

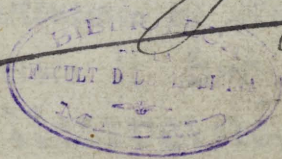
Aprouvada

Ca 2490

1890
81 - 5 - A - W 8

N. 1117

D. José Alegre y Paruel



**Tratamiento
de las Estrecheces Uretrales**

Discurso
que presenta D. José Alegre Pascual
Licenciado en Medicina y Cirugía
optando al grado de Doctor de dicha facultad en la
Universidad Central



l 18361791
i 25241874

Madrid Año 1890

Como Senor



Amplio campo abrazan los conocimientos médicos, esfera sin límites para de abarcar las inteligencias, que pudiendo, quieran comprenderlas todas (no necesito probar este aserto, hablando a los peores modernos de esta ciencia) problemas complicadísimos quedan aun por resolver en esta clase de estudios, y las excepciones, solo que comprenden cada uno de los mil capítulos, son asuntos sobrados para otros tantos estudios parciales y con mas motivo para muchos mas discursos.

Pero esta riqueza de puntos

concretos, la multitud de problemas planteados y la gran extension de la ciencia medica, son los mayores obstaculos que encuentra, aquel a quien en la obligacion de hacer un discurso, se le deja en libertad completa para elegir el tema q' ha de desarrollar: la multitud de asuntos deslumbra su razon y apenas ve con claridad, y la concesion q' se le hace con el derecho de eleccion, se impone el deber de desarrollarlo magistralmente, cosa imposible en quien apenas cuenta seis años de practica medica y desconoce las leyes de los procesos morbosos.

Pero fuerza obliga y el compromiso que voluntariamente se ha impuesto uno mismo, hay que cumplirlo; hay que redactar una

memoria y para ello muy necesidad de elegir materia.

Afficionado desde que empecé a cursar las patologias a las enfermedades que comprende la cirujia, coincidencias de la vida social, que hicieron mas tarde pudiese practicar por mas tiempo estas enfermedades en la clinica del Dr. D. Francisco Canto, en el Hospital Gral de Valencia, y ultimamente la coincidencia tambien de haber tenido que tratar algunos casos de estreches de la uretra en el hombre, en los pueblos de la Vall de Carcer, han me decidido a tomar como asunto del pobre trabajo que me atrevo a presentar ante mis maestros la parte expositiva de las mismas. La conclusion, el tratamiento de los estreche

es uretrales por lo frecuentes que son las efeciones en cuestion y los motivos de duda que muchas sinas veces se presentan tanto al establecer el tratamiento como en el transcurso del mismo.

No me prometo hacer innovaciones en la ciencia acerca de este punto, apenas conozco algunos de los medios que se han aconsejado para curar esta efecion, pero comentare como mejor me sea dado, los que estan mas admitidos en nuestros dias y aunque en caso numero y de una manera incompleta, podre de manifiesto las observaciones que en mi corta practica he podido recoger sobre esta materia.

Contra la costumbre, no pienso hacer historia de los tratamientos que en el transcurso del tiempo

se han venido sucediendo, pues entiendo que muchos de ellos, no tienen hoy aplicacion practica y su estudio nos Menaria un tiempo precioso, despues de hacer mucho mas dificil el logro de nuestro deseo, esto es, de dar a este trabajo todo el caracter practico posible.

Y suprimiendo las tan ya gastadas peticiones de indulgencia, la que, como inherente al Jaber, no pueden menos de tenerla, los que ocupan el honroso puesto de jueces cientificos, entro en materia.

Los son los objetos que nos proponemos al tratar una efecion, dos los fines a que hemos de llegar para que el tratamiento sea eficaz y son estos: primero, dilatar el conducto estrechado, segundo, mantenerlo

dilatado despues que esto se haya con-
seguido. Esta segunda afirmacion su-
be una propiedad en la enfermedad
de que tratamos, cual es la recidiva
la tendencia a su estado primitivo
puesto que de otro modo bastaba con
dilatarse el conducto y de aqui se dedu-
ce tambien la persistencia en el
tratamiento; el mucho tiempo y la
mucho constancia que requieren es-
tas dolencias, para no llegar nunca, es
esto casos rarissimos, a una curacion
definitiva.

Pero la exposicion doctrinal de
las ideas corresponde a una epoca
anterior, hoy, hay que probar con
razonamientos o con hechos lo que se
sustenta como verdadero.

Aparte las estrecheces espasmodi-
cas, las congestivas o inflamatorias y
las producidas por cuerpos extraños que

directa o indirectamente vienen a es-
trechar el conducto uretral, las estre-
checes organicas o verdaderas, siempre
son producidas o por un tejido inodu-
lar producto de una inflamacion de
de las paredes de la uretra o por te-
jido de cicatriz, cuando estas han sido
ulceradas o heridas; y en uno y otro
caso por la retraccion de este nuevo
tejido cuyo caracter primordial
es esta misma propiedad: retraccion
que dificilmente se destruye y que
obrando continuamente tiende a estre-
char mas y mas la luz del conducto
o en caso que haya sido dilatado
a colocarlo en las condiciones de cuando
empeso el tratamiento, hecho ya
comprobado en la clinica.

De aqui el aserto de que las es-
trecheces requieren un tratamiento in-
terminable, y la necesidad de sostener

la dilatacion conseguida, para que este no resulte engañoso; segunda parte que requiere una constancia poco frecuente por parte de los enfermos, y escotto primordial, en que suele tropezar el cirujano.

Pero hay mas, esta retraccion del nuevo tejido, origen de la estrechez, tiene sus limites y se comprende segun estos distintos segun la cantidad y calidad del tejido que nos ocupa; de aqui los distintos grados de estrechez y hasta las formas distintas que en la practica se comprueban.

Sanca (segun las autopsias) ni aun en los grados extremos, llega a obstruirse el conducto por la sola retraccion del tejido de la estrechez, pero cabe en lo posible y ocurre de hecho, se asocia a la estrechez organica, otra inflamatoria o espasmodica de la mucosa que

recubre el tejido de la estrechez, del cual no siempre forma parte, y entonces la obstruccion es completa, y la retencion de orina se presenta con el alarmante cortejo de sintomas que se acompañan. Retencion de orina, que con frecuencia avisa al enfermo desentendido o ignorante de la afeccion que sufre, y de la que no hacia caso aun habiendo notado la dificultad en la emision de la orina.

