

MEMORIAS CIENTÍFICAS.

CIRUJÍA.—De la ovariotomía — Memoria de prueba para obtener el grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don E. Dessauer.

Señores:

El tema que he elegido para mi memoria es la operacion radical de los tumores del ovario, i hé aquí las razones que me han impulsado a hacer esta eleccion.

Hai en la historia del arte médico un fenómeno singular, i es que en mui pocos años la opinion de los prácticos ha cambiado completamente sobre la operacion de la ovariotomía, a causa de la exactitud del diagnóstico de los tumores del ovario i de las modificaciones que ha sufrido el procedimiento operatorio.

No hace muchos años que un sabio cuyas palabras tienen el valor de un dogma en el arte médico, Scanzoni, profesor de obstetricia en Wurzburg, decia en su obra jinecológica publicada en 1856:

“La ovariotomía es una temeridad quirurjical, i es una verdadera locura el que un enfermo, para evitar los tormentos de su enfermedad, quiera someterse a una operacion que, segun todas las probabilidades, puede admitirse que terminará por la muerte; i! no se puede disculpar a un médico que se hace el instrumento de semejante suicidio involuntario;” i Velpeau decia en el año 1857:

“Rechazo la estirpacion. pues para tejitimarla seria preciso que se hallase en peligro la vida; i para ser racionalmente practicable, exigiria que el quiste tuviese un pequeño volúmen, en cuyo caso puede continuar viviendo la enferma por muchos años. No envidiamos, pues, la ovariotomía a nuestros compañeros de América. La cirujía francesa se halla en el dia en una via excelente: a la vez mui atrevida i mui prudente, debe renunciar a toda operacion aventurada: i en suma, para que intervenga, es necesario que el remedio sea menos peligroso que el mal.”

Fuera de este cambio de las opiniones sobre la ovariotomía, tan

digno de ser estudiado, he asistido muchas veces a la ejecucion de la ovariectomía i puedo hablar con alguna esperiencia; pero, debo confesarlo, la causa principal que me ha determinado a ocuparme de esta materia es que esta operacion se ha practicado en Chile -antes que en ningun otro punto de la América del sur, hecho honroso para el país, ya que los cirujanos que la han ejecutado son miembros recibidos de esta corporacion científica.

Antes de ocuparme de los casos de ovariectomía practicados en Chile, voi a echar una rápida ojeada sobre la operacion considerada bajo el punto de vista estadístico i crítico, ocupándome igualmente del método.

Se creia inventor de la ovariectomía a Schlenker, que la practicó en 1722, i se pretendia que Lemonnier la habia practicado por primera vez con buen resultado en 1781; pero Koeberlé ha descubierto que ya un cirujano escocés llamado Houston habia practicado esta operacion en 1701 con buen éxito.

En el norte de América la practicó por primera vez Ephraim Mac Dowell en 1809, i con buen resultado. Desde esta época se estendió la operacion a todos los países civilizados, quedando especialmente entre las manos de los cirujanos ingleses i americanos, i a ellos cabe la honra de haber perfeccionado el método hasta ponerlo en el grado de perfeccion que hoi tiene.

En 1868, el dia 14 de octubre, se practicó por primera vez en Chile por los señores don Pedro Ortiz, delegado del protomedicato, i don Oswaldo Aichel, médico de la ciudad de Concepcion; la segunda vez, el 14 de enero de 1870, por estos mismos caballeros i el autor de esta memoria.

El método se distingue por su invariable sencillez, i Scanzoni lo describe, segun el procedimiento de Langenbeck, del modo siguiente:

“Se coloca la enferma como para la operacion de la talla lateralizada i se divide la pared abdominal en una estension de cinco o seis centímetros, yendo prudentemente capa por capa. Practicase la incision en la línea blanca a igual distancia del ombligo i de la sínfisis. Luego que se ha dividido el peritoneo, se dilata la incision con un bisturí de boton hasta que sea tan grande como la de la piel. Las manos de los ayudantes comprimen el tumor contra la pared abdominal, i después de la incision del peritoneo, aparece el quiste en la herida con la coloracion blanca i brillante que le es propia. Se le mantiene en esta posicion por medio de erinas i se vacia el

quiste con un trocar grueso. Una presion suave sobre el abdómen impide tanto la salida de los intestinos como la entrada del aire, o del líquido en esta cavidad. A medida que el quiste se vacía, se le tira hácia afuera de la abertura practicada, sea con las herinas, sea con los dedos, hasta que por último aparece en la herida el pedículo del tumor. Entonces se corta poco a poco este último, cuidando de hacer por separado la ligadura de cada vaso importante. Se mantiene en la herida la porcion que queda del pedículo, de tal modo que la parte de peritoneo que cubre a este último, permanezca en contacto con la de la pared abdominal. Entonces se cierra con cuidado la herida por medio de una sutura de puntos separados que no interesa al peritoneo, pero que algunos de cuyos hilos pasen por el pedículo.”

