

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

—  
PERIÓDICO

—  
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

—  
CLÍNICA QUIRÚRGICA.  
—

Quiste del ovario izquierdo operado el 16 de Mayo de 1879.—Curacion.—  
Estudio anátomo-patológico del tumor.

El 3 de Abril del presente año entraba al servicio de Medicina que dirige mi estimado compañero y amigo el Dr. Miguel Cordero, la enferma Apolonia Moreno. Esta mujer tiene 35 años de edad, es casada y no ha tenido hijos. Su constitucion es débil, su temperamento linfático y su menstruacion ha sido siempre regular. Refiere su mal al principio del año 1878 y lo atribuye á una fuerte emocion moral que produjo ciertas perturbaciones del estómago que consistian en vómitos biliosos acaecidos todas las mañanas en ayunas. Este accidente persistió cuatro meses consecutivos sin que nunca los vómitos fueran de materias alimenticias.

En los primeros dias del mes de Julio del mismo año la enferma creyó sentir en la parte inferior é izquierda del vientre un abultamiento pequeño, duro y doloroso, tanto espontáneamente como á la presion, pero no sabe precisar las dimensiones siquiera aproximadas del tumor á la época de su aparicion. Este abultamiento del vientre fué creciendo gradualmente sin que se presentaran serias perturbaciones intestinales, pues que solo el apetito estaba disminuido y habia sed. En los seis primeros meses, contando desde el principio de la enfermedad, las menstruaciones fueron regulares, y desaparecieron del sétimo en adelante. Cuando el tumor hubo adquirido grandes proporciones entorpeció la respiración y circulacion general: aparecieron, en consecuencia, disnea, vértigos, zumbidos de oídos, y desvanecimientos; desórdenes que sin duda debian referirse á las dos grandes funciones que por entónces estaban perturbadas. En tal estado entró al servicio de San Andrés: el cuadro que vamos á pintar da una idea de su situacion.

Enflaquecimiento general muy notable, palidez de la cara y de las mucosas,

gran dificultad para los movimientos, ansiedad que se exageraba en la posición supina, la respiración se hacía hasta 60 veces por minuto, el corazón latía 128 veces en el mismo espacio de tiempo, tensión sanguínea casi nula, debilidad general acentuadísima. En suma, el cuadro general revelaba una anemia muy profunda y la auscultación carotídea la comprobaba plenamente. Aquella enferma tenía el tipo de la caquexia ovárica, con su facies y demás caracteres.

La auscultación del pecho nos enseñó que los pulmones estaban sanos, debiendo por esto referirse la ansiedad á la compresión diafragmática ejercida por el tumor, y al estado general de la enferma. Las funciones intestinales no se habían desarreglado seriamente; no había diarrea ni constipación. La vejiga funcionaba sin gran dificultad. No había edemas en los miembros inferiores, y si la enferma se quejaba de calambres dolorosos en el miembro inferior izquierdo, á no dudarlo, se explicaban satisfactoriamente por la compresión que el tumor debía ejercer sobre los nervios correspondientes.

**EXÁMEN LOCAL DEL VIENTRE.**—Por la inspección abdominal vimos que el vientre estaba exageradamente distendido, al punto de no poderse apreciar los huesos epigástrico é ilíacos: su forma era casi globulosa; su gran diámetro vertical extendido del apéndice xifoide á la sínfisis púbica, media 0,<sup>m</sup>42; la circunferencia del tumor, medida casi al nivel del ombligo y un poco encima de las espinas ilíacas ántero-superiores, daba la siguiente cifra: 0,<sup>m</sup>95. La piel lustrosa y tirante dejaba ver las venas subcutáneas llenas y distendidas; el ombligo estaba saliente. Palpando el tumor le sentimos duro pero resistente y elástico, regular y sin abolladuras; difícilmente depresible por la tirantez de sus paredes: no permitía el desalojamiento de su contenido; sin embargo, la sensación de resistencia elástica no dejaba duda de su naturaleza: era evidentemente quístico y unilocular, puesto que no se advertían ni las desigualdades ni el endurecimiento que se observan en los multiloculares y sólidos. Quiriendo moverle se desalojaba en masa en límites cortísimos, pues llenando completamente la cavidad peritoneal, no era fácil hacerle deslizar debajo de ella. La exploración de las fosas ilíacas no permitía apreciar la inserción, estando ocupadas como el resto del vientre por la bolsa quística.

