselas (9): el signo radiológico del neumoperitoneo sería una claridad semilunar de cada lado, debajo del diafragma, haciendo las observaciones en posición vertical; generalmente de ambos lados, pero más constante del derecho.

Una vez hecha la laparotomía y reconocida la perforación, quedaba por resolver el mejor tratamiento del caso. No existe en la actualidad un criterio unánime, ni aun siquiera tratándose de los casos de perforación abierta en peritoneo libre, complicados de peritonitis. Algunos cirujanos son partidarios decididos de la resección invariablemente. Entre éstos se puede contar al eminente, a la vez que atrevido Sergio Judine, de Moscou (10), cuya estadística de 12% de mortali-

dad en las resecciones, sobre 212 casos, y, en cambio, 5 suturas con 4 muertes, y 39 suturas acompañadas de gastroenterostomía con 11 defunciones. Es indudable que la superioridad de la gastrectomía donde es más ostensible, es en sus resultados lejanos, y es la razón por la cual le den la preferencia muchos cirujanos. En la estadística de Philipowicz (11), estudiando 18 casos tratados por la sutura simple, 5 por sutura y gastroenterostomía y 1 por excisión de la úlcera, y observados posteriormente por bastante tiempo, se encuentra que un 40% de ellos continúa sufriendo diversas molestias que deben referirse a su misma úlcera. Es decir, solamente curaron de la perforación y no de la ulceración.

Neuber (12) en un estudio semejante sobre varios operados se manifiesta también partidario de la resección: de 38 enfermos tratados por la sutura simple, solamente están bien 4; 18 operados con sutura y gastroenterostomía, sólo 3 bien. En cambio, 16 que habían sufrido la gastrectomía, están enteramente bien 15, y solamente 1 continúa sufriendo.

Hay algunos otros cirujanos partidarios de la resección: W. Rieder (Hamburg-Eppendorf) (13), O. Hoche y G. Marangos (14), de Viena, la prefieren sobre todo tratándose de casos operados dentro de las primeras doce horas. F. Schewket (15) opina igualmente, aconsejando resecciones bastante amplias.

Sin embargo, para tener un concepto más claro de la indicación, antes de tomar en cuenta los resultados distantes, deben estudiarse los inmediatos. Ahora bien, desde este punto de vista, los resultados son algo diferentes. Hay una estadística muy favorable de Friedemann (6), quien en 29 resecciones hechas dentro de las seis primeras horas, solamente pierde un enfermo; en cambio, en 28 casos operados después de las seis horas hay seis muertos. Hay otras estadísticas menos favorables: Selvaggi (1) muestra en sus estadísticas 33% de mortalidad. R. Alessandri (17) en 12 casos pierde 3. Scollo (18), quien se manifiesta partidario de la resección sin excepciones, presenta 9 operaciones con 2 muertes. La estadística misma de Judine (10) da 12% de mortalidad.

La sutura simple, o acompañada de la gastroenterostomía, tiene a su vez muchos partidarios: D. Agustín Ferre (19) opina que se haga la intervención más sencilla posible, evitando la gravedad de la resección en caliente. Tondeur (20), Clavel y Corajod (21), X. Delore (22)

y J. Creyssel y J. de Mourgues (23) opinan igualmente, haciendo la reserva al enfermo de que probablemente necesitará una operación posterior para curarse radicalmente. Schelly, de New York (24), pide la intervención mínima, y Fisher (25) considera como excepcionales los casos que deban tratarse por la resección. Enderlen y Zuckschwerdt (26), aun cuando son partidarios decididos de la resección amplia en el tratamiento de la úlcera no complicada, estiman que en caso de perforación es más conveniente hacer la sutura con o sin epiploplastia, rechazando absolutamente la gastroenterostomía asociada, por dar un 50% de úlceras pépticas. Contrasta con esta aversión a la gastroenterostomía, la opinión de F. Hector Scotson (27), quien afirma tener mejores resultados asociándola a la sutura, que usando esta última sola: en el primer caso obtiene 6.9 de mortalidad; en el segundo, 18.3.