Somos pues llamados a tratar una estrechez, en muchos casos, cuando la retencion es un hecho, teniendo necesidad de tratar este sintoma, como indicacion vital, como preliminar del tratamiento que mas tarde podemos establecer, y muchas veces, sin atender al metodo el mejor pueda convenir a la causa que lo ha originado. De aqui el que ya crea muy logico, el ocuparme en primer

lugar, y si se quiere como preliminar del tratamiento de las estrecheces, de la manera como hoy que vence la retencion de orina, pasando luego á estudiar los distintos métodos cuyo objeto es restablecer la ley de la uretra estrecta de

—Aun antes de conocerse y mucho menos de haberse estudiado las estrecheces, y por tanto antes de poderse explicar la causa que motivaba la retencion de la orina en la vejiga, ya los cirujanos tuvieron que tratarla para evitar la muerte de los enfermos y la padecen; y en la necesidad de obrar, optaron por el medio mas directo á la vez que mas sencillo, esto es por la puncion de la vejiga, puncion que aun hoy se practica, y motivo por el que, voy á ocuparme de ella estudiando los ventajas é inconvenientes que la

acompañan.

Desde luego hay que suponer, que desde que Sicutofoy invento el tem ventajoso espicador capilar que lleva su nombre, nadie á no encontrarse en circunstancias excepcionales, hechará mano de los trocates ordinarios, ni aun siendo estos capilares, para extraer la orina por la puncion; las ventajas estan de parte del primero y logico es optar por los procedimientos que mas garantías de éxito ofrezcan.

Pero aun dejando aparte la bondad de los aparatos y las ventajosas modificaciones que se hayan introducido en el procedimiento operatorio (siendo en que se defienden sus partidarios) no tomando en cuenta las multiples complicaciones que pueden presentarse por la manera mas ó menos defectuosa de practicar la operacion que nunca puede ser

objecion a la misma; siempre en la puncion, la salida de la orina tiene lugar mediante una herida, que es capital segun hemos convenido, y que una vez estrecha se equie-cumula, por poca elasticidad que a la vejiga se quede, no ha de dejar paso a la orina, que por lo demas es bien poca despues de la puncion; mas la orina continua segregandose, la vejiga vuelve de nuevo a ser solidada por una fuerza interior, que la obliga a distenderse de nuevo y en estas condiciones, a no admitir una cantidad producida muy rapida y solidamente, lo cual es muy problematico, la pequena herida abierta por la distension, dejara paso a la orina que ha de caer en el tejido conjuntivo y ha de producir sus perniciosos efectos.

Enemos pues, que tras de no prevenir una segunda retencion, expone

a complicaciones gravisimas, que unicamente cabe evitar repitiendo la puncion tantas veces como sea necesario.

Mas no es esto solo. Hay otra razon mas poderosa para que esta operacion no se lleve a la practica mas que en casos excepcionales, cual es, que al puncionar la vejiga, olvidamos la genesis de la retencion; aceptamos con ella un tratamiento sintomatico, olvidando el etiológico; tratamos el sintoma y no buscamos nada por la causa que lo produce; damos una trepana al enfermo, mas no prevenimos la repeticion del peligro, y este proceder, es admisible, cuando no cabe hacer otra cosa, es decir, cuando la necesidad del momento nos obliga a obrar de una manera pronta, cuidando en la vida factor esencial, para que un enfermo pueda tratarse.

Aceptamos pues, la puncion, solo en

este concepto y en los casos en que los demas medios que vamos a estudiar resulten ineficaces, puesto que nos proporciona un tiempo precioso, para mientras, facilitar a la orina una salida mas natural, que evita tambien la repetición, de la complicación que nos ocupa.

¿Como se practica? Se practica mas admitida es, puncionarse por encima del pubis, resando su borde superior, o como aconsejan algunos autores a 2 centimetros por encima de este borde, punto en donde la vejiga esta mas directamente en contacto con la pared abdominal y que tambien evita la herida del repliegue peritoneal, pues estando la vejiga distendida, cubiendole dicho repliegue 3 y mas centimetros por encima del pubis.

A no existir una gran curvatura, el peritoneo nunca llega a interesarse, con

todo, aun hay autores, como Bander de Jersey y otros que hacen la puncion uterina de la sinfisis pubiana, usando de preferencia los trocates ordinarios provistos de sonda, operacion a la que no encuentro ventaja alguna, y el poco uso que de ella se hace, comprueba mi apreciacion. Vollemos a la puncion de la vejiga introduciendo la canula por debajo de la sinfisis pubiana, cosa bastante estéril, pues sabido es, que los cuerpos cavernosos cubren un poco mas que el borde inferior de dicho hueso, y por detras del mismo la prostata tambien llega a mayor altura; hay pues muchas probabilidades de herir uno u otro organo, aun con sondas curvas de escaso diametro, y por tanto no puede aceptarse.

Tambien se ha intentado llegar a la vejiga por la region perineal, en la mitad de una linea, que partiendo de

la tuberosidad squinatica, termine en el
 rapé, un centimetro por delante del
 recto; operacion que es dificilissima, aun
 preparando el camino con incision de
 la piel y tejido celular, y espuesta á
 mil contratiempos, en manos de un
 operador muy diestro.

Mas aceptacion ha tenido la pun-
 cion á traves del recto, y hasta hay
 operadores que la prefieren á la puncion
 suprapubiana, pero soy de opinion,
 tiene mas inconvenientes; recae en
 una superficie muy reducida (prostate
 inferiormente vesicular, seminales por los
 lados y replique vesico-rectal del perito-
 neo (por arriba) superficie que esta
 rodeada de organos de suma impor-
 tancia, y cuya herida hay que evi-
 tar á todo trance; y por si esto no basta,
 se opere por el recto, y guiados solo por
 el dedo y en donde se camula si hay

que dearte algun tiempo, produce
 muchas mas molestias. La unica ven-
 taja sobre la puncion suprapubiana,
 es que que el desague de la vejiga, es
 mas facil, pero tal vez sea esta la cau-
 sa de presentarse con mayor frecuen-
 cia las fistulas vesico-rectales. Si pues
 como recurso supremo y en todos
 casos, admitimos la puncion suprapu-
 biana, solo en rarissimas excepciones y
 cuando esta presenta inconvenientes in-
 vencibles, estaremos autorizados á pun-
 cionar la vejiga, por los procedimien-
 tos ultimamente expuestos.