Por la percusión notamos matitez en toda la extensión del tumor; al nivel de los flancos se advertía alguna sonoridad; era ésta relativa y nunca la que se observa cuando el intestino queda libre: siguiendo la línea curva ascendente que corresponde al intestino grueso, y partiendo del ciego, era fácil advertir que la matitez se acentuaba á medida que se alcanzaba el epigastrio; á esta altura desaparecía completamente la sonoridad para reaparecer sobre el flanco opuesto, con la particularidad de encontrarse en un nivel tan bajo, que habría podido pasar desapercibido si no se le hubiera buscado cuidadosamente. El cambio de posición de la enferma no alteraba los fenómenos observados, ni aun siquiera influía en la forma cóncava hácia abajo que tenía la línea limitante superior

de la matitez: era evidente, en consecuencia, que el vientre estaba completamente ocupado por el neoplasma.

La succusion practicada á golpe seco y limitado, desalojaba el líquido contenido en el quiste, produciendo un choque limitado también, de modo que correspondía perfectamente á la impresion producida, cualquiera que fuese el sitio elegido para practicarla: así es como pasaba de un lado á otro ó de arriba abajo en totalidad del tumor ó parcialmente. Con esta prueba no podia quedar duda de la existencia de una sola celda, y á la vez se habria podido asegurar que el líquido no debía ser muy denso.

La auscultacion cuidadosa de toda la pared abdominal nada particular nos hizo observar relativo á la naturaleza y condiciones propias al neoplasma, pues los fenómenos observados por tal medio solo comprobaban la existencia en la cavidad peritoneal de un cuerpo poco conductor del sonido, una vez que no era posible apreciar ni los ruidos aórticos ni el ruido intestinal que normalmente percibimos cuando auscultamos el vientre sano.

Explorando la vagina, reconocimos que el cuello uterino estaba ligeramente inclinado hácia atrás y á la izquierda, sin modificacion apreciable en su forma, tamaño y consistencia; su abertura era normal. Los fondos de saco estaban libres, enseñando así que la pequeña pelvis no estaba ocupada por el neoplasma: deprimiéndoles fuertemente no alcanzamos el tumor. Aplicando nuestro dedo sobre el útero con la intencion de moverlo, fijando previamente el tumor abdominal, observamos que el útero parecia moverse con independencia del quiste, pues ni los movimientos comunicados al tumor ni los que imprimimos al útero parecían relacionarse; sin embargo, existia una ligera desviacion del cuello, la cual hacia suponer que el tumor se habia desarrollado del lado correspondiente. La exploracion rectal fué también practicada cuidadosamente, sin que fuera posible apreciar el tumor de un modo claro.

Para completar el exámen clínico con que damos cuenta, dirémos que palpando cuidadosamente el vientre y queriendo deprimir la pared abdominal de la enferma, colocada en posicion supina y con los miembros en semiflexion, no fué posible undir nuestras manos en el tumor, que por esta maniobra se nos revelaba claramente quístico; de tal modo era clara la sensacion de líquido que percibiamos. Tampoco pudimos observar endurecimiento ni irregularidad alguna en la pared anterior, ni despegar, por decirlo así, las paredes abdominales, no obstante que procurábamos hacer pliegues en ellas para darnos cuenta de la existencia de adherencias. Cuidamos, por último, de favorecer el deslizamiento de las paredes con la intencion de apreciar la mayor ó menor facilidad de esta maniobra, así como para cerciorarnos de si no sentiamos crepitation, frote ó alguna otra circunstancia que nos revelara la existencia de las adherencias en la pared anterior del quiste. Como la cavidad del vientre estaba completamente llena por el neoplasma, no era fácil obtener datos seguros de los procedimien-