Las estadísticas de los partidarios de la sutura simple son mejores. Hay una, presentada por Bernard, Desplas y Mutricy (28), quienes citan una serie de 49 casos (operados en las primeras seis horas), con una sola defunción. La estadística de Philipowicz (11), partidario de la resección y desfavorable a la sutura en lo que respecta al estado ulterior de los operados, es, en cambio, favorable por lo que se refiere a la evolución inmediata: 18 casos tratados por sutura sin una muerte. C. Pera Jiménez (29), suturando en las seis primeras horas, sólo tiene una mortalidad de 6%. J. Filmour y J. H. Saint (30) en su estadística tienen solamente un 0.5% de mortalidad suturando en las primeras doce horas, y en los operados después de ese tiempo, 15%. La de Stoffel (31) más elevada, da una mortalidad global de 19% en la sutura contra 25 a 40% en la resección.

Se puede, pues, aceptar por el momento que la sutura permite salvar la vida del enfermo con mucha mayor seguridad que la resección. Esta, por el contrario, tiene más seguridad de dejar completamente sano al paciente, si sobrevive a la operación. De aquí que teniendo ventajas ambas maneras de proceder, quizá la conducta más correcta sea la de los ecléticos, haciendo la sutura en los casos más delicados cuando ya ha transcurrido bastante tiempo; y en aquellas que se puede operar con toda oportunidad y que no aparezcan tan graves, practicar la resección de una vez, que aunque haga correr un riesgo ligeramente mayor al enfermo, lo ponga a cubierto casi seguramente, del peligro de recidiva de la úlcera con todas sus complicaciones: perfo-

ración, hemorragia, cancerización, etc. Procediendo de esta manera, como sucede en gran número de clínicas alemanas (von Haberer - 33), pueden resultar datos paradójicos, así en la estadística de A. M. Graves (34) hay solamente un 4% de mortalidad en los casos operados dentro de las seis primeras horas dando la preferencia a la resección. En cambio, la sutura simple reservada a los casos más graves y tardíos le daría un 50% de defunciones.

En lo relativo al uso del drenaje, si bien es cierto que en las úlceras no complicadas la regla es que no se canalice, tratándose de las perforadas la indicación es diferente. Kreuter (35), de Nürnberg, practica resecciones y suturas sin drenaje, pero su porcentaje de mortalidad es muy elevado. En cambio, la generalidad lo usa comúnmente como lo señalan insistentemente R. Broglio y G. Pernwerth (36). Aunque parece estar perdiendo terreno el Mickuliez, algunos cirujanos lo siguen usando. H. Andrieu (37), de Oran, ha referido 5 observaciones de perforación gástrica tratados canalizando con el Mickuliez sobre la perforación misma, con cuatro curaciones; sin embargo, seguramente el sitio más adecuado para canalizar es el hipogastrio.

En el caso de mi enfermo, mi primera intención fué hacer una resección: solamente habían transcurrido dos horas, y el estado general parecía bastante aceptable; pero habiendo transcurrido cuatro horas más para su traslado al hospital durante las cuales empeoró bastante, y habiendo encontrado ya peritonitis generalizada, creí deber limitarme a la sutura simple con canalización, usando para esto el Mickuliez, al que creo deberle algunos éxitos en casos muy graves.

BIBLIOGRAFIA

- (1) G. Selvaggi.—Roma. Annali Italiani di Chirurgia, vol. XVII, enero 31 de 1933, pág. 41.
- (2) L. Pizzagalli y A. Sostegni.—Atti e Memorie della Societa Lombarda di Chirurgia, vol. II, N° 4, pág. 228.
- (3) Lauret.—Tesis. París, 1920.
- (4) Ed. Juillard.—(Porrentruy) Schweizerische Medizinische Wochenschrift, año LXIII, 29 julio 1933, pág. 729.
- (5) Desmarest.—Presse Médicale, 25 septiembre 1926.
- (6) R. Finsterbursch y Fr. Gross.—Der Chirurg, año IV, N° 15, pág. 598.