Enemos otro recurso para vencer
 la retencion y es este, la uretrotomia
 esterna, operacion que recae sobre
 el punto que siente la estrechez
 y tiene la ventaja de tratar eti-
 ologice y sintomaticamente la afe-
 cion, puesto que abre paso á la ori-

na y divide la coartacion que impide su salida, pero lo hace á beneficio de una estensa herida, que al poner se en contacto con la orina, puede dar lugar á excreos de uremia que siempre son graves, ó producir infiltrandose, flemones urinosos que no lo son menos; así que no esta exento de inconvenientes, y si bien hay casos en que por necesidad hay que recurrir á él, (flemones por infiltracion urinosa) no creo pueda preferirse á la puncion con el aspirador, pues en este la herida es mas profusiva y permite ensayar el cateterismo, procedimiento mas ventajoso como vamos á ver.

¶ Haremos por fin, el tratamiento de la retencion por el cateterismo y aun aqui, hay distintos procedimientos para llegar al objeto que nos proponemos, con todos ellos, excepto el

cateterismo forzado, que no puede admitirse por lo irracional. Haremos á la veziga á travez del punto estrechado y por tanto dilatando este, pero de una manera lenta, sin herida de ninguna clase, evitando todos los peligros enunciados al hablar de la puncion y de la uretrotomia esterna, y con el mayor numero de ventajas posibles, puesto que empezamos el tratamiento de la estrechez tratando la retencion de orina.

Es pues el metodo mas racional el mas ventajoso y el de mejores resultados practicos; así lo prueban las estadísticas, y así he tenido ocasion de comprobarlo en la clinica especial de Valencia, donde no ha habido necesidad de recurrir á ningun otro medio en las retenciones que yo he observado, viniendose siempre á beneficio del cateterismo y de la paciencia que el mismo requiere.

Como al tratamiento enunciado es el que damos la preferencia y como constituye tambien, uno de los metodos de tratamiento de las estrecheces, creo oportuno estudiar con todos los detalles la tecnica operatoria, evitando me hacerlo mas tarde.

Pomeroy en principios de este siglo opinaba, que siempre que una pequeña candelilla pueda franquear la estrechez, causa de la retencion, la puncion de la vejiga debia desecharse, pues se comprueba, que siempre la orina sale gota a gota, entre esta y la uretra, y esto suficiente para que la retencion no tenga consecuencias, si mas de que, a cada momento sale en mas cantidad la orina, pues obrando mecanicamente, dilata la estrechez. Dando credito a Syme y Despres, cuando una gota de orina sale por la uretra, siempre la introduccion

de una candelilla es posible: si pues es cierto que son raros los casos en que por un esfuerzo no sale orina, de deducion en deducion se puede puede sentar como principio, que la puncion de la vejiga apenas si estara indicada en los rarissimos casos en que esto no ocurre.

Sin negar en absoluto las opiniones de Pomeroy, Syme y Despres, conviene no ser tan optimistas, pues sabido es, que hay estrecheces vertebrales y estrecheces algunas veces, de caracterismo difil, por lo multiples y tortuosas, en las que aun sin haber obstruccion completa, la mano mas experta no sabe franquearlas. Asi opina Jollin a quien nadie se atreviera a negar su pericia operatoria.

Pero veamos los medios puestos en

prácticas para salvar estos inconvenientes y franquear las estrecheces más accidentadas, ya que aceptamos este procedimiento como tratamiento preferible para la retención de orina.

Suponiendo conocida la estrechez no cabe recurrir, como Gosselin aconseja a las sondas metálicas de grueso calibre, con las que dicho autor ha conseguido vencer el obstáculo muchas veces, pues sus observaciones, se refieren a individuos viejos, en los que, la retención, la mayoría de las veces es efecto de la hipertrofia de la próstata y de la inercia consentiva de la vejiga. Hay que recurrir pues a candelillas que tengan un pequeño diámetro.

Philips se sirve de candelillas de ballena muy finas y hace adoptar al enfermo posiciones distintas, hasta franquear el obstáculo, teniendo predilección

o por la posición vertical, apoyada la espalda en la pared, posición que expone al síncope, y del que saca partido para introducir la candelilla, fundándose dicho Sr. en que la relajación general comprendiendo la uretra, hace cesar el espasmo que en muchos casos unido a la estrechez hace esta infranqueable. Que el cambio de posición es favorable al cateterismo, no puede negarse, pero no creo, haya nunca razones suficientes, para exponernos a un síncope y mucho menos provocarle; tanto más, cuanto que el espasmo, es tan solo un recurso para esudar nuestra impericia, la mayor parte de las veces, y que después de todo, cabe vencerlo, mediante un baño caliente o la sola permanencia de la candelilla junto al obstáculo. La posición vertical, es pues defectuosa y en cuanto a las

candelillas de ballena solo enmen-
tro peligrosa, la rigidez que tiene unida
a su finura, pues con mucha maneja
mucho cuidado y por menos muy expe-
tas, he podido comprobar un absceso uri-
noso originado por estas candelillas, en
la clinica oficial de Venecia.

Despres acepta como mejores las
candelillas de seda y goma y aconseja
a los enfermos, hagan esfuerzos para
orinar mientras se les sonda, con obje-
to de servir, del pequeño camino que
la orina se fraga para salir a tra-
vez de la estrechez; a la vez que esto ha-
ce tracciones del pene a fin de abar-
gar la uretra sana y formar un cono
hasta la estrechez, que ayuda mucho el
caterismo. En muchos casos, bastan
estos recursos, pero en las estrecheces
vascularas y en gral las irregulares
son insuficientes.

Siendofoy una pare mejor exito
las candelillas enortijadas de Leroy o
en forma de tirabuzon, las que hace
girar sobre su eje, a fin de encon-
trar la pequeña abertura en los casos
que sospecha una estrechez excéntrica,
y una aplicacion parecida tienen las
candelillas en angulo del mismo au-
tor; pero unas y otras presentan el
inconveniente de producir picaduras
si son rigidas y doblarse cuando no
tienen resistencia.