Añadiremos que la primera indicacion del tratamiento consecutivo es prevenir la peritonitis i las hemorragias que se verifican a veces en la estremidad del pedículo del tumor. Para llenar esta indicacion, los mejores medios son la aplicacion de compresas de agua con nieve sobre el vientre i mantener el vientre libre por medio del calomelano. Si la inflamacion se presenta, seria preciso echar mano de sanguijuelas i demás medicamentos usados en la peritonitis. Contra una hemorragia consecutiva, no hai otro recurso que la ligadura, que no presenta dificultad cuando el pedículo está mantenido entre los bordes de la incision; pero cuando el pedículo ha sido repuesto en el abdómen i se observan síntomas de una hemorragia interna, hai precision de abrir de nuevo la herida, buscar el vaso que da sangre i ligarlo. Las hemorragias producidas por la ruptura de las adherencias del quiste están jeneralmente fuera de los recursos del cirujano. El peor de todos los accidentes que pueden sobrevenir después de esta operacion, es el colapso, que es casi siempre el precursor de la muerte, sobre todo, después de la estirpacion de tumores voluminosos. Aparecen a veces después de la operacion i a consecuencia de las tracciones i contusiones que sufren los nervios del pedículo, dolores mui fuertes; otras veces hai vómitos, que si son mui tenaces, son un signo de muerte probable. Estos síntomas reclaman el uso de los narcóticos, i el mejor medio de emplearlos es la inyeccion subcutánea.

Antes de pasar a la estadística i la discusion sobre el método mismo, voi a ocuparme del momento en que una estadística mejor hecha ha cambiado la direccion de los espíritus en favor de la ovariectomía. Este momento se inició con la invencion de la *grapa* para la ligadura

del pedículo, e invención debida a Spencer Wells. En vez de ligar el pedículo i cada vaso por separado, Spencer Wells aplicó su grapa, que comprimiendo la totalidad del pedículo, le reponía en el ángulo inferior de la herida. En el espacio de seis días, cae la grapa por sí misma; la cicatrización es rápida, cambia poco el estado general del enfermo. Backer-Brown adelantó un paso más. Ligó el pedículo i lo cortó, i luego lo cauterizó con el hierro caudente, reponiéndolo, en seguida, si era corto, en el abdomen; *ligatures perdues*, de los franceses. Pero el último grado de perfección alcanzado en la ovariotomía por la cirugía moderna se debe a Koeberlé i a Spiegelberg, que usando la galvanocáustica para seccionar el pedículo, i cortar i quemar al mismo tiempo. Ellos son los que hasta ahora han obtenido los mejores resultados en esta grave operación.

En los primeros tiempos, cuando se ligaba el pedículo i cada vaso por separado, la estadística de Scanzoni daba una mortalidad de 72 por 100; proporción que justifica su calificativo de *temeridad quirúrgica* aplicada a la ovariotomía.

Más tarde, cuando se tuvo más exactitud en el diagnóstico, i no se operaron ya los carcinomas, la proporción de la mortalidad cayó, según Fock, a 59 por 100.

Este cambio hizo ya decir a Vidal: "En caso desesperado, un médico haría mal absteniéndose de operar."

Spencer Wells inventó la grapa, i desde entonces solo perdió 21 entre 75 operados, lo que equivale a 28 por 100.

Keith, operando en las mismas condiciones que Spencer Wells, perdió de 48 operados solo 11, igual a 23 por 100.

Backer-Brown, el inventor de la cauterización del pedículo, perdió 5 de 36 operados, o sea 14 por 100.

Según la última estadística compilada por el profesor Veit, en 1866, se practicó la ovariotomía cien veces, en este año, i se curaron 77 enfermos, muriendo solo 23 por 100. Veit puede decir por eso:

"Este hecho basta para convencer a los adversarios de esta operación. Este método está plenamente justificado: es un beneficio para las desgraciadas que reclaman la ovariotomía."