- (7) **Pfeiffer**.—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LIX, N° 47, pág. 2811.
- (8) **H. Mondor y P. Porcher**.—Journal de Chirurgie, tomo XLI, enero de 1933, pág. 20.
- (9) **Leo Dejardin**.—Bruselas. Journal Belge de Gastro-enterologie, tomo II, enero de 1934, pág. 26.
- (10) **S. Judine** (Moscou).—Bulletins et Mémoires de la Societé Nationale de Chirurgie, tomo LIX, 20 de mayo de 1933, pág. 775.
- (11) **Philipowicz** (Czernowitz).—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LXI, 24 de marzo de 1934, pág. 693.
- (12) **Neuber** (Pees-Hungria).—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LX, 30 de junio de 1933, pág. 1510.
- (13) **W. Rieder** (Hamburg-Eppendorf).—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LXI, 27 de enero de 1934, pág. 198.
- (14) **O. Hoche y G. Marangos**.—Viena. Archiv für Klinische Chirurgie, tomo CLXIX, abril de 1932, pág. 626.
- (15) **F. Schewket**.—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LX, 28 de octubre de 1933, pág. 2561.
- (16) **Friedemann** (Bochum-Langendreer).—Zentralblatt für Chirurgie, tomo LX, 22 de abril de 1933, pág. 934.
- (17) **R. Alessandri** (Roma).—Bolletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgia, vol. IV, N° 7, pág. 561.
- (18) **G. Scollo**.—Annali Italiani di Chirurgia, vol. XXXII, 6 de noviembre de 1932.
- (19) **D. Agustín Ferre**.—Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, tomo XXXV, N° 579, pág. 553.
- (20) **Tondeur Le Scalpel**.—Año LXXXVII, 24 de febrero de 1934, pág. 87.
- (21) **Clavel y Ed. Corajod**.—Lyon Medical, tomo CLII, 20 de mayo de 1934, pág. 585.
- (22) **X. Delore**.—Lyon Chirurgical, tomo XXX, N° 4, pág. 480.
- (23) **J. Creyssel y J. de Mourgues**.—Lyon. Revue de Chirurgie, año LII, 8 de octubre de 1933.
- (24) **H. Shelly**.—New York. The American Journal of Surgery, vol. XVI, febrero de 1932, pág. 276.
- (25) **Eric Fisher** (Sidney).—The Medical Journal of Australia, vol. I, N° 17, 29 de abril de 1933, pág. 11.
- (26) **Enderlen y Zuckschwerdt**.—Der Chirurg., año V, 15 de noviembre de 1933, pág. 849.
- (27) **F. Hector Scotson** (Manchester).—The British Medical Journal, 14 de octubre de 1933, pág. 680.

- (28) **Bernard Desplas y Mutricy.**—Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, tomo LIX, 3 de junio de 1933, pág. 838.
- (29) **C. Pera Jiménez.**—Revista Médica de Barcelona, tomo XVIII, N^o 104, pág. 151.
- (30) **J. Filmour y J. H. Saint.**—The British Journal of Surgery, vol. CCXXIII, 1^o de octubre de 1932, pág. 720.
- (31) **R. Stoffel.**—Der Chirurg., año V, N^o 3, pág. 97.
- (32) **M. Goldhammer.**—Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. LVII, agosto de 1933, pág. 257.
- (33) **H. von Haberer (Colonia).**—Münchener Medizinische Wochenschrift, año LXXX, 13 de octubre de 1933, pág. 1577 y 20 de octubre, pág. 1623.
- (34) **A. M. Graves (Nueva Orleans).**—Annals of Surgery, vol. XCVIII, agosto de 1933, pág. 197.
- (35) **Kreuter (Nuremberg).**—Intervenciones sin drenaje, mortalidad muy alta. Zentralblatt für Chirurgie, tomo LIX, 20 de agosto de 1932, pág. 2017.
- (36) **R. Broglio y G. Pernwerth.**—El Policlínico, año XLI, N^o 2, 15 de febrero de 1933, pág. 95.
- (37) **H. Andrieu (Oran).**—Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires, tomo C, enero de 1934, pág. 55.

Elogio del Dr. Francisco C. Canale

Por el Dr. Alfonso Pruneda, Secretario Perpetuo de la Academia ¹

El presente año académico se inició con gran pena para nuestra corporación, con la muerte de dos colegas muy apreciables. Uno de ellos fué el doctor don Francisco C. Canale, que formaba parte de la Sección de Historia de la Medicina desde el 22 de diciembre de 1926 y que falleció en esta capital el 10 de octubre de 1934.

El doctor Canale nació en el puerto de Guaymas, Sonora, el día 3 de noviembre de 1873. Los dos primeros años de estudios preparatorios los hizo en el Colegio Rosales, de Culiacán, y los restantes en la Escuela Nacional Preparatoria. En 1892 se inscribió en la Escuela Nacional de Medicina, donde fué muy estimado por sus maestros y compañeros, y sustentó examen de médico cirujano en los días 9, 10 y 11 de febrero de 1897.

¹ Leído en la sesión del 3 de abril de 1935.