tos mencionados; de suerte que era indispensable evacuar el quiste para juzgar con más acierto. Se comprende que no siendo posible diagnosticar con certidumbre lo relativo á las adherencias parietales, era mucho menos fácil decidir si existían las viscerales, pues en este caso hubiera sido inútil apelar al recurso recomendado, que como sabeis, consiste en colocar á las enfermas sobre las rodillas y las manos con el objeto de apreciar si el tumor se desprende fácilmente de las vísceras y cae, por decirlo así, sobre el vientre, dejando libre el tubo intestinal, que en tal caso expulsa con ruido los gases que lo ocupan, lo que no se verifica en otra posición. Ya lo hemos dicho, las condiciones propias á nuestro caso no permitían ensayar este medio de diagnóstico por la excesiva plenitud del vientre; en consecuencia, no lo pusimos en juego, decidiendo desde luego la punción exploradora que debía esclarecer nuestras dudas. Para no hacer omisión alguna, diremos que solo faltó á nuestro exámen la exploración de la cavidad uterina; y como debéis suponer, no la creímos motivada vistas las condiciones observadas en el cuello uterino, que no permitían suponer siquiera que el útero grávido constituyera ó complicara el tumor, que, sea dicho de una vez, juzgábamos pertenecer al ovario hidrópico. Nos apresuramos á declarar que este juicio necesitaba rectificación; pero como no queremos distraer vuestra atención intercalando en la relación clínica consideraciones científicas, de mucha importancia ciertamente, pero poco oportunas en este lugar, aplazamos el interesante estudio del diagnóstico de los quistes del ovario para solo ocuparnos de la observación clínica.

Resumiendo el cuadro clínico que motivó nuestro diagnóstico, diremos: que un tumor desarrollado lentamente en la cavidad abdominal, que primitivamente ocupó la fosa iliaca izquierda, y que ha necesitado quince ó más meses para llenar completamente el vientre, sin ocasionar fuertes dolores ni perturbaciones funcionales de los órganos contenidos en la cavidad, relativamente duro, resistente, elástico, francamente fluctuante, mate en toda su extensión al percutirle, de forma definida, cualquiera que sea la actitud que se le dé á la enferma, y que solo deja libres de cierto modo las partes inferiores y laterales del vientre, en las que se observa sonoridad relativa; sin modificar el cuello uterino, ni la consistencia, forma y condiciones del orificio, con persistencia de las funciones menstruales durante los seis primeros meses de su desarrollo; sin cambio notable de las glándulas mamarias; sin la coexistencia de lesiones de aparatos ú órganos capaces de producir una hidropesía peritoneal; sin signos conmemorativos que hagan sospechar alguna enfermedad del peritonéo, y por último, desarrollado en una mujer adulta y nulípara, tiene que ser un quiste ovárico.

Motivado nuestro diagnóstico, recordemos que era insuficiente para llenar las indicaciones curativas, y que necesitaba perfeccionarse descendiendo á los detalles que utilizamos para conocer con exactitud las condiciones propias á cada caso. Algunas de ellas nos eran apreciables, y solo insistiremos en los

datos que nos sirvieron para decidir que el tumor, en nuestro caso, era un quiste unilocular, ó por lo ménos constituido por una gran celda madre, dominando las pequeñas que pudieran existir. Bástenos para fundar este aserto recordar el resultado de la succusion abdominal y el modo con que era sentida en cualquiera punto del tumor: este dato es importantísimo, pues además de servir para demostrar la existencia de una sola celda, enseña cuál es la naturaleza del contenido, é ilustra el pronóstico. Supuesto que solo los quistes unicelulares contienen líquido delgado sero-albuminoso fácilmente desalojable, siendo común que la naturaleza y composición del líquido quístico se relacionen con el número de sus celdas, se puede asegurar que casi nunca encontraremos quistes multiloculares en los que el contenido tenga condiciones adecuadas para producir el fenómeno que en nuestro caso nos sirvió para ilustrar el diagnóstico.

Por otra parte, debemos recordar que en nuestra enferma no existieron jamás accidentes inflamatorios agudos complicando la enfermedad, circunstancia favorable para predecir cuál debió ser la naturaleza del contenido, que, bien sabido es, cambia siempre que la flogosis quístico-peritoneal adquiere cierta importancia.

En resumen, en el diagnóstico de detalle tenemos adelantados estos dos datos: primero, la existencia de una sola celda; segundo, naturaleza probable del contenido. Esta adquisición no era suficiente para precisar las indicaciones curativas: la más importante quedaba por investigar: nada sabíamos de las nuevas relaciones contraidas por el tumor con las vísceras y el peritonéo; tampoco podíamos precisar cómo y en dónde estaba inserto.