La estadística muestra, pues, que la sencilla amputación de los miembros tiene una mortalidad mucho más desfavorable. En efecto, según la estadística de Paul, de 8315 amputados, murieron 2622, igual a 31 por 100; i la amputación de los miembros inferiores da una mortalidad de 46 por 100.

Tales cifras hablan muy alto en favor de la ovariotomía.

Lo que importa en esta operación la destreza personal i el manejo lo demuestra el ejemplo de Keith. Hizo 48 veces la operación i obtuvo:

En las primeras 16 operaciones 6 muétras
segundas 16 3
terceras 16 2

Esto hechos incuestionables, que destruyen la última duda en la ejecución de esta operación, imponen a los cirujanos el deber de adiestrarse en ella como en todas las otras operaciones, para encontrarse en disposición de practicarla con buen éxito cada vez que sea necesario, i libertar a las pobres mujeres que de ella tienen necesidad, de una enfermedad que las hace morir lentamente en medio de molestias sin fin i martirizadas con punciones inútiles i con inyecciones peligrosas.

Paso a la relación de las primeras ovariotomías practicadas en Chile, tomando literalmente la primera de la relación que el señor doctor don Oswaldo Aichel ha tenido la bondad de comunicarme.

La esposa del ingeniero don R. M., de 30 años de edad, madre de 6 niños, entre ellos gemelos, de constitución débil, amenorróica desde un año, entra en curación en setiembre de 1868; se siente mal, el pulso frecuente, chico, sin energía; vomita dos o tres veces al día un fluido mucoso, algo ácido, verde amarillo; el vientre es estítico; no evacua, sino cada tres o cuatro días; anasarea de los pies i de las piernas; el vientre tan hinchado como en el mes nono de la preñez; hace un año que observa en el hipocondrio izquierdo un tumorcito.

El vientre está duro, apretado, con fluctuación; se palpa al lado derecho e izquierdo una dureza, pero sin contornos distintos; la percusión en la rejion de los riñones es sorda, i también en toda la periferia del abdómen, timpanítica en los hipocondrios; el hígado muy alto distocado para arriba; el útero en posición normal.

El 30 de setiembre se ejecutó la punción i se sacaron unas veinte libras de un líquido delgado, amarillento albuminoso; después se distinguieron dos tumores casi redondos, circunscritos, móviles, de un diámetro de diez a doce pulgadas; el uno parecía muy blando, sin dureza; el otro, el izquierdo, duro i nodoso.

Se hizo el diagnóstico de quistes de ambos ovarios.

La operacion fué hecha el 14 de octubre de 1868.

Dos pulgadas abajo del ombligo, se hizo en la línea blanca una incision de cuatro pulgadas de largo; salieron a lo menos unas diez libras de este fluido ceroso; el tumor derecho se puso en la herida, hecha la puncion, se le sacó con facilidad: ninguna adhesion; se hizo la ligadura del pedículo, que era de dos pulgadas de largo, con un hilo grueso, se le cortó i cauterizó con el fierro candente, i se le repuso. Entonces se despegó el tumor izquierdo de algunas adhesiones de poca importancia; se hizo la puncion i se le sacó. Esto era combinado con mas dificultad, porque el tumor no perdió mas que la tercera parte de su volúmen, i era duro, consistente, nodoso; se puso entonces la mano en el abdómen detrás del tumor; i apretándolo con todos los dedos, se le sacó con bastante fuerza, para evitar el ensanchar demasiado la incision. El pedículo mui corto fué ligado mui cerca del cuerpo del útero con un hilo mui grueso; se le cortó i se le repuso cauterizado con el fierro candente. Se cerró la incision con la sutura enroscada i se puso en el ángulo inferior de ella durante las primeras 24 horas una sonda de goma. Durante tres dias se aplicaron fomentos frios; la enferma tomó cada dos horas 15 gotas de láudano líquido, caldo i vino; la fiebre, siempre insignificante, variaba entre 100 i 105 en la mañana, en la tarde entre 110 i 120; dolores mui pocos; ningun meteorismo; después de diez dias, cesó la fiebre enteramente; la enferma tomó 10 gotas de láudano cada tres horas, buen caldo i vino; después de quince dias, tres veces al dia, 10 gotas de láudano, i la enferma se levantó después de 20 dias. La herida estaba cicatrizada; la barriga blanda, sin ningun dolor; sin fiebre, la gana de comer bastante, la evacuacion regular i el sueño tranquilo.