Pero hay un procedimiento, el que
rinden Hübner, Sueans, M. Merier,
Benique, Despres, Jollin Gosselin y
otros, que sin tener los inconvenientes
de los ya enunciados, presenta la ventaja
de conseguir el paso de una candelilla
con menos fuerza que requieren
estos, consiste, en la introduccion
de una sonda abierta de

mediano calibre, que con facilidad se lleva hasta la estrechez, y que contiene en su interior 2, 3 ó mas candelillas, una de las que, ha de pasar precisamente sobre el punto permeable de la uretra, consiguiendo gradualmente con este método, franquear la estrechez, y los pocos tanteos. Como este mecanismo da resultados, se comprende fácilmente: la sonda abierta se introduce sin obstáculo alguno hasta el punto estrechado, en donde queda encajada en el rodete fibroso que constituye la estrechez, pero comprendiendo en el interior del círculo que limita su extremidad abierta el punto franqueable; las candelillas en su interior contenidas se apoyan en esta superficie, en la que existe el paso que se busca, y con el que hay muchas probabilidades de que coincide una u otra de ellas.

La sonda ^{1.}ª limita la dirección de las candelillas, no hay necesidad de muchos tanteos y la operación resulta menos peligrosa si lo vez que de mas resultados prácticos.

Es pues la practica si que hemos de recurrir cuando una retención de orina ha de ser tratada por lo incómodo y por las muchas probabilidades de éxito que tiene en favor suyo.

^{2.}ª Introducida que sea la candelilla, se deja uno dos y hasta tres dias, mientras los que conviene hacer tomar al enfermo algunos semicupios calientes como complemento. La orina sale gota á gota, cantidad suficiente para que se vejiga llegue á vaciarse, con la ventaja que al salir entre la candelilla y la uretra, como lo hecer, dilata esta y el principio del tratamiento de la estrechez queda entablado al mismo tiempo que la retención es vencida.

— Venida la retención no hay que dejar al enfermo en peligro de volver sobre sus pasos, esperando que una causa fortuita o la misma exactez determine aquella de nuevo; hay que tratar la estrechez.

Y tambien aqui tropezamos con los inconvenientes que el tratar la retención. Cada practico da la preferencia a un metodo distinto, segun los resultados obtenidos y las primeras veces, aceptan el que mas conocen, el que mas han tenido ocasion de comprobar en la practica, juzgando muchas veces de su bondad, antes de poder ensayar los otros. Se cuidamos a esto, que cada enfermo es una variedad de circunstancias, y las modificaciones introducidas en los instrumentos, como es el proceder operatorio, a fin de salvar todos los obstáculos, que de hecho se presentan en la practica, facil es comprender las

dificultades en que se tropieza, al tener que elegir, lo que siendo mas util, es mas facil y de menos peligro, para el enfermo en tratamiento.

Conocidas como son las condiciones de sensibilidad de la uretra y los contratiempos que suelen presentarse por la menor inconveniencia, hay necesidad de no pecar por energicos, si bien esto no sea aconsejar una prudencia estrema, que convierta el tratamiento en defectuoso por insuficiente. Las condiciones individuales influyen de una manera marcadissima y a ellas nos hemos de atender, para medir, el grado de energia, de que conviene usar.

Y como todo lo que contribuye al éxito del tratamiento hay que tomarlo en cuenta, prepararemos al enfermo con un tercio de caliente y supositorios de belladona, que corri-

jean la congestion y el esparmo que en muchos casos acompañan a la estrechez puramente orgánica. Si desarrollamos las vías gástricas de toda causa de congestión y evitemos de que la orina sea lo menos irritante posible, el enfermo se encontrará en las mejores condiciones para que su estrechez sea tratada.

Hechos a este punto, analicemos los métodos generales de tratamiento.

En dos grandes grupos podemos comprender los distintos métodos o procedimientos que hoy están en uso: uno de ellos, lento, gradual y otro rápido, repentino; por el primero, dilatamos la uretra poco a poco, mediante candelillas o alguitas en ella introducidas y que dejamos en su interior por más o menos tiempo, método de dilatación gradual continuo o temporal; por el segundo método, la estrechez desaparece instantánea-

mente, bien a beneficio de un caustico que la destruye, ya mediante un instrumento que la dilata bruscamente o por la acción de un cucillote que la divide de dentro afuera ó de fuera adentro (cauterización, división y uretrotomía interna y externa).

Analicemos por separado cada uno de estos métodos, veamos en que principios se fundan, como se llevan a efecto en la práctica y que ventajas e inconvenientes presentan hasta conseguir el resultado para que se usan, sin olvidar tampoco este importante dato.

El método de dilatación gradual, o progresiva, tiene como instrumentos los que parece llevarlo a cabo, las candelillas y las sondas; mas y otras han de ser introducidas en la uretra sin el menor esfuerzo, por ser estas, origen de picaduras y falsas vías, que van seguidas de síntomas

graves y locales peligrosos y que hay que evitar a todo coste.

Hemos tentado tambien en un principio, y lo repeto, porque hace mucho al caso, que toda estrechez es formada o' por tejido nuevo producido de la inflamacion, (inodular) o' por tejido de cicatriz con siguiente a toda solucion de continuidad curada: ambos tejidos tienen como caracteres propios en la vez que comunes aunque en distinto grado, una escasa elasticidad y una gran fuerza de retraccion. Con este precedente expliquemos si nos es posible como obran las candelillas y las sondas en este metodo, esto es, busquemos a explicar su mecanismo de accion.

Debe explicarlo mecanicamente? En un principio, puede admitirse esta manera de obrar, pues a toda estrechez orgánica acompaña un estado congestivo o' in-

flamatorio que se perpetua mas y es la causa de las retenciones que se presentan; Gosselin lo ha comprobado en las autopsias. Asi que aun cuando la candelilla no entre forzada, esta en contacto con esta parte de la uretra y a mas de ello la orina sale entre esta y la candelilla, de modo que bien comprimiendo los mamelones carnosos, como admite Despres, ya descongestionando la parte como quiere Gosselin, el calibre aumenta mecanicamente, por compresion de dentro a fuera.

Pero vencida esta primera resistencia, hemos de obrar sobre el tejido de nueva formacion, que constituye la estrechez verdadera, el cual aun podriamos distender de este modo. hasta el limite de su escasa elasticidad, pero no mas alla, si no obrar distendiendo, rasgando, lo cual es opuesto al metodo que estudiamos.

y tampoco sabe hacerlo con los instrumentos de que habitualmente nos valemos. Mas como quiera que sin llegar a estos extremos la dilatacion continua verificandose, hay que buscar la explicacion en otro orden de fenomenos, que sin duda alguna, empiezan a obrar desde un principio.