Ya lo hemos dicho: en las condiciones de nuestra enferma de poco ó nada nos servían los consejos y reglas que se indican para esclarecer los puntos mencionados: se hacia, pues, necesaria la evacuación del quiste y el estudio de su contenido, así como el de la bolsa ya vacía. El día 5 de Abril se hizo la punción, eligiendo para practicarla el lugar de elección en los casos de ascitis; se usó un trocar común y se cuidó de hacer la evacuación lentamente para evitar los accidentes que hubieran determinado seguramente las condiciones generales de la enferma, que favorecían el síncope. No se olvidó el consejo racional de puncionar en la línea média, pero pareció indiferente el lugar supuesto que vaciado el tumor una de dos circunstancias iba á presentarse: ó se lograba su completa vacuidad y se adquiría cierta probabilidad de la no existencia de adherencias, ó bien al contrario las condiciones locales que ofreciera el quiste contraindicaban toda operación. En el primer caso, se debía proceder desde luego á la ovariectomía, y la adherencia nuevamente formada no habria añadido dificultad á la maniobra operatoria. En el segundo, se tenia que renunciar á toda intervención quirúrgica de laboriosidad é importancia, pues el estado general de la paciente no la permitía: ¿qué importaba entonces la existencia de una adherencia más?

Retraído el vientre escurrió con facilidad por la cánula un líquido moderadamente denso, turbio, baboso, haciendo hebra entre los dedos y fuertemente aluminoso; de cuando en cuando el escurrimiento se interrumpía por la interposición de grumos blanquecinos, concretos que obstruían la cánula, pero fácilmente se desalojaban sirviéndonos de un estilete que ó favorecía su salida ó los repelia á la cavidad quística.

Esta pequeña operacion comprobó nuestras sospechas, enseñándonos: primero, que el tumor en cuestion era un quiste ovárico, que solo estaba constituido por una celda; y por último, que el contenido tenia las cualidades que le habiamos atribuido. Una apreciacion del mayor interés pudimos hacer al terminar la completa evacuacion de la bolsa quística, y fué que el líquido no cambió de color, no se mezcló á sangre, pues esto significaba, á no dudarlo, que las paredes se aproximaban completamente y la cavidad quedaba borrada: á la vez era de inferirse que el neoplasma no estaba muy vascularizado.

Despues de la puncion la enferma sintió un bienestar muy grande, su vientre se deprimió, volvió casi á su forma y condiciones normales, permitiéndonos explorarlo satisfactoriamente. Pudimos apreciar entónces la existencia de un tumor duro, piriforme, mate á la percusion, indolente y situado en el hipogastrio, casi sobre la línea média, elevándose sobre el nivel del púbis, poco más ó ménos como 6 centímetros. Hacia la fosa iliaca izquierda, y un poco en el flanco correspondiente, parecian sentirse otros pequeños abultamientos, arredondados, como lobulados, y á su vez casi fijos en el resto del vientre. La fijeza del abultamiento mencionado y sus dimensiones, así como la falta de cuerpo extraño ocupando el resto del vientre, nos sorprendió de un modo extraño, porque esperábamos decidir, ya vacio el quiste, el lugar y modo de insercion; así como tambien la existencia de adherencias, su número, extension é importancia relativas. Sobre el primer punto fácil era aventurar una suposicion, pues es bien sabido que los quistes pediculizados son movibles, se pueden desalojar; el que estudiábamos era fijo, no debia tener pediculo, ó tenerlo excesivamente corto: acerca del sitio de insercion podia asegurarse que era el útero, por la situacion en que se encontraba el tumor. Ya hemos dicho que en el resto del vientre no sentiamos sino las abolladuras insignificantes que ocupaban la fosa iliaca izquierda; y el flanco correspondiente, natural era preguntarse qué habia sucedido con la enorme bolsa que acabábamos de vaciar. ¿Por qué no la sentiamos? ¿Cómo debiamos interpretar el abultamiento mediano que ocupaba el hipogastrio? Confesarémos con la lealtad que nos es característica, que á priori no pudimos contestarnos esta pregunta, conformándonos con haber consignado algo relativo al sitio de insercion y á la falta de pediculo. La enseñanza utilísima que á posteriori recibimos, nos la reservamos para las apreciaciones que harémos despues sobre el interesante asunto del diagnóstico diferencial de los quistes ováricos, así como de sus relaciones con los órganos contenidos en la cavidad abdominal.