El tumor derecho era un quiste sencillo, de diez pulgadas de diámetro, unilocular; con una pared lisa, de interior algo belloso, gruesa de una i média líneas; el contenido era un líquido blanco-amarilloso, viscoso, haciendo madeja, de reaccion alcalina.

El tumor izquierdo era oblongo, irregular, ovalado, nodoso; en el exterior, de un color cambiando de amarillo hasta moreno; el contenido era en la tercera parte un líquido espeso, haciendo madejas, moreno-amarilloso; el resto era una mole esquivosa, nodosa, manchada, dura, lacerable con los dedos. En su interior era un tejido trabecular, lleno de poco líquido espeso, moreno-amarilloso. La superficie interior de esta mole dura estaba salpicada con ampollas chicas i hasta del tamaño de una nuez; con paredes finas, pelucidas i conteniendo un líquido ceroso.

Segun mi opinion, era un quistoide en degeneracion carcinomatosa. El diámetro era de doce pulgadas de largo i ocho de ancho.

Tal es la relacion del señor doctor don Oswaldo Aichel.

Este caso contiene varios momentos muy interesantes. Desde luego, no es una estirpacion sencilla de un ovario solo; es de ambos lados, mucho mas rara i mucho mas difícil. El ovario derecho es transformado en un quiste sencillo; el izquierdo es degenerado en un quistoide combinado i carcinomatoso muy notable, siendo la curacion pronta i la convalecencia sin ningun síntoma desfavorable.

La segunda ovariectomía hecha en Chile tenia un éxito menos favorable.

La señora doña C. B. de A. dió a luz diez hijos; cinco de ellos viven; parece de buena constitucion; pulso i gana de comer normal; para obtener evacuaciones, necesita el uso de lavativas; hace diez años que perdió en un aborto bastante sangre, i observaba desde este tiempo el crecimiento de un tumor en el hipocondrio izquierdo; pero todavía estaba la menstruacion normal hasta unos diez meses antes de que yo la viera. Desde este tiempo, el tumor principiaba a crecer con celeridad hasta su volumen presente. La enferma no está segura de no estar en cinta, i dice que nunca ha sufrido ningun dolor.

Por la palpacion, se distingue una estension inmensa del abdomen, que es pendiente hasta la mitad del muslo; es duro, tieso, tendido; en la rejion del ombligo i mas abajo, se distinguen dos tumores duros grandísimos.

La auscultacion da un ruido venoso ligeramente soplante.

La percusion mas arriba del ombligo da un sonido mate; abajo, hasta la sínfisis, un sonido como la percusion del muslo en el hipocondrio derecho; hasta la rejion del riñon de este lado, timpanica; i esto se cambia muy poco mudando la posicion de la enferma. Parece que hai fluctuacion i que los dos tumores, apretándolos fuertemente, son bastante movibles.

El exámen interno mostraba todo normal. La cavidad del útero era de tres pulgadas de largo.

El diagnóstico era entonces precisado del modo siguiente: el tumor es un quistoide multilocular, probablemente acompañado de ascitis libre, i hemos resuelto hacer antes de la operacion una puncion tambien esplorativa, i cauterizar el pedículo con el fierro candente.

El 14 de enero de 1870 fué ejecutada la operación. La enferma estaba acostada del lado izquierdo i se hizo la puncion en la línea blanca, unas tres pulgadas bajo el ombligo; salió una gran cantidad de un líquido algo hediondo i rojo-moreno. Después se hizo la incision de la herida del trocar hácia abajo i larga de cinco pulgadas. Se presentó un tumor livido, por todos lados firmemente adherido con muchos vasos anchos, muy parecido al útero en la preñez. A la primera tentativa de despegarlo, se rompió i quedó una pulpa verdadera en pedazos. Era preciso separar todos los intestinos de las adhesiones hasta el vaso, estómago i el hígado, i sacar todo con las manos. Cuando con un inmenso trabajo el neoplasma se habia sacado, se encontró el pedículo saliendo del fondo del útero, i fué estirpado con el *ecraseur* de Mathieu i enérgicamente cauterizado con el fierro candente; se limpió con esponjas el abdomen de este líquido. Después se cerró la herida con la sutura nodosa, dejando en el ángulo inferior de la herida una sonda elástica bastante ancha. La hemorragia era muy insignificante i no necesitó ninguna ligadura. Hasta aquí la operación era favorablemente ejecutada; pero inmediatamente después entró un colapso total, i la enferma murió dos media horas después de la conclusion de la operación, usando todos los analépticos conocidos.