Se admite por algunos autores, y yo me inclino a admitirlo, que la candelilla por accion de contacto, irrita, inflama el tejido que forma parte de la estrechez, la cicatriz si existia se reblandece, como asimismo el tejido modular, admitiendo algunos autores, hasta su regresion a la forma de tejido embrionario; y en estas condiciones (que parecen comprobadas por el pus que siempre aparece a los dos o tres dias) el tejido se presta a ser dilatado sin gran esfuerzo, a moldearse, mientras este re-

blandecimiento persista, a la algaba, de que esta en contacto, y que necesita de la poca resistencia del tejido (pues la suya no es mucha) para poco a poco, producir la dilatacion que la practica comprueba.

Lo de otro modo se explica el cambio notable que se observa en el grosor del chorro de la orina, en los enfermos en quienes la candelilla ha permanecido tan solo algunas horas encasada en la estrechez, tiempo insuficiente, para que la inflamacion hubiese modificado las condiciones del tejido de que esta este formada.

Mientras mi estancia en los pueblos de la Vall de Carcer, pude comprar esto mismo en un enfermo que orinaba gota a gota y el que despues de la primera sesion de cateterismo, que no paso de unas tres horas, orinaba a chorro continuo y con mucho menos esfuerzo.

Supuesto esto, pasemos a la practica operatoria, estudiemos los instrumentos de que nos valemos para conseguir esta dilatacion y la forma o manera de usarlos en clinica.

En la mayoria de los casos, los estrechos, acusan una estrechez tan acuturada, que solo permite el paso a una candelilla, y esta de pequeno diametro; candelillas que podemos agrupar en dos secciones: una que comprende las llamadas candelillas higrometricas o que aumentan de volumen por la humedad, y otra seccion, en las que estan comprendidas, todas las restantes, esto es, todas aquellas que no se modifican.

Entre las candelillas higrometricas, las mas usadas son las de tripa llamadas tambien bordones, los tallos de laminaria y las candelillas de gelosina. Todas ellas parecen *in priori*, que deberian tener sim-

tajes sobre las no higrometricas, pues al aumentar de volumen, por la humedad que siempre hay en la uretra, obran mecanicamente, distendiendo de una manera activa, y siempre mas acuturada, que las otras; y efectivamente, el cambio es mucho mayor, cuando usamos un bordon, que cuando hacemos uso de las candelillas de ballena o de seda y goma; pero tienen algunos inconvenientes que hacen que hagamos uso de preferencia de las no higrometricas. Las de tripa, por ser muy sensibles a la humedad, suelen reblandecerse antes que la estrechez haya sido franqueada, o poco que esta requiera algunos tanteos para ser franqueada, y suelen destorcerse o plegarse sobre si mismas, haciendo creer se ha salvado la estrechez, cuando solo se ha conseguido acuturarla mas, por la inflamacion que su contacto produce por delante de aquella.

No hay pues que olvidar este detalle, para evitar sus consecuencias, y en los casos en que usemos estos bordones, conviene de vez en cuando examinar su resistencia, cuando no se tenga la fortuna de salvar el obstáculo a los pocos tentos.

Las candelillas de laminaria, apenas se usan, en Valencia al menos, no las he podido encontrar en ninguna farmacia, y por lo que se observa en los tallos que se usan en ginecología, creo es un defecto la irregular dilatación que sufren y lo mucho que se dilatan, así como el alargamiento que en ellos se observa. Pero hay más, suponiendo, como es lógico hacerlo, que el aumento de volumen es menor en los puntos en que la resistencia está aumentada, lo probable se formen en estos puntos, coartaciones que han

de dificultar la extracción de la candelilla y hacen necesarias fracciones siempre inconvenientes.

Otras candelillas se han puesto en uso hace poco tiempo llamadas de gelatina, candelillas que se preparan disolviendo en caliente, una pequeña cantidad de alga del Japon, que despues de desecarse se reduce mucho de volumen tomando una consistencia tenota, y por la humedad, de nuevo adquiere el volumen primitivo. Para darles mas cohesión se forman sobre un alfiler de hilo o seda que evita su rotura al extraerlas.

Tambien se les pueden hacer las objeciones anteriormente expuestas, al compararnos de los tallos de laminaria, aunque la dilatación sea mas regular en las de gelatina, si mas de que, con dificultad podria darse a unas y otras las debidades que requieren algunas extracciones.

Las estrecheces en que he visto usar estas últimas candelillas, eran muy poco acentuadas, hasta el punto que admitian una sonda del n.º 8, así que son de poco valor estas observaciones y no bastan para emitir juicio sobre dichas candelillas.

La segunda agrupación comprende todas aquellas alguias y candelillas cuyo volumen es constante y comprende las de ballesta y las de seda y goma, juntamente con las de metal; con una graduación de 2 o 3 mm. según correspondan a la escala francesa o inglesa.

Y como ya me he ocupado al tratar de la retención de orina de la manera como hay que salvar con menos peligros, las estrecheces más acentuadas, solo me resta para completar el tratamiento por la dilatación gradual, ocuparme del tiempo que debe permanecer la alga-

lia en la uretra, y que me dedico luego a los procedimientos que hoy se conocen con los nombres de: dilatación graduada continua y dilatación gradual permanente. En el primer procedimiento, una vez salvada la estrechez, se deja la candelilla 24 horas, después de las cuales, se saca, para inmediatamente introducir otra de mayor calibre, operación que se repite los 2 primeros días y se suspende el cuarto, en que aumentado el calibre de la uretra, solo se deja unas 3 o 4 horas, evitando así los síntomas de cistitis, que suelen presentarse por la permanencia de la alga en la vejiga.

La orina sale gota a gota entre la candelilla y la uretra, y contribuye a dilatar esta, o en caso que pueda introducirse una sonda se ve salir a la orina cada 4 o 6 horas.

En la dilatación diena temporal, la candelilla se extrae inmediatamente, según Benique y Thomson o se deja 30 minutos como quiere Douchill, llegando se algunas veces, hasta 3 o 4 horas como aconsejan otros autores, y mejor que todo esto, que no es clínico, se sigue la práctica de Scaton, a quien la susceptibilidad del enfermo, le marca el tiempo que la algaba ha de permanecer puesta, así como el número de veces que conviene sondear al enfermo en las 24 horas.

¿Cuál de los dos procedimientos es más aceptable? Para Despres, la dilatación temporal, equivale a las curaciones que pudieran hacerse sobre una úlcera, en que el aposito solo permaneciera algunas horas cada día. En cambio Curtis apoya la dilatación temporal, fundándose en que los resultados son tanto más persistentes cuanto más

rápidamente se han obtenido. Para mejor formar juicio analicemos las dos maneras de dilatar gradualmente la uretra.