Volvamos á la observacion que venimos relatando: muy pocos dias despues de la evacuacion del quiste, comenzó á aparecer el tumor haciéndose notar con especialidad del lado izquierdo del vientre: su crecimiento fué tan rápido que un mes despues, el 5 de Mayo, se encontraba casi en las mismas circunstancias que ántes de la puncion, y esto sin que el estado general hubiera mejorado; de modo, que en esa época, la respiracion, la circulacion general y las fuerzas de la enferma en nada diferian de lo anotado al principio de esta historia.

Vistas estas circunstancias, se hacia necesaria una determinacion, era preciso resolverse á seguir uno de dos caminos: ó abandonar á aquella desdichada á una muerte segura, ó emprender una grave operacion, pues en nuestro concepto nada podia esperarse de los otros recursos terapéuticos que se han aconsejado para la curacion de los quistes ováricos.

Desde luego, aceptar el primer camino era una crueldad, pues la sola razon que hubiera podido tenerse en cuenta era de poco peso: nosotros no somos partidarios de la idea que consagra tal veneracion á nuestra ciencia que sacrifiquemos la vida humana al crédito y consideracion que con tanto respeto como placer le profesamos. Siempre que áun nos queda un recurso, por peligroso y atrevido que sea, con tal que nos dé la esperanza de arrancar una víctima á la muerte, nos creemos obligados á emplearle, y jamás nos ha ocurrido pensar que faltamos á nuestro deber como hombres científicos, pues no queremos que la ciencia haga milagros, y nos conformamos con llenar nuestro deber.

El segundo camino era espinoso, difícil, aventurado, quién lo dudaba? pero qué hacer? ¿qué podiamos prometernos de las inyecciones iodadas tan recomendadas por Boïnet? La enorme extension de la bolsa, y la falta absoluta de fuerzas de nuestra enferma eran una contraindicacion clarisima para el empleo de este medio. Tampoco podiamos pensar en la canalizacion del quiste por idénticas razones: ¿cuándo llegaríamos á conseguir la adherencia de las paredes empleando este recurso? ¿á qué accidentes nos exponiamos, y cuáles serian las probabilidades de éxito? La electrólisis, qué probabilidades de curacion ofrecia? en nuestro concepto ningunas: y por último, todos estos medios tenian para nosotros el grave inconveniente de dejar al lobo en la madriguera, necesitando mucho tiempo para modificar siquiera las gravísimas condiciones locales de nuestra enferma.

No quedaba sino la ovariectomía, con todos sus riesgos, hasta con el peligro inmediato de muerte, pero que ha salvado muchas victimas áun en peores circunstancias que las nuestras. Así lo acreditan los esfuerzos de cirujanos extranjeros de gran renombre, y de cuya veracidad no podemos dudar; pues ellos convienen en que las condiciones que nuestra enferma ofrecia, no prometen muchas probabilidades de éxito, sin embargo de que algunos enfermos han podido salvarse.

Por otra parte, ¿somos acaso más felices emprendiendo otras muchas opera-

ciones graves que están aceptadas plenamente por todos los cirujanos, cuando se practican en circunstancias excepcionales? ¿Nos detenemos acaso para amputar el muslo en su tercio medio ó superior cuando estamos delante del edema purulento agudo de Pirogoff, ó cualquiera otra de las graves complicaciones del traumatismo grave del miembro inferior? ¿Las estadísticas de estas operaciones son más halagadoras que las que ofrece la ovariotomía? No, ciertamente.

Pues bien: visto que solo la ovariotomía era capaz de dominar la situación en que la enferma estaba, resolvimos practicarla, no sin adquirir ántes la aquiescencia plenísima de la paciente, á la que le pusimos de manifiesto su verdadera situación y la sola esperanza que abrigábamos de curarla, sin disimularle la gravedad inmensa de la operación que le proponíamos. La pobre mujer luchó consigo misma por espacio de once días, y al fin resolvió operarse, no sin haberse preparado á morir; de tal modo estaba convencida de la importancia de la operación que iba á sufrir.

El 16 de Mayo fué el día señalado para la operación; se preparó tan completamente como fué posible, cuidando de elegir un local independiente de los grandes departamentos del hospital; bien ventilado, con la luz suficiente; y como no conviniera que despues de la operación fuese la enferma trasladada fuera de él, se arregló la cama en que debía seguir su curación. Se tuvo presente la importantísima recomendación de evitar el enfriamiento de la enferma; con ese fin se le hizo construir una bata en las mejores condiciones posibles. Se dispusieron además cobertores apropiados para envolver los miembros inferiores y un buen número de lienzos para aplicarlos á los lados de la incisión en la pared abdominal, y siempre mantenidos á la temperatura del cuerpo. Se procuraron esponjas muchas y finas, y el arsenal quirúrgico no solo indispensable sino abundante y hasta lujoso, sin omitir el pulverizador Lister, cauterios, percloruro de fierro, éter sulfúrico, vino, cognac, champaña, y todo lo que pudiera ofrecerse en un lance imprevisto.

La víspera se hizo tomar á la enferma un purgante aceitoso y se procuró dejarla en la duda respecto al día en que debía operarse, para evitar el sacudimiento nervioso que necesariamente debía producir la idea de sufrir una grave operación. Por último, se eligió la hora del mediodía para contar con que aun la temperatura nos fuese favorable. Todo así dispuesto y llegada la hora, procedimos á distribuir los papeles que cada uno de los ayudantes debía desempeñar. Contábamos con un personal numerosísimo, pues aunque sea de buena regla cuidar que á estas operaciones no asista sino el número preciso de ayudantes, en nuestro caso, ni podíamos ni quisimos ajustarnos á esta prevención, porque estas operaciones no se practican todos los días; de modo que cuando se ofrece alguna, todos quisiéramos verlas para juzgarlas; además íbamos á operar en un hospital, y allí estaban todos nuestros queridos discípulos; cómo rehusarles el asistir á la operación, y sobre todo cuando en cierto modo sentíamos

placer al ofrecerles la oportunidad de mostrarles todas las dificultades que este género de operaciones puede presentar? Decíamos, pues, que faltando á la regla, admitimos un número considerable de estudiantes, pero añadiremos que los papeles fueron encomendados á personas determinadas como sigue: El cloroformo se encomendó á nuestro diestro amigo el Dr. Bandera, con el que convenimos la cloroformizacion de la enferma ántes de conducirla á la pieza en que se le debia operar: inútil es decir que nuestro ilustrado compañero desempeñó satisfactoriamente su encargo; con seguridad, firmeza é inteligencia poco comun llenó su cometido, pues la enferma se mantuvo en la completa anestesia todo el tiempo de la operacion, sin que por un solo instante tuviera ésta que interrumpirse por alguno de los accidentes que en tales circunstancias pueden producirse: y no hay que olvidar cuáles eran las condiciones de circulacion y respiracion en nuestra enferma, pues por sí solas habrian podido ocasionar trastornos graves. La hemostasis de la herida fué encargada á los Sres. Nicolás San Juan y Miguel Cordero, encargándose el primero de ayudar á sostener el quiste y practicar la pediculizacion, asi como de suturar la pared abdominal: esta importante tarea la desempeñó mi inteligente compañero con rapidez y habilidad notoria. El importantísimo papel de sostener el vientre, impidiendo la hernia intestinal, y el de conservar la temperatura de los labios de la herida fueron encomendados á mi querido y diestro amigo el Dr. Licéaga, asociado á mi estimado compañero Manuel Gutierrez. Como auxiliar activo é inteligente fué empleado el Dr. José Gamma, que á la vez que sostenia los miembros á la enferma, ayudaba á la pediculizacion, ligaduras y sutura abdominal. Quedó encargado de los instrumentos mi modesto y apreciable compañero José Olvera, así como mis internos Miguel Otero, M. Ramos, F. Sologuren, J. B. Gutierrez, M. Herrera y A. Vergara, que estuvieron atendiendo, ya á mantener en funcion constante el aparato Lister y los cauterios, ya á conservar la temperatura del agua y cambio de lienzos y á todo lo que fuese necesario; cada uno de ellos se distinguió por su empeño, actitud é inteligencia en el desempeño de su cometido.

(Continuad.)

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

---

EXTRACTO DEL ACTA DE LA SESION DEL 11 DE JUNIO DE 1879.

Presidencia del Sr. Lavista.

Se abrió la sesion á las siete y veinte minutos de la noche.

Leída el acta anterior, fué aprobada sin discusion.

Las Sociedades invitadas para que concurrieran á la velada literaria consagrada á la memoria del socio titular Dr. D. Luis Hidalgo Carpio, contestaron indicando el nombre de sus respectivos oradores.