El tumor era un quistocarcinoma medular, reblandecido, procediendo del fondo del útero, conteniendo algunas cavidades llenas de partículas del carcinoma i de un líquido cejoso, moreno, algo descompuesto. La autopsia no se hizo.

Estos dos casos interesantes me confirman una observacion, creo muy útil para el diagnóstico diferencial de los tumores del ovario el dirigir la atencion sobre este hecho importante; i espero que el cirujano, teniendo presente esto, no enriquecerá la estadística con casos fatales desfavorables para el método de la ovariectomía. Héla aquí.

“Antes de la operación, se hace la puncion esplorativa. Si sale un líquido hediondo, descompuesto, livido o algo rojo-moreno, conviene que no continúe la operación. Un tumor tal, que ha crecido con ligereza en poco tiempo, es casi sin escepcion de carácter maligno, i tales tumores son verdaderos: *Noli me tangere.*”

Apenas habia señalado este nuevo dogma para el diagnóstico diferencial de los tumores del ovario, cuando una casualidad me permitia comprobar su exactitud.

El 28 de abril de 1870 fué llamado por el señor doctor don En-

rique Yunge, en Santiago; para una junta, i para asistirlo en la ejecucion de una puncion en una ascitis, producida por un tumor del ovario.

Dos meses hacia que se habia practicado, la última puncion, i ya volvía a ser necesaria por la opresion dispnea que la enferma sufría.

La puncion hecha, i sacada a lo menos una cantidad de 25 libras de un fluido rojo-moreno, se percibia un tumor de cerca del tamaño de la cabeza de un adulto; era móvil, colocado en el lado derecho del abdómen, de su perficie lisa, no *nodosa*, que es lo característico del carcinoma; habia partes duras i blandas, la mujer no tenia ningun dolor; el útero se encontraba en su posicion normal, i la exploracion interna nada mostraba de irregular.

La enferma, doña C. H. de L., tenia 42 años de edad, era madre de una hija, i siempre habia tenido muy buena salud; pero su vientre, siempre seco, la obligaba a usar habitualmente purgantes o lavativas. Hace dos años que observa que se desarrolla un tumor en su abdómen, tumor que le causó algunas veces bastantes dolores. La menstruacion siempre ha sido normal; su cuerpo está algo demacrado.

Se diagnosticó un sistosarcoma multifoclar del ovario derecho.

La enferma pedía la operacion; i aunque el pronóstico era dudoso, ella fué acordada por ser el tumor perfectamente móvil, sin ninguna adherencia i de un tamaño no muy considerable. Se hizo uso de la grapa de Spencer Wells, i se cauterizó el pediculo con el fierro candente.

La operacion fué ejecutada el 2 de mayo de 1870 por el autor de esta memoria, i con la asistencia de los doctores Yunge i Schmitt-Hiemery, i de los profesores Thevenot, i Valderrama.

Para evitar los peligros del vómito causado algunas veces por el cloroformo, fué aplicada la eterizacion local; pero, no obteniéndose el efecto deseado, probablemente por mala construccion del aparato, fué preciso hacer uso del cloroformo. Hecha la incision cutánea de tres i média pulgadas de largo en la línea blanca, i como a cuatro pulgadas debajo del ombligo, se abrió el peritoneo ensanchando la herida con el bisturí botonado. Salíó bastante líquido de la ascitis, i el tumor se presentó enfrente de la herida. Luégo se hizo la puncion del quiste con el trócar de Maissonneuve, i salió bastante cantidad de un líquido amarillo, turbio i puriforme. Aunque se hizo la tentativa de tirar hácia afuera el saco del quiste con piezas de Musseux, la incision

era chica i el quiste contenia partes duras i gruesas, así es que fué necesario introducir la mano para sacar el tumor. El pedículo, de un largo de dos pulgadas mas o menos, fué comprimido en la grapa sin dificultad: se le cortó i cauterizó.

La herida fué cerrada con la sutura emplumada, pero sin que la aguja tocase el peritoneo; se hizo uso además de tres puntos de sutura entrecortada. El pedículo fué colocado con la grapa en el ángulo inferior de la herida. Sacando el tumor, se vieron dos asas de intestino llenas de tumorcitos i placas parecidos a tubérculos miliares crudos.

La pérdida de sangre fué insignificante, no pasando de treinta gramos. La operacion con todos sus preparativos duró no más que una hora i cuarto.

El tumor es un sistosarcoma múltilocular; algunos de estos quistes están llenos de un líquido puriforme; se ven varios quistes unidos por un tejido trabeculoso; en el punto de insercion del pedículo, hai otro tumor pequeño, del tamaño de un huevo, c onteniendo un quiste lleno de una masa caseosa.

La enferma tomó un poco de vino i coñac i 15 gotas de láudano; fomentos de aceite en la herida. Dos horas mas tarde principió el vómito, i fué preciso dejar el láudano porque parecia aumentarlo. Tomó hielo.

En la noche el pulso marcaba 72 a 76; un poco de escosor en la herida; continúa el vómito; toma caldo helado i hielo; ha orinado tres veces i se siente mui aliviada. Pasó regular noche.

El 3 a las 6 de la mañana el pulso marca 72, la herida está mui bien, la enferma se siente mejor; continúa el vómito; no tiene dolor en el vientre i no quiere tomar nada. Se dió entonces el hidrato de cloral; 4 gramos en 6 onzas de mistura gomosa, una cucharada cada média hora. Después de la primera cucharada, cesó el vómito. Continúa tomando el caldo helado, que le gusta mucho.

A las 9 i média de la mañana, el estado es el mismo, el pulso no alcanza a 80; pero luego sube, i a las 10 i média, llegó a 92; los piés i las manos se enfrían, principia el meteorismo, pero sin dolor. A las 4 de la tarde, el pulso marca 150, es mui débil i filiforme; las estremidades están heladas; pero la herida tiene el mejor aspecto. Fuera de algunos remedios analépticos, se aplicó una lavativa con azafétida; volvió el vómito.

A las 8 de la noche el pulso ha desaparecido enteramente en las arterias radiales, temporales i tibiales; el corazon hace movimientos

innumerables e irregulares; hai edema en los pulmones. Se prescriben 5 gramos de almizcle cada média hora, dándolo tambien en lavativas: todo fué en vano, el colapso i el edema hicieron sus progresos, i la enferma murió el 4 de mayo a las 5 de la mañana.

La autopsia fué practicada a las tres de la tarde con el señor doctor don Enrique Yunge, i verificada por los señores doctores Middleton i Valderrama.

Mucha rigidez cadavérica; poco panículo adiposo.

La herida tiene el mejor aspecto, está firmemente cerrada por primera intencion; el pedículo, despachurado por la grapa, ya está gangrenoso.

El pulmon derecho está libre i sin adherencias, aunque edematoso; en la cavidad pleurítica, hai cerca de 5 onzas de cerosidad.

El pulmon izquierdo tiene adherencias por detrás; está edematoso; en el lóbulo inferior, pneumonia hipostática; en este lado de la cavidad pleurítica, mas cerosidad que en el derecho.

En el pericardio, cerca de 4 onzas de una cerosidad muy amarilla; el corazon es muy chico i con mucha grasa. En el ventrículo derecho, firmemente fieltado con las trabéculas i con la válvula tricúspide, casi tapando la arteria pulmonar i continuándose en ésta por alguna distancia, hai un coágulo blanco, duro i sangriento en su terminacion. Lo mismo se encuentra en el atrio i en la vena cava inferior; el primero está algo dilatado por el coágulo. La vena cava superior está enteramente vacía.

El ventrículo izquierdo i el atrio están vacíos i sin ningun coágulo.

En la cavidad abdominal hai como una libra de cerosidad; todo el peritoneo tiene color pizarra; la cerosa parietal de los intestinos i del mesenterio está llena de placas algo prominentes, de color ceniza i algo rojizo; se las halla de todos tamaños desde el de una lenteja hasta el de un peso fuerte; las mayores son crateriformes i melanóticas.



Vista vertical.

Seccion vertical de uno, colocado en uno de los intestinos.



Cerosa.
Muscularis.
Mucosa.

Cuando se la corta verticalmente, se ve que la túnica muscular i la Cerosa están enteramente libres. Ninguna de estas placas contiene materia caseosa o puriforme, como se ve en los tubérculos. Los intestinos i el estómago están llenos de gases.

La herida se ha cicatrizado por primera intension i además una asa de intestino la cierra por dentro adhiriéndose a ella. En este lugar se ve una ligera exudacion fibrinosa.

En el ángulo inferior de la herida, donde se halla firmemente adherido el pedículo, se encuentra una fistola estrecha, que da paso a la cercosidad del abdomen.

En todo el interior del abdomen no se halla ni una gota de sangre o de pus.

Entre el lóbulo izquierdo del hígado, el estómago i el colon trasversó, hai fuertes i viejas adherencias. El omento mayor está empuqueñecido i dejenado en dos ligamentos gruesos, pegados a la pared derecha i llenos de tumorcitos como las placas del peritoneo, pero mas globulosos.

La superficie superior del hígado adhiere fuertemente al diafragma; las márgenes i la superficie inferior están cubiertas de las mismas placas; todo él bastante hiperemiado. La bilis es espesa i de color verde oscuro.

La mucosa de los intestinos solo se halla un poco infiltrada. Los riñones i el vaso están sanos.

Lo mas notable en este caso es la pronta cicatrizacion de la herida i la falta de peritonitis, porque el color pizarra del peritoneo es el resultado de inflamaciones antiguas. Las placas tan numerosas i diseminadas sobre todos los intestinos eran la causa de la parálisis i del meteorismo de éstos. La naturaleza de estas placas es tal que es imposible fijar en ella los límites del carcinoma i del tubérculo crudo; es una de las formas de tránsito de uno en otro con elementos microscópicos primitivos. El coágulo blanco, fibrinoso, i la pequenez del corazón, fueron la causa de la desaparicion del pulso. No me atrevo a fijar el papel que haya hecho el cloroformo en la formación de estos coágulos blancos. Estos necesitan para formarse muchas horas, durante la vida; no son éstos los coágulos que se forman en la agonía; cuando éstos se forman, se observa siempre como causa de la muerte el edema agudo de los pulmones.

La narracion de estas tres primeras ovariotomías practicadas en Chile, sin ocultar ningun hecho, aunque sea desfavorable para la estadística, es una grande enseñanza. Ella nos dice que uno de los primeros cuidados del cirujano debe ser precisar el diagnóstico con la mayor exactitud posible; ella muestra, en fin, que la sencillez del

procedimiento operatorio i el hábito de ejecutarlo son para las pobres enfermas una garantía de salvacion.

Santiago, abril 21 de 1870.

La comision examinadora que suscribe acordó la publicacion de esta memoria en los *Anales de la Universidad*—J. JOAQUIN AGUIRRE.
—ZENON V. GAETE.—A. MURELLO.—JUAN FRANCISCO RODRIGUEZ.
—W. DIAZ.

MEMORIAS LITERARIAS.

LEJISLACION.—*Casos en que una sentencia ejecutoriada puede ser retractada por el mismo tribunal o juzgado que la pronunció; elogio del señor don Bernardino Opazo.—Discurso leído por don Jorge 2.º Huneeus, el 22 de abril de 1870; al incorporarse en la Facultad de leyes i ciencias políticas.*

Señores:

Vuestra benevolencia i vuestro deseo de estimular a los amantes del estudio i a los que se consagran a la enseñanza de alguno de los ramos del derecho, son, no temais, me lo disimuleis, los móviles que, sin duda, es han guiado al elejirme para ocupar entre vosotros el asiento que ha dejado vacante el prematuro i lamentable fallecimiento de mi ilustrado antecesor don Bernardino Opazo. Tan alta distincion, por lo mismo que eran bien escasos mis títulos para aguardarla, compromete profundamente mi gratitud para con vosotros, i me impone la obligacion de hacerme digno de ella, llenando con buena voluntad los deberes del honroso puesto con que habeis tenido a bien favorecerme.

Dos pesan sobre mí en este momento. Llenaré el primero: el de disertar ante vosotros sobre un tema de derecho elejido, *ad libitum*, contando, mas que con mis escasas fuerzas, con el apoyo de vuestra bondadosa induljencia. Para el cumplimiento del segundo: el elogio del malogrado colega que hoy vengo a reemplazar, cuento con la influencia bienhechora de su recuerdo, i sobre todo, con la valiosa cooperacion de que mas adelante os hablaré.