Suponiendo una estrechez muy acentuada, el cateterismo siempre es peligroso y difícil, por la fiebre uretral por los flemones urinosos y hasta por la uremia. En la dilatación continua, en 4 días solo sondamos cuatro veces y la 2.^a, 3.^a y 4.^a vez lo hacemos inmediatamente después de extraer la candelilla o sonda que anteriormente habíamos usado, sondamos pues, cuando los efectos de la dilatación son más marcados. Es más, como de una vez para otra, la diferencia de calibre es muy notable, en las 24 horas, muchas veces ya podemos volvernos de la sonda, y entonces, aun cuando una pequeña herida fuese producida, como la orina no toca ya la uretra, la reabsorción no puede verificarse y el peligro queda conjurado.

En la dilatación temporal, al extraer la candelilla el enfermo suena con mucha mas facilidad, la dilatación es apreciable, pero ocurre con suma frecuencia, apesar de lo dicho por Curtis, que, al cateterismo siguiente, tropezamos con las mismas dificultades que en el primero, porque libre la uretra, estrechada, de la presión que descongestionaba o oclustaba sus membranas, reacciona y vuelve de nuevo a congestionarse, anulándose por tanto el beneficio conseguido, ya en todo ya en parte. Pero de todos modos resulta, que el cateterismo lo hemos de practicar muchas veces mas, en peores condiciones y aumentando el grosor de las candelillas o sondas, con mucha mas lentitud.

Las ventajas pues, estan de parte de la dilatación continua, pero no siempre es factible: hay enfermos

que toleran muy mal la sonda y en estos, no es raro, despues de una sesión de cateterismo relativamente corta, ver sobrevir una cistitis intensa o dolores insostenibles en el punto estrechado, que obligan a suspender el cateterismo y retrasan mucho el tratamiento. Es mas, la permanencia de la sonda requiere un equilibrio absoluto, que no todos los enfermos guardan, y si bien hay autores que opinan son convenientes pequeños pascos, yo he tenido el disgusto de comprobar los contratiempos que pueden originar, en un enfermo, que trataba por este procedimiento, enfermo que toleraba bien la sonda mientras guardaba reposo, y que a poco parecia victima de un acceso de uremia que sobrevino tras un ligero ejercicio.

Siempre pues, que el cateterismo sea bien tolerado, y el enfermo pueda guardar

como durante 3 o 4 dias, la dilatacion continua es preferible, por ser mas rapida, menos espuesta a la fiebre uretral, y de resultados mas seguros.

Cuando ya la uretra de paso a una sonda de 2 m.m. de diametro, puede cambiarse esta por las candelillas de Benique, o continuar con las de Kela y goma laca para dar a la uretra el calibre normal, despues de lo que, basta con sondar al enfermo una vez por semana y mas tarde, cada uno o dos meses, practica indispensable para evitar la retraccion del tejido dilatado o de nueva formacion.

Los resultados obtenidos por el metodo que ligeramente hemos analizado en sus dos variantes, son siempre seguros, en las estrecheces acentuadas, y hasta un cierto grado en algunas, por estar formadas de tejido fibroso que requiere metodos mas energicos; pero de todos modos co-

mo para llegar a poner en practica estos, se necesita tener la uretra un cierto calibre, de aqui la importancia de la dilatacion gradual, que se considere como tratamiento unico o como preliminar de otro mas energetico.

Entramos pues de nuevo en el segundo grupo que hemos formado, al clasificar los distintos metodos de tratamiento de las estrecheces. Metodos mas activos, mas rapidos y hasta de naturaleza distinta, pues la mayorie son cruentos.

La cauterizacion es uno de los metodos de dilatacion brusca; destruye el tejido que origina la coartacion en una o varias veces, mediante un porte caustico, pero es dificil limitar la accion del caustico al punto conveniente; determina para la curacion de la escara, una inflamacion intensa, y del lugar, en donde la estrechez ha sido destruida, a una

extensa ulceracion, ya que no sea tam-
bien profunda, que requiere grandes
cuidados, ocasiona molestias al enfer-
mo y es una causa de recidiva á poco
que el enfermo se desocida. Así
se explica el obido en que ha caido y
porque no la aceptemos en ningun ca-
so.

La divulsion, tambien puede
hoy considerarse como un tratamiento
antiguo de las estreñeces: una sonda
metálica que se introducía con fuer-
za en la uretra y que á manera de
cuna trataba de dilatar el conducto,
es lo que la constituia en su principio
(catéterismo forzado) y esto que con solo
empezarlo se conderia, por los mil
inconvenientes que se advertian, ha de
sobrevivir en la practica, fué susti-
tuido mas tarde, por aparatos especiales,
sondas tambien metálicas, que por me-

canismos distintos, aumentan de volu-
men y venciendo la resistencia del teji-
do, rasgando la estreñez, van á la ure-
tra el volumen normal.

Operar de la opinion, de sus defenso-
res, que aun hoy los tienen, y de sus pre-
tendidas ventajas sobre los uretrotomos,
los divulsores estan hoy en desuso; por
el intenso dolor que producen, por obrar
ciegamente, no sobre la parte morada
causa de la estreñez, sino sobre la que
presenta menor resistencia, en la
uretra; producen ademas una herida
irregular, y de difícil curacion y son
por ultimo origen de complicaciones
y peligros, que estamos obligados á
evitar á toda costa.

Omito pues los procedimientos opera-
torios y los distintos aparatos destinados
á poner en practica, este metodo de trata-
miento.

El paso á ocuparme de otro medio rápido de tratar las estrecheces. La uretrotomía interna; procedimiento por el cual se secciona mediante un cuchillo la parte estrechada de la uretra, y en el punto mas conveniente, pudiendo saber de antemano la extensión ó profundidad que tendrá la herida.

Como en la divulsion, tambien aqui hay necesidad de dilatar previamente la uretra hasta un cierto grado, aunque este es menor que el que se necesita para la divulsion.

¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de este metodo? Comparado con el uso de las algalias resulta mucho mas rápido, vence todas las estrecheces aun las fibrosas, siempre que haya podido introducirse el conducto, y de él se uretra un calibre, al cual no podemos

llegar con las algalias en muchos casos. Respecto á la divulsion, produce una herida mas regular, de una profundidad conocida, y haciendole recaer en el punto mas conveniente, y nunca al usar, como ocurre con los divulsores. Pero no todos son ventajas, tambien tiene inconvenientes la uretrotomía, y el principal, el mas importante, es la herida fatal y necesaria de la uretra, puesto que ella constituye este metodo de tratamiento; herida que expone al individuo operado á las contingencias de la absorcion urica, y de la infiltracion urinosa, y que mas tarde puede dar lugar á la fistula uretral. Si pues, como sostiene algunos autores, la divulsion no da siempre herida (cosa difícil de admitir tratandose de estrecheces fibrosas acutadas) aun seria preferible, como de hecho lo es, el tratamiento de dilatacion gradual ya expuesto.

Pro este peligro, que ha llegado a ser una contraindicacion de la operacion que nos ocupa, hoy se ha reducido al minimum, hoy casi no existe, porque retirada la causa de la fiebre urinosa, convencidos de que es originada por la absorcion de la orina, colocamos inmediatamente de nuevo la herida una sonda y evitamos el contacto de esta con aquella.

En efecto, en un caso que yo opere en Alcantara, mas otros tres que he visto operar en Valencia, la fiebre urinosa no se ha presentado, gracias, en mi concepto a la precaucion que he mencionado.

Hay que erigirle en metodo unico de tratamiento, para todas las estrecheces? de ningun modo, pues bien se alcanza a ver, que existe el peligro habiendo herida, que cualquier incidente imprevisto, ya que no un desuido, pueden

poner a la orina en contacto con la herida, y freagado que sea el proceso urinoso, retirada es la rapidez y la intensidad que en algunos casos tiene.

Habiendo pues de empezar por la dilatacion gradual en las estrecheces muy acentuadas, y pudiendo apreciar por ella la tolerancia del enfermo para el cateterismo, y la naturaleza del tejido por la mayor o menor resistencia que opone a la dilatacion; lo prudente, es seguir esta dilatacion por las algebias, siempre que el cateterismo sea bien tolerado y la estrechez vaya curiendo; por la menor esposicion, y porque la modificacion lenta que el tejido estrechado produce, hace la dilatacion mas estable y menos sujeta a la recidiva, aunque siempre ésta es temible y hay que prevenirla.

Si el enfermo exige un tratamiento rapido o la dilatacion lenta no da resultado

dos, entonces estamos autorizados para hacer la uretrotomía interna, siempre que sea posible, pues hay estrecheces, que por lo extensas, por los ángulos y por la dureza del tejido que las forma, ni son franqueables, por la caudilla mejor dirigida, ni la uretrotomía da resultados, y hay que hay que tratar por otro procedimiento del cual me ocuparé mas tarde.

Y hecho el examen crítico comparativo de la uretrotomía interna, resta ocuparnos de la técnica operatoria y de los instrumentos mas útiles para llevarla a cabo.

Tambien aqui, como dijimos al hablar de la dilatación gradual, conviene durante un par de dias, preparar al enfermo con semicupios emolientes, uno o dos ligeros laxantes y sobre todo, sujetarle a la acción de los diuréticos, a fin de hacer la orina mas clara y menos cargada de urea.

¿Qué instrumentos requiere la operación?

Un par de sondas mucosas olivares, del calibre del calibre de la uretra que se supone dilatada hasta un cierto grado, equivalente al grosor de los uretrotomos; dos o mas sondas abiertas de distinto diametro y correspondiendo este al calibre que pensamos dar a la uretra; una jeringa de caucho y el uretrotomo que elijamos. Y para no hacer un estudio de todos los en uso, dire que prefiero el de Meissonaves, que tiene las ventajas, de cortar de delante atrás y de atrás adelante, que no corta mas que en los puntos en que la dilatación no es posible y por tanto que evita su acción al tejido origen de la estrechez. Y se prefiero con el conductor acanalado sobre su concavidad, por ser menor el tejido celular submucoso en esta parte de la uretra y por lo mismo menores los peligros de la infiltración urinosa, caso que la orina llegue a ponerse en

contacto con la herida

Despuës los instrumentos y previamente desinfectados, se introduce la sonda oblicua a fin de vaciar completamente la vejiga y para mas garantia yo hago una inyeccion intraveneal de una solucion borica, que despues de desinfectar esta, evita que la pequena cantidad de liquido que llena la sonda sea orina, y viene la uretra al extraculo.

Hecho esto y previniendo al enfermo no haga esfuerzo alguno para orinar, introduzco la candelilla de tela y goma, que atornillada al extremo del conductor metalico acanalado, sirve para introducir esta, lo que se hace sin que llegue a la vejiga, para evitar salga por la rama lateral el liquido que pudiera quedar en aquella, y que suele contraerse, por la accion mecànica de la candelilla que en su interior tiene enrollada.

Si por cualquier causa saliese orina por entre la uretra y el conductor, hay que suspender la operacion, pues luego parami, y asi piensan la mayoria de los autores, que el exito de la operacion depende en gran parte de que la orina no llegue a ponerse en contacto con la herida.

Tomadas estas precauciones, no hay mas que introducir en la rama del conductor la pieza que lleva el cucullete y necesa deslizar hasta que tropiece con el obstaculo el cual hay que vencer con suavidad. Hecho esto, se retira el cucullete y despues el conductor y atornillando en el extremo de la candelilla otro recto, se introduce una de las sondas abiertas, que se sujeta convenientemente.

La sonda permanece puesta y abierta 48 horas, con objeto de evitar el reanudo de orina en la vejiga y su salida al menor esfuerzo entre aquella y la uretra, y haciendo una inyeccion cada 4 horas, para evitar

tambien se obstruya la sonda, el éxito inmediato de la operacion queda asegurado. Despues de dos dias, ya puede quitarse la sonda, pues aunque la cicatriz no este hecha la obstruccion de los capilares es bastante completa para impedir la absorcion.

Durante dos o tres dias, no conviene sondear al enfermo, pero luego, hay que hacer cargo de la dilatacion conseguida, y empezar a sondarse al enfermo con objeto de que lo repita por espacio de dos o tres meses, cada tres o cuatro dias, y luego cada quince o treinta, por tiempo indefinido.

La cicatriz resultante de la uretrotomia interna, segun opinion grat, comprende toda la superficie oruenta, aumenta pues el contorno de la pared uretral y asegura un mayor diametro a la uretra; pero por lo mismo que parte de este contorno, es de tejido cicatricial, es por lo que hay que oponerse a su retraccion con el cateteris

mo sucesivo.

Cuando los procedimientos estudiados fracasan, solo tenemos un recurso; la uretrotomia externa, operacion a la que se acude cuando la estrechez es estense y callosa, o como ocurre muchas veces, obligado por la necesidad de tratar el flemon urinario consentido a una falsa via, en cuyo caso tenemos trazado el camino que habria de recorrer el bisturi. En estas condiciones tuve ocasion de ver practicar la uretrotomia externa en la clinica oficial de Valencia.

Por la uretrotomia externa, atacamos la estrechez de fuera a dentro dividiendo capa por capa los tejidos hasta llegar al obstaculo, que se corta tambien, dando asi a la uretra, su calibre normal; pero como quiera que no hemos podido evitar de antemano la vejiga, el contacto de la orina con la herida es mas probable y

es epito menos segura. Sendo la herida de mas estensa, en igualdad de las demas circunstancias, la fiebre urinosa sera, de presentarse, mucho mas grave; y si a esto se añade, que en muchos casos, el flemon urinoso nos decide por esta operacion, facilmente se comprende que la fistula uretral, no sera rara como consecuencia del procedimiento que nos ocupa.

Si la estrechez es estensa y callosa, la practica comun que los resultados son siempre por la uretrotomia interna y entonces acudimos a la externa y aun hoy se hace a veces, se estirpa la parte estrechada, se hace una verdadera reseccion de la uretra, formando un canal nuevo recubierto interiormente por tejido de cicatriz, que se moldea a beneficio de una sonda permanente. Se comprende que cuando la estrechez es callosa e interesa mu-

chos tejidos, la division del cuello no ha de bastar para dar a la uretra la luz normal, pues los bordes del cuello formarian dos angulos salientes endurecidos, que se opondran al paso de la sonda, cuando por su elasticidad no tienda a cerrar la herida que los separa. La indicacion, pues, de estirpar el obstaculo es racional, indicacion que resaca la mayoria de las veces en estrechez traumaticas y cuyos traumatismos hayan sido de alguna consideracion; ¿que cabe sino hacer en estos casos? Absolutamente nada que no sea la uretrotomia externa y como a mi ver (salvo el parecer de algunos cirujanos) no se debe esperar a ella, mas que en las condiciones enunciadas, no hay para que decir que la practica de la operacion sera especial, hasta cierto punto, para

cada caso y que hay que obrar con arreglo a las modificaciones que se encuentren en la uretra y del mejor modo que nos sea dado. Y recuerdo perfectamente (y con esto termino) haber presenciado en la casa de salud del Sr. S. Miguel Mej, una operacion de esta clase, en la que antes de empezar me decia dicho Sr. no sabia don de Negeria. Se trataba de un enfermo que habia sido operado dos veces por la uretrotomia interna, sin resultado ninguno y cuya uretra dificilmente se permitia el paso de la sonda mas fina, apesar de que la orina salia casi en chorro continuo, aunque con poca fuerza. Abierta la uretra, se encontro una callosidad de mas de dos centimetros de estension, sentada por delante del bulbo y comprendiendo en su espesor parte de la porcion

convulsiva de la uretra; callosidad que fue estirpada, dejando una superficie irregular bastante extensa, que sirvio para reconstituir la uretra, sobre la sonda que se introdujo antes de cerrar la herida y que no se quitó hasta los cuatro dias.

Seguido sin duda a la rigura an tiseptis, que se observo durante la operacion, el enfermo no tuvo la mas ligera reaccion febril. Continúo sondandose con una sonda de un numero menor, durante los 10 dias consecutivos y a los 15, salia el enfermo curado al parecer.

¿Cuales serian los resultados meritos de la operacion? El tiempo unicamente podia darnos una contestacion categorica; pero cabe presumir, sean los resultados mas positivos, que los de la uretrotomia interna y aun

la externa, pues aunque la pared de la uretra siempre será de tejido cicatricial, este es menos retráctil cuanto menos espesor tiene y nunca la cicatriz equivaldrá a la callosidad estirpada.

Aunque imperfectamente he desarrollado el programa que estubo al empezar esta memoria, solo me resta para mas claridad, poner de manifiesto los puntos mas salientes, las conclusiones que pueden sacarse de todo lo dicho, cosa que hago en continuacion y con lo cual voy por terminado este trabajo.

Conclusiones

1.^o La retencion de orina, como complicacion de la estrechez uretral, debe vencerse por el cateterismo, si es posible.

2.^o El cateterismo con una sonda cubierta gruesa, que lleve en su interior 3 ó 4 caudillos finos, es el mas rapido y el mas inofensivo.

3.^o Siempre que una caudilla por fina que sea, salve la estrechez y se deje en permanencia, la retencion es vencida.

4.^o Cuando el cateterismo sea imposible, la puncion suprapubiana, con el trocar capilar de Dieulafoy estará indicada como tratamiento automatico.

5.^o Como tratamiento lento de las estrecheces, acepto el de dilatacion graduada al continuo, siempre que es posible.

6.^o Cuando el enfermo tolere mal la sonda, aun debe intentarse el graduado al temporal.

7.º Si la estrechez no cede por la dilatacion lenta, se debe acudir á la uretrotomia interna

8.º En las estrecheces traumáticas muy circunscritas y estensas, hay necesidad de tratarlas por la uretrotomia esterna y á veces hasta extirpar el tejido de la estrechez.

9.º Las caudelillas obran mecánicamente en los primeros momentos, y mas tarde, reblandeciendo el tejido de la estrechez, y dilatandolo.

10.º Los resultados conseguidos por la dilatacion lenta, son mas seguros, que los que se obtienen por los medios cruentos.

11.º Todos los metodos de tratamiento son ineficaces, si el enfermo no tiene cuidado de sondarse, posteriormente al tratamiento, cada 15 ó 30 dias.

12.º La antisepsis llevada á

la exuperacion, es la mejor garantia de éxito en todos los casos.

Madrid 22 Mayo de 1890



[Signature]

Admisible á la lectura
D. Fernando

Admisible á la lectura
D. Lora

Admisible p. su
lectura Mayo 27
Cruce de Penla
Admisible á la lectura
N. Juncos

~~Admisible~~
~~[Signature]~~

Admisible á la lectura
D. Manuel Cajiao

Este interesado, verificó el

Ejercicio del Grado de Doctor
el día 22 de Mayo y fue calificada
cada de Aprobada por una
vinienda.



El Presidente

El Secretario

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

El Vocal

El Vocal

El Vocal